



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção a Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS

Editoria responsável: Ministério da Saúde
Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Organizadores:

Mírian Gracie Plena
Miriam Di Giovanni
Márcia Landini Totugui
Valéria Cristina da Silva
Pedro Gabriel Godinho Delgado

Assessoria técnica do Projeto Consultórios de Rua do SUS
Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti – Faculdade de Medicina –
Universidade Federal da Bahia

Brasília – DF
Setembro de 2010



FICHA CATALOGRÁFICA

*Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Texto final de Mirian Gracie Plena, Miriam Giovanni, Márcia Totughi, Valéria Cristina da Silva e Pedro Gabriel Godinho Delgado. Ministério da Saúde/Convênio Escola Politécnica Joaquim Venâncio – FIOCRUZ : Brasília, setembro de 2010, 48 p.*

Como referir este texto:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

Sumário

Apresentação

1– Introdução.....	6
2 - Panorama Nacional das Políticas sobre Álcool e outras Drogas no Brasil.....	7
3- Breve História dos Consultórios de Rua.....	8
4 - Consultórios de Rua do SUS.....	10
4.1 Em que consistem os Consultórios de Rua?.....	10
4.2 Diretrizes dos Consultórios de Rua.....	11
4.3 Quais os princípios que norteiam essa prática?.....	12
4.4 Quais os objetivos dos Consultórios de Rua?.....	13
4.5 Etapas preliminares e operacionalização dos Consultórios de Rua.....	14
4.6 A rotina dos Consultórios de Rua.....	15
4.7 Como os Consultórios de Rua se articulam com a rede setorial e com a intersectorialidade.....	16
4.8 Que municípios devem implantar os Consultórios de Rua.....	17
5- Experiências exitosas de Consultórios de Rua. (relato de um caso)	18
6 – Bibliografia.....	22
7 - Endereços para Contato.....	24
7.1 - Ministério da Saúde.....	25
7.2 Coordenações Estaduais de Saúde Mental.....	26
7.3 Consultórios de Rua apoiados pelo Ministério da Saúde	27
Anexos.....	29
Anexo 1 - I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua – Relatório Final. .	29
Anexo 2 - II Chamada de Projetos de Consultório de Rua – Ministério da Saúde, abril de 2009.....	35
Anexo 3 - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD, 2009-2010).....	39
Anexo 4 - Plano Integrado de Enfrentamento do Crack – (PIEC, 2010).....	54
Anexo 5 – Texto de Apoio.....	58
“Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersectoriais – contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Interssetorial”	

APRESENTAÇÃO

O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato ou pó, crack, merla e pasta base) e inalantes, e as graves consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade, têm convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde.

A infreqüente procura por ajuda e o baixo acesso aos serviços da rede de saúde por parte da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, em especial as crianças, adolescentes e jovens, e ainda o predomínio de ofertas de cuidado baseadas na abstinência como objetivo exclusivo e de abordagens terapêuticas desenvolvidas quase exclusivamente no interior de instituições de saúde têm excluído grande parte dos usuários das ações de assistência e prevenção.

Trata-se de uma distância histórica entre os serviços da rede de saúde e a população usuária de drogas em situação de rua, que levanta, há muito tempo, a necessidade de articular intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas *in loco*. É preciso potencializar as ações em contexto de rua e sua articulação com as redes de atenção integral voltadas para a população usuária, especialmente crianças, adolescentes e jovens em estado de vulnerabilidade e risco de naturezas diversas.

O Ministério da Saúde tem buscado intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no ***Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)***, instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do ***Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)***, instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010.

Parte integrante desses Planos, o Consultório de Rua (CR) constitui importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, buscando reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. Visa substituir um modelo assistencial pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência. Propõe uma abordagem de oferta programada a usuários que apresentem alguma demanda, ainda que não formulada através de uma procura espontânea às instituições de cuidado. A abordagem preventiva e de cuidado em saúde do Consultório de Rua permite a redução dos danos potenciais do uso de substâncias psicoativas.

O Consultório de Rua tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Deve ainda estar alinhado às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em

Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, da Política Nacional de DST/AIDS,, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Sua característica mais importante é oferecer cuidados no *próprio espaço da rua*, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população. Projetos já implantados demonstram resultados satisfatórios, com relevante produção de assistência primária, de prevenção, de melhora do acesso aos serviços de saúde e de promoção de qualidade de vida. São experiências exitosas, a nível nacional, sob supervisão e avaliação científica, cujo repertório permite sua intensificação, ampliação e diversificação das ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos sociais e à saúde. A diversificação de ofertas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável permite ainda que se crie um movimento de aproximação entre ela e os serviços de saúde.

A radicalidade do contexto acima exposto levou o Ministério da Saúde a um olhar mais crítico, no sentido de ampliar as ações de enfrentamento ao grave cenário do uso de álcool e outras drogas por parte de uma população historicamente excluída, que tem a “rua” como seu lugar de existência em várias fases de sua vida. Foi incentivada a implantação de 35 Consultórios de Rua, em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões, conforme mapeamento na figura abaixo:



1 - Introdução

O desenvolvimento tecnológico e as novas relações econômicas forjadas pelo capitalismo globalizado provocaram uma nova forma de a sociedade organizar-se e de orientar-se, trazendo profundas alterações nas relações sociais, com a quebra de laços que teciam as redes comunitárias (BAUMAN, 1999; LIPOVETZKY, 2004). Uma das conseqüências mais nefastas do novo capitalismo é a exclusão, provocada pelo desemprego em massa. Uma considerável parcela da população, a cada dia se vê, inesperadamente, sem condições de colocação no mercado de trabalho, e sem nenhuma possibilidade de assegurar as condições mínimas de uma vida digna. Este fenômeno é observável no cotidiano das cidades em diferentes países do mundo, incluindo o Brasil.

O rebaixamento social imposto pelas novas formas de produção econômica modificou o perfil das populações de rua. Aos grupos de moradores de rua de décadas atrás, compostos de pedintes, *hippies* e egressos de hospitais psiquiátricos, somam-se hoje novos integrantes: desempregados e subempregados, adultos desocupados (BURSZTYN, 2000), resultados do desemprego em massa, que passaram a “engordar” as filas da “marginalidade avançada” nos grandes centros urbanos (WACQUANT, 2001).

No conjunto dos moradores de rua insere-se um sem número de usuários de substâncias psicoativas, que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, estando no contexto da rua, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua. A seguir a relação com o consumo de substâncias psicoativas prescinde da cadeia de relações sociais estabelecidas, e viver na rua passa a ser condição para a continuidade do consumo, visto a desagregação familiar e social que já ocorreu, como resultante do fato em si.

Dentre esses subgrupos, as crianças e adolescentes constituem uma parcela importante dos excluídos sociais. Convivendo em lares impregnados de violências concretas e subjetivas, inúmeras crianças saem às ruas em busca do alívio das tensões familiares ou de ajuda financeira. A situação dos filhos das camadas subalternizadas da sociedade tem sido dramaticamente vivida, na medida em que “ao tentar fugir do inferno de suas casas acabam no inferno da não-existência”, na expressão de Castells (1999), indo à busca de uma liberdade, mas caindo no encontro com as drogas, violências de todas as formas, marginalidade, prostituição, tráfico.

No Brasil, o percurso das crianças e adolescentes em situação de rua tem sido largamente documentado em diversas pesquisas (NERY, 1993; NOTO, 1993; 1997, 2003; BUCHER, 1996; CARVALHO, 1999; DIOS, 1999; CEBRID, 1983, 1987, 1989, 2004). Estes estudos mostram a perene condição de vida desses jovens, constante nos últimos 20 anos, assim como a comprovação do aumento de consumo de todas as substâncias psicoativas utilizadas por esses grupos. Os estudos evidenciam estréia na relação do consumo de drogas pela população de rua com uma estratégia de sobrevivência nestes contextos. Seus efeitos fornecem uma multiplicidade de sensações, não só prazerosas, como euforia e poder, mas alterações da percepção da realidade que promovem uma proteção psíquica contra a dolorosa realidade externa e interna.

2 - Panorama Nacional das Políticas Sobre Álcool e outras Drogas

A dimensão do consumo de substâncias psicoativas tem levado as diversas políticas, na última década, à renúncia de ações reducionistas, unilaterais e proibicionistas. Fatores como o aumento da oferta e da procura por substâncias psicoativas, as novas formas de consumo e de tipos de drogas, o grave contexto de riscos sociais e vulnerabilidades de diversas naturezas, dentre outros, tornaram claro a necessária passagem de uma postura restritiva de guerra às drogas para a composição e compartilhamento entre as diversas áreas, para busca de uma pluralidade de pressupostos, de interfaces e de ações integrais exigidas pela complexidade do fenômeno (TOTUGUI et al., 2010).

No próprio campo das políticas públicas de saúde, há relevantes transformações que priorizam o protagonismo do usuário, a perspectiva dos imperativos sociais do consumo, dos direitos humanos e da cidadania. São transformações que contribuem para problematizar o modo como as instâncias intersetoriais percebem o usuário de álcool e outras drogas, as diferentes relações e lugares que a droga ocupa em sua vida e na sociedade.

Nesse sentido, é preciso reconhecer os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica para as políticas de saúde, em especial as voltadas para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que traz um cenário de cuidados de base comunitária e territorial, onde o contexto etnográfico e cultural da população nativa passa a ser compreendido, cada vez mais, como palco principal das ações públicas.

A visibilidade conquistada pelos modelos de cuidado de base comunitária, que se originam e se movimentam fora do espectro hospitalocêntrico, ou da abstinência como única alternativa de encontrar qualidade de vida, enfim, coloca em debate questões fundamentais, como: liberdade de escolha, responsabilidade individual, familiar e social, direito do usuário à universalidade e integralidade de ações e dever do Estado de criar condições para o exercício do autocuidado, redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, bem como outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)..

É a partir desse contexto que as estratégias individuais e coletivas de redução de danos e de riscos sociais e à saúde passam a fazer parte do repertório das políticas públicas, em especial da saúde, voltadas para o acolhimento da população usuária de álcool e outras drogas.

Em 2003, a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas elege a redução de danos como estratégia de saúde pública, na qual é incentivada a criação e sistematização de intervenções junto à população usuária que, devido ao contexto de vulnerabilidade, não querem ou não desejam parar o uso da droga. Pela primeira vez, em âmbito governamental, as ações de redução de danos são assumidas como relevantes intervenções de saúde pública, para ampliar o acesso e as ações dirigidas a uma população historicamente desassistida de contato com o sistema de saúde. Diversos mecanismos de fortalecimento dos serviços da rede de saúde têm

sido implantados, com vistas à potencialização das experiências comunitárias no SUS, sob a lógica da redução de danos.

O baixo índice da procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justifica a implementação de intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas *in loco*.

Por isso mesmo, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD 2009-2010, Portaria/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009), cujas diretrizes são: o direito ao acesso ao tratamento, a redução da lacuna assistencial, o enfrentamento do estigma, da qualificação das redes de saúde, da adoção da estratégia de redução de danos e do reconhecimento de determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo.

O PEAD tem como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para usuários de álcool e outras drogas, implementar intervenções em contexto de rua com a articulação de diferentes redes de atenção em álcool e outras drogas. Sua principal população-alvo são crianças, adolescentes e jovens moradores de rua em situação de vulnerabilidade e risco

O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do *Crack* e outras Drogas (PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010), busca intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. Investimentos e estímulos às estratégias de redução de danos nos cuidados integrais voltados para o uso abusivo de álcool e outras drogas foram oferecidos, como os Projetos de Consultórios de Rua do SUS.

3 - Breve Histórico dos Consultórios de Rua

O Consultório de Rua é uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho no início dos anos noventa, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas.

Foi somente no início de janeiro de 1999, entretanto, que o projeto foi concretizado pela primeira vez, a partir de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador. Durante os oito anos seguintes a experiência foi possível com apoio financeiro de outras instâncias governamentais, como o Ministério da Saúde, Secretaria Nacional Sobre Drogas - SENAD, Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia (OLIVEIRA, 2009).

Em maio de 2004 o Consultório de Rua foi implantado no primeiro CAPS AD de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. Tanto o CETAD, de natureza ambulatorial, quanto o CAPS AD, caracterizado como um espaço de permanência diária

permitem uma avaliação do funcionamento do Consultório de Rua na arquitetura da rede institucional de serviços para usuários de álcool e outras drogas. O trabalho articulado com o CAPS AD demonstrou que a retaguarda do Consultório de Rua favorece o fluxo de encaminhamento e a inserção na rede dos usuários mais comprometidos com o uso e em situação de maior vulnerabilidade social.

Como experiência inaugural, o primeiro Consultório de Rua de Salvador foi desenvolvido a partir das premissas desenhadas no seu projeto original. À medida que a prática foi acontecendo, ele foi sendo ajustado, sem perder suas características essenciais. As especificidades da população e os contextos do trabalho, com características tão especiais, foram determinando mudanças que levaram à forma mais adequada de a equipe operacionalizar seu funcionamento e, deste modo, também ao melhor atendimento às demandas e necessidades dos usuários. Assim, a composição multidisciplinar da equipe foi assumindo nova configuração, até se encontrar o conjunto de categorias profissionais que possibilitasse mais resolutividade das demandas e maior conforto para a equipe no seu modo de atuar.

A avaliação da experiência ocorrida entre 1999 até 2006 permitiu elaborar uma consideração sobre a pertinência deste dispositivo como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede (OLIVEIRA, 2009). Deste modo, em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua.

A experiência do Consultório de Rua de Salvador serve, nesse momento, de referência para os novos projetos, consolidando, cada vez mais, o seu lugar na rede de atenção para os usuários de álcool e outras drogas que vivem nas áreas de maior risco social nos espaços urbanos.

O panorama de jovens em situação de rua e uso de drogas vivendo sob grave condição de vulnerabilidade social, em exposição a riscos à saúde física e psíquica, que se repete em diversas cidades, vem sendo observado gradativamente desde as três últimas décadas em Salvador. Era notável a ausência de demanda para atendimento especializado de uma grande parcela destes usuários, que dificilmente procurava o CETAD/UFBA, um centro de referência para tratamento dos problemas decorrentes do consumo de psicoativos na cidade.

No final da década de noventa, a cidade passou por um grande estímulo para o turismo, e a reforma do Pelourinho no Centro Histórico de Salvador marcou este momento. Esse espaço no centro da cidade, ao ganhar vida nova com a restauração dos casarios centenários, atraiu a visitação pública de inúmeros turistas. Crianças e adolescentes em situação de rua também foram atraídas para o local, em busca de contatos e possibilidades de ganhar dinheiro com a mendicância em torno dos transeuntes que visitavam o lugar (OLIVEIRA, 2009).

A grande movimentação dia e noite mantinha os meninos no local e em outros pontos de fluxo turístico da capital. O consumo de drogas já era uma constante no modo de vida destes jovens. Contudo, a chegada do crack nesta época aumentou a preocupação de técnicos da assistência social da Prefeitura, frente a um aumento da gravidade dos riscos e vulnerabilidade observados no dia a dia dos meninos e meninas, para manter o uso compulsivo da droga. A Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social do município buscou uma forma mais adequada de solucionar o problema das crianças, sem a alternativa de retirada compulsória dessa população. A partir deste contexto histórico foi feita uma parceria com o CETAD/UFBA, com a disponibilização de recursos que puseram em prática o Consultório de Rua, na tentativa de uma aproximação e abordagem mais flexível e adequada a este público específico.

4 – Consultórios de Rua do SUS

4.1 Em que consistem os Consultórios de Rua?

Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania.

Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, poderá contar com oficinas que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte-expressão.

Para o desenvolvimento de suas atividades necessita de carro tipo perua (“van”), usado para fazer o deslocamento da equipe profissional e dos materiais necessários à realização das ações. O carro, além de transportar a equipe e os insumos, tem a função de se constituir como referência para os usuários. Para isso, a caracterização do veículo deve conter sua identificação institucional, com o nome Consultório de Rua - SUS marcando a presença do serviço público de saúde. É interessante também que seu “*layout*” esteja de acordo com a linguagem do público que deverá acessar - usuários jovens de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade. Há veículos de Consultórios de Rua que foram grafitados ou que portam adesivos de símbolos contendo alguma significação para este segmento jovem. A idéia é favorecer à clientela traços de identificação com o dispositivo e promover a construção de um vínculo desde o primeiro momento. O carro é um dos elementos que

podem contribuir para a aproximação inicial e a construção do Consultório de Rua como um referencial para os cuidados com a saúde.

O terceiro aspecto diz respeito a um ponto fixo onde os Consultórios de Rua devem se instalar em cada área de atuação previamente definida. Considerando o fato de que, em muitos locais escolhidos para a intervenção, a população alvo é flutuante, é necessário que se estabeleça um local, dia e hora para os encontros, mantendo-se a regularidade da presença da equipe de forma constante, de modo a criar uma referência e tornar os contatos mais acessíveis para os usuários.

Um aspecto de grande relevância do Consultório de Rua é exatamente ser uma proposta de clínica na rua, especializada para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. A perspectiva de uma oferta programada, tal como se modela este dispositivo, implica em ofertar onde ainda não há uma demanda de ajuda explicitada. Não havendo as condições prévias estabelecidas, tudo está por se fazer. De modo que o “lugar” do profissional é construído a partir do momento em que se coloca no contexto do trabalho, assim como o “lugar” do Consultório de Rua.

Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o *setting* terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses ‘lugares’ precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários. No seu posicionamento, a equipe deve explicitar o propósito da presença do Consultório de Rua e quais as características do seu trabalho, diferenciando-o de outras ações desenvolvidas na rua, como ações de cunho caritativo. Assim, gradativamente, vai-se demarcando o lugar do Consultório de Rua enquanto um dispositivo do campo da saúde.

4.2 Diretrizes dos Consultórios de Rua

- Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

- Priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários.

- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.

- Ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma.

- Atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento.

- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas.

- Priorizar as ações dirigidas às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens.

- Considerar a rede social de relacionamento da população alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção, em cada contexto.

- Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características.

- Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua.

- Garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

4.3 *Quais os princípios que norteiam essa prática?*

A universalidade de acesso à saúde, um dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, é um dos eixos éticos que norteiam essa prática. Ao acolher um segmento populacional em situação de exclusão social, que se auto-exclui ou que é excluída da rede de serviços, o objetivo é intervir inserindo esses usuários na rede SUS e conceder-lhes o direito à saúde pública, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde.

A integralidade da atenção é assegurada pela multidisciplinaridade da equipe, que com seus olhares e saberes plurais pode acolher as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários. A clientela atendida pelo Consultório de Rua, pelos históricos de vida e pela dificuldade de acessar e ser acessada pela rede formal acumula problemas de saúde e relevantes questões pessoais e sociais. A sobreposição de problemas acumulados vai potencializar os riscos à saúde psicossocial destes indivíduos, de maneira que a oferta de ajuda do Consultório de Rua busca reduzir os danos em diferentes vertentes, favorecendo a melhoria da qualidade de vida.

A equidade, outro princípio do SUS, que visa assegurar “mais aos que têm menos”, busca dar prioridade de atenção aos grupos que vivem em contextos sócio-econômicos mais desfavoráveis, e por isso, com as piores condições de saúde geral. O Consultório de Rua se caracteriza como uma oferta programada na perspectiva da integralidade da saúde a um dos segmentos mais fragilizados da sociedade, atendendo assim de forma equinâme estes indivíduos.

Outro eixo ético se refere ao respeito ao *modus vivendi* da população atendida. Não cabe à equipe nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos

comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, ou a condutas delinquentes ou antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere ao Consultório de Rua a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.

A redução de danos é estratégia prioritária no atendimento aos usuários, respeitando seu tempo e escolha em relação ao consumo das substâncias psicoativas utilizadas, buscando reduzir os danos decorrentes sem imposição de condições rígidas para seu tratamento.

Por fim, o trabalho direcionado às crianças e adolescentes deve utilizar uma linguagem própria, intermediando a aproximação dos profissionais e a população mais jovem através de estratégias lúdicas. O uso de recursos como o teatro improvisado com bonecos de fantoches, desenhos e jogos empresta ludicidade à comunicação, funcionando como uma ferramenta de trabalho.

4.4 Quais os objetivos do Consultório de Rua?

Seu propósito é oferecer ao segmento de usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade a disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo-os em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, uma das suas funções é atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede.

Inicialmente pensada como uma estratégia dirigida apenas ao segmento de crianças e adolescentes em situação de rua, ela foi ampliada a outras faixas etárias nas mesmas condições sociais, sem perder a priorização do público infanto-juvenil.

O perfil de “em situação de rua” engloba todos aqueles que passam grande parte do tempo no espaço público, mantendo vínculos precários com a família ou aqueles que tomaram o espaço da rua como local de moradia, visto que muitas vezes a passagem de uma condição a outra é decorrente de uma gradativa desvinculação que vai se processando pouco a pouco ao longo de meses e anos (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

A proposta do Consultório de Rua é sustentada a partir da equipe mínima, que atua fora das paredes da instituição, intervindo em ações de prevenção e cuidados de saúde, considerando o conhecimento sobre os problemas, hábitos e condutas de risco dos usuários. A equipe mínima formada por profissionais de diversas campos disciplinares permitem uma oferta de serviço na perspectiva da integralidade, buscando atender aos indivíduos em suas queixas, necessidades e demandas no âmbito biopsicossocial. Para isso procura construir uma aproximação cuidadosa no sentido de adequar as ações a serem desenvolvidas, priorizando a abordagem a partir do estabelecimento de vínculos de confiança, na busca de constituir uma interlocução singular com os usuários. Nesse sentido, a tecnologia essencial do trabalho é construída

a partir da relação que a equipe mantém com cada indivíduo na rua, privilegiando a particularidade de cada um. Os profissionais realizam uma escuta sensível sobre a situação atual e as histórias de vida dos usuários, ajudando-os a refletir e tentar encontrar caminhos alternativos de acordo com seus desejos.

O percurso anterior dessa população em relação ao contato com as instituições de saúde e sociais muitas vezes se passou através de situações de rejeição devido ao estigma e à falta de acolhimento por parte de profissionais da rede, gerando o afastamento destes dos serviços formais. O Consultório de Rua apresenta uma proposta que procura ultrapassar essa barreira, a começar pelo fato de os profissionais se dirigirem a essa população em seu próprio espaço de vida, e abrir um campo de fala, ampliando a capacidade de subjetivação dos usuários, considerando a realidade de vida desses sujeitos.

Apesar de, muitas vezes, nos primeiros momentos a equipe ser recebida com certa desconfiança por alguns usuários, aos poucos, a regularidade da presença, a percepção da atenção qualificada e acolhedora dos profissionais vai abrindo as possibilidades de construção de um vínculo de confiança. A partir daí, a própria população passa a demandar da equipe cuidados que até então estavam relegados ao abandono. Essas demandas são ‘disparadas’ a partir da apresentação da proposta e dos profissionais, configurando a oferta de serviços de saúde do Consultório de Rua.

Neste sentido, constitui objetivos do dispositivo a realização de consultas, orientações, oficinas de educação em saúde, e encaminhamentos das demandas não atendidas *in loco*, para a rede de saúde do SUS, ações de prevenção de doenças infectocontagiosas como as doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, e diversos outros cuidados de problemas já instalados.

4.5 Etapas preliminares e operacionalização do Consultório de Rua

O **mapeamento da cidade** é a primeira etapa que antecede à operacionalização do Consultório de Rua, quando se procura identificar locais onde há uma maior concentração de jovens em situação de risco psicossocial e em uso de drogas. A partir da identificação dos locais mais necessitados da intervenção, a equipe escolhe as áreas prioritárias para a presença do Consultório de Rua. Outra forma complementar que auxilia a escolha das áreas é a interlocução com a rede de saúde e intersetorial, que pode sinalizar áreas mais vulneráveis onde se considera a intervenção importante para a população alvo.

A etapa seguinte é a **abertura de campo**. Nesta etapa se busca identificar as lideranças do grupo ou da comunidade, para que, com seu aval, a equipe possa se instalar no território sem com isso interferir de forma invasiva no seu espaço de vida. Uma vez havendo a aquiescência das lideranças, estas podem influenciar positivamente para a receptividade do trabalho pelos membros do grupo ou da comunidade em torno. Em conjunto com a comunidade, os técnicos definem um ponto fixo para estacionar a Unidade Móvel, criando uma referência de lugar e hora para os encontros periódicos.

A regularidade da presença do Consultório de Rua sempre no mesmo local e horário permitirá às pessoas manter um vínculo com os profissionais, buscando-os

sempre que sentirem necessidade. É a partir dessa dinâmica de funcionamento que a relação de confiança vai se constituindo, estabelecendo-se de forma gradativa a aproximação da clientela, e possibilitando que os mesmos exponham seus problemas e busquem ajuda, dando início ao funcionamento cotidiano do Consultório de Rua

4.6 *A rotina do Consultório de Rua*

A rotina de trabalho do Consultório de Rua divide-se em atividades extracampo, com os contatos com a rede de saúde e intersetorial na engenharia das articulações interinstitucionais, o acompanhamento de usuários quando se fizer necessário, discussão clínica de casos, a elaboração dos diários de campo e relatórios. Além dessas, na rotina diária está prevista uma reunião que antecede a ida a campo, com duração de uma (1) hora, com a presença de coordenador do Consultório de Rua, o supervisor clínico-institucional e os técnicos da equipe da área a ser atendida no dia. Neste momento a equipe define quais as melhores estratégias de abordagem, um planejamento das atividades a serem realizadas no dia, configurando um processo permanente de avaliação do processo de trabalho da área. Há ainda a preparação do carro com os materiais necessários para a realização das atividades, e em seguida a equipe se desloca para a área de trabalho. O carro deve estacionar no local e horário definidos previamente nos contatos preliminares com a comunidade da área, e em casos de mudança de local é aconselhável que seja de comum acordo, se possível.

O segundo tipo de atividades são as atividades de campo, que constituem os atendimentos aos usuários no seu espaço de permanência. Os atendimentos são realizados fora do carro, este servindo como apoio para as atividades e referência institucional para os usuários. A equipe deve se colocar disponível, acessando e sendo acessada pelos usuários. Os contatos devem ser discretos e receptivos, guiados por uma postura acolhedora. Cada profissional desenvolve suas atividades planejadas e de acordo com as demandas que se apresentarem no momento. O tempo de permanência não é rígido, variando de acordo com as demandas. O período de tempo na rua, ou seja, o turno de trabalho deve ser suficiente para o desenvolvimento de atividades de rotina, como a distribuição de preservativos, a realização de oficinas de educação em saúde, atividades lúdicas, consultas clínicas e seus desdobramentos, tais como orientações e encaminhamentos. Os encaminhamentos podem ser entre os profissionais da equipe nas interconsultas, ou externos, para os serviços da rede de saúde e intersetorial. Os desdobramentos e/ou encaminhamentos externos pendentes devem ficar sob a responsabilidade do profissional contatado pelo usuário, respeitando o vínculo estabelecido com ele.

Algumas atividades estratégicas são planejadas como “disparadoras” de demandas, outras como técnicas de aproximação. Mas o planejamento prévio pode ser descartado em função de variáveis não controladas. Nesse caso a equipe deve ter flexibilidade e criatividade para se adequar ao que se apresentar ali e propor novas alternativas. O contexto da rua é dinâmico e a equipe deve ajustar o trabalho frente ao inesperado.

Apesar das orientações acima, este não é um trabalho para o qual se estabelece um protocolo rígido, ou uma ‘receita de como fazer’. Os Consultórios de Rua são dispositivos que têm uma estrutura viva, flexível, que deve adaptar-se a todo instante às condições que se apresentam. É um trabalho que segue o contexto mutante da rua, sempre dinâmico, que leva a equipe a incorporar uma forma de atuação também dinâmica. Por ser uma estrutura viva, ele é construído cotidianamente, adequando-se às condições dos lugares e do momento.

Embora seja desejável compor uma estrutura mínima de funcionamento para os Consultórios de Rua, e há um esforço nesse sentido, a idéia é que esse formato definido em algumas premissas não sejam elementos de engessamento do trabalho. Muito ao contrário, o que se espera é que, entre os elementos básicos que possam dar uma estrutura de funcionamento ao dispositivo, a operacionalização do Consultório de Rua mantenha como sua maior e melhor característica a oferta de um serviço que atua ao nível de uma interação, onde o eixo pelo qual se processa todo o trabalho é o que envolve profissional-usuário em uma relação inter-humana, misturando técnica, teoria e sensibilidade humana.

4.7 Como os Consultórios de Rua se articulam com o restante da rede setorial e com a intersetorialidade

Os Consultórios de Rua são equipamentos de saúde com potência para promover articulações na rede intersetorial, uma vez que, ao atuar na ponta, com um público com especificidades tão complexas, com queixas e demandas múltiplas, necessitam de aliança com outros setores para dar retaguarda aos encaminhamentos, buscando romper o isolamento do setor saúde, construindo efetivamente parcerias eficazes e resolutivas, e que de fato atendam às necessidades da população. A multidisciplinaridade da equipe pode fazer aumentar o raio da ação que se inicia na ponta para o interior da rede de saúde e de outros setores (ainda não podemos dizer que há uma ‘rede intersetorial’), desde os recursos comunitários (escolas, centros culturais, centros esportivos, associação de moradores) existentes na área de atuação do Consultório de Rua, de onde procedem os encaminhamentos feitos, acessando também os equipamentos de saúde como os PSF, UBS, CAPS, Postos de Saúde, hospitais, etc. Assim, através da equipe são articulados serviços nos diversos setores para dar consequência aos atendimentos *in loco*, buscando na prática uma ‘engenharia’ interinstitucional e intersetorial. Dessa forma, os profissionais ‘provocarão’ os demais serviços da rede intersetorial para que acolham os usuários encaminhados pelo Consultório de Rua, dando acolhimento às demandas e resolutividade aos problemas apresentados, podendo acompanhar o fluxo de referência e contrarreferência. Com essas ‘amarrações’ interinstitucionais pretende-se potencializar as ações do Consultório de Rua através do enredamento/sensibilização dos profissionais dos serviços na ética de uma clínica ampliada.

4.8 *Que municípios devem implantar os Consultórios de Rua ?*

Os municípios que apresentam perfil epidemiológico para incluir este dispositivo como um equipamento de saúde para usuários de AD excluídos da rede, inserindo-os na rede formal de saúde, possibilitando seu acesso para cuidados relacionados aos problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Como um parâmetro geral, os Consultórios de Rua são indicados para municípios com população superior a 300 mil habitantes, o que deve ser visto como uma orientação flexível.

5- Experiências exitosas

RELATO DE EXPERIÊNCIA CONSULTÓRIO DE RUA: ESTAMOS AQUI... E AÍ?

CONSULTÓRIO DE RUA: ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA E QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Autora: Valéria Cristina da Silva¹

Equipe: André Albuquerque, Cícera Luana, Elencilda Pessoa, Marcos Perazzo, Renata Martins, Wilson Gonçalves

Colaboradores: Ana Vigarani, Cíntia Galiza



O município de João Pessoa/PB, através da Secretaria de Saúde, vem ampliando e fortalecendo as ações no tocante às políticas públicas voltadas para Atenção Básica em Saúde e Saúde Mental, de acordo com as diretrizes do SUS, com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional DST/AIDS, Política Nacional de Saúde Mental e Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Nesta perspectiva e buscando privilegiar uma linha de cuidado integral, aliada a uma prática inovadora de atenção aos jovens em situação de rua e que fazem uso de álcool e outras drogas, o Consultório de Rua (CR): *Estamos Aqui... e Aí!* foi implantado em março de 2010, como parte integrante do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) em João Pessoa. Trata-se de uma equipe multiprofissional formada por 03 redutores danos, 01 assistente social, 01 psicólogo e 01 enfermeira, que faz abordagem nos logradouros públicos, praças, casas abandonadas dentre outros, baseado na estratégia de redução de danos e na redução dos agravos à saúde decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas.

A primeira abordagem ocorreu no Parque Sólon de Lucena, próximo ao Cassino da Lagoa, localizado no centro da cidade, onde foi abordado um grupo de adolescentes e jovens adultos que estavam sob efeito de *thiner*, pés descalços, uns deitados numa rede, outros deitados em um colchão no chão. Na oportunidade, o CR apresentou-se ao grupo e perguntou se gostariam de receber assistência em saúde e de participar de oficina de capoeira. O fato de compor a equipe um redutor de danos

capoeirista permitiu que, surpreendentemente, a receptividade foi de imediato e logo depois alguns já começaram a demonstrar as habilidades para o jogo de capoeira. O interessante foi que um dos meninos falou que só a aproximação e preocupação da equipe com sua saúde já propiciou a conquista da confiança do grupo. Outro jovem comentou: “as pessoas não costumam se aproximar da gente, pelo contrário, têm medo”. Ficou agendado o retorno da equipe para o dia seguinte. A equipe constatou a necessidade de um dentista, pois a queixa de muitas dores de dente era constante. A idéia foi levar o referido profissional para o espaço de rua, no sentido de formar o vínculo antes de levá-los para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Assim aconteceu. Houve surpresa da equipe, pois no dia marcado para a condução dos meninos para o CEO, eles haviam levado colegas que não estavam presentes no dia do agendamento, demonstrando com esse ato, o sentimento de solidariedade para com o restante do grupo, e não preocupação com seus próprios problemas. O êxito obtido com o dentista motivou a adoção da mesma estratégia para com o atendimento médico, obtendo a equipe resultado satisfatório. Uma importante particularidade é o fato de que a população era de meninos, meninas, adolescentes e jovens adultos, sendo perceptível o uso do Thinner, portando, a maioria, um pano sobre o ombro onde ficavam todo o tempo inalando. Numa breve conversa, soube-se que entre eles haviam garotos com história de abandono, abuso sexual e violência familiar, alegando, por isso, estarem nas ruas. Estiveram presentes relatos como: “aqui na rua uns defendem os outros” ou “nós passamos por muita humilhação, as pessoas não querem saber da gente”. Percebeu-se a procura por amparo uns aos outros, embora quem comandasse fosse o líder, pessoa de maior confiança para os meninos, que relataram não deixar faltar comida para ninguém. A equipe do CR sabia ter que conquistar o respeito e a confiança da liderança do grupo, para poder prosseguir o desenvolvimento do trabalho.

O vínculo foi acontecendo aos poucos, com o cumprimento dos horários da assistência e atividades com os jovens, respeitando a própria decisão de cada um em querer ou não os cuidados do Consultório de Rua, e sempre com a autorização do líder. Com a realização das visitas diárias, a demanda de atenção foi se ampliando, e a cada dia o número dos jovens foi aumentando, além de passar o atendimento aos adultos que se encontravam também em situação de rua e que são referências para os meninos. Com o passar do tempo, as informações cedidas e a própria observação do cotidiano da criança e do adolescente em situação de rua, a equipe constatou que o grupo vivenciava situações conflitantes e de violência, mas que, mesmo assim, os jovens se sentiam acolhidos pelos “irmãos de rua”, onde eles desenvolvem estratégias de sobrevivência juntos. Na verdade, são invisíveis para a sociedade e sabem disso; por isso, procuram pertencer a algo, buscam aceitação, ainda que essa valorização venha daqueles que se encontram no espaço de rua. Foram encontrados jovens com vínculo familiar, mas que passam o dia nas ruas junto com aqueles com vínculo familiar interrompido ou com os que estão em processo de ruptura familiar, com breves saídas de casa. O grupo considera-se como “o grupo do thinner”, não permitindo crack. Diziam não se misturar com “a turma do crack”, apesar de algumas vezes a equipe tê-los visto com um casal usuários de crack.

Dessa forma, a ansiedade e as expectativas de como deveriam ser as abordagens na aproximação e o estabelecimento do vínculo passaram, aos poucos, a ser naturais, na medida em que cada um aceitava participar das atividades propostas e da receptividade quanto à assistência em saúde. Foi possível conhecer como se dão os relacionamentos, a divisão do mesmo espaço, o que pensa e deseja o grupo. A aproximação com a dinâmica de vida dos meninos em situação de rua acaba, de alguma forma, fortalecendo os profissionais do CR, sua habilidade no trato e no manejo, estando ou não os meninos sob efeito de substâncias psicoativas.

Após o desenvolvimento do trabalho de campo, evidenciamos a necessidade de cuidar da equipe do CR, tendo em vista a complexidade e toda a dinâmica que envolve os meninos em situação de rua: ora os jovens estão juntos dividindo o mesmo espaço, ora envolvidos em intensas brigas, o que faz eles se dispersarem, ora apreendidos pela polícia por terem cometido atos infracionais, ora machucados, ora desaparecidos, ora agressivos, ora receptivos, ora buscam ajuda para voltarem para casa, ora afirmam gostarem de morar nas ruas, ora presenciam momentos de tristeza ao relatarem estarem sendo perseguidos por inimigos, dentre outras situações. Sendo assim, além de avaliarmos o que foi realizado em campo e refletirmos a respeito, passamos a promover Oficinas Cuidando do Cuidador, com encontros semanais, onde tudo o que é vivenciado nas ruas, as questões emocionais que trazem angústia, desânimo, desmotivação, são temas trabalhados, além da própria convivência entre o grupo

Os primeiros resultados são frutos de um trabalho que vem sendo desenvolvido ao longo de seis meses, com muita dedicação e presteza. Falar em resultados remete a equipe a pensar e refletir sobre os aspectos que considera relevantes no desenvolvimento do Consultório de Rua e que considera como merecedores de destaque: mudanças nos juízos de valores da equipe do CR, que relata outro olhar para com as crianças e adolescentes em situação de rua, após vivenciar a experiência com eles. Conforme citação de um redutor de danos: “antes do CR, o que me enchiam os olhos eram as vitrines das lojas; hoje, o que me enchem os olhos são os meninos que ficam nas calçadas das lojas”. A equipe verifica o quanto a capoeira como estratégia de aproximação foi surtindo efeito, uma vez que o interesse nas rodas de capoeira é de imediato, independente de sexo e idade. O entusiasmo está em tocar nos instrumentos, cantar e aprender a fazer os movimentos. É nesse envolvimento, todos em roda, que as mensagens educativas em saúde e preventivas em relação às DSTs/ Aids foram e são trabalhadas. A arte-terapia envolvendo desenho, pintura, colagem, oficinas de histórias é utilizada para a socialização, o trabalho de temas de cuidados de saúde, do uso de substâncias psicoativas e cidadania, bem como para o fortalecimento do vínculo com a equipe.

Foi constatado que as ações de assistência básica em saúde realizadas *in loco* (procedimentos de enfermagem, escuta psicológica, atendimento médico e com dentista), possibilitaram a adesão do grupo aos demais serviços de saúde, conforme necessidade da demanda: tratamento HIV/AIDS; encaminhamento e acompanhamento hospitalar e atendimento pré-natal; encaminhamento a ginecologista, oftalmologista, tratamento odontológico, avaliação com clínico geral; realização de exames laboratoriais, acompanhamento na solicitação do cartão SUS, encaminhamento para

obtenção de prótese dentária. Outras questões vislumbradas pela equipe foram as manifestações de mudanças no comportamento de alguns jovens, ao longo dos seis meses: tomar banho no dia da consulta médica, procurar evitar fazer uso do thinner quando vão ao dentista, lavar as roupas para se vestir. Também se pode mencionar o vínculo com a equipe quando o grupo informa sobre as outras áreas onde costumam se concentrar, quando solicita atendimento em enfermagem, quando estão com ferimentos ou para irem ao dentista quando estão com dor de dente. Alguns deles falam sobre seus desejos, necessidades e sonhos adormecidos, reafirmando assim a importância do estabelecimento do vínculo como o maior aliado na continuidade da assistência.

A equipe pôde quantificar tudo o que seria considerado como aprendizado com a vivência no Projeto. Entretanto, dimensionar o que não é mensurável é o maior desafio! Partindo do desconhecido, cada um da equipe foi se encantando com a proposta. Descobriu a grandeza e a riqueza de garantir o espaço da fala do outro. Que ao desvendar o prazer da escuta, ao sentir que, mesmo por um instante, esse outro permite saber o que muitas vezes não foi revelado a ninguém. É o estabelecimento da confiança, através do respeito, tão primordial para qualquer tipo de relacionamento, que está posto no desenvolvimento do CR. O que se vê e se escuta, pode ser esquecido; mas é o que se sente com o que se vê e o que se ouve, que fica gravado no âmbito do todo ser. O sentir não é só o da equipe em relação aos jovens, mas o que as crianças e adolescentes em situação de rua sentem com a atenção e cuidados levados a eles, já que cada um traz consigo uma história de experiências fortes e presentes marcada pelos mais diversos tipos de violência. Fica o registro de A.W., que investiu duas semanas do seu tempo confeccionando um presente, utilizando a técnica do origami, como gesto de gratidão à equipe do CR, pelo que recebeu de assistência em Saúde no espaço de rua e nos demais serviços da rede do município. A equipe aprendeu que, acreditar no que se faz é o maior agente motivador de superação dos obstáculos e dificuldades vivenciadas nas ações do Consultório de Rua.

RECOMENDAÇÕES

O Projeto Consultório de Rua poderá ser desenvolvido com êxito em qualquer lugar, desde que a equipe se identifique com a causa, com o modelo de atenção focado no sujeito, que tenha clareza política sobre a proposta e o apoio da gestão. Que haja decisão política do município, sobretudo no processo do cuidado integral, com práticas humanizadas à população em situação de rua.

6 – Bibliografia

BAUMAN, Z. *Globalização: as conseqüências humanas*. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 145 p.

BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: Universidade de Brasília, 1996. 131 p.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. IN: _____. *No meio da rua: nômades, excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 27-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial [completar]. Disponível em www.saude.gov.br/saudemental.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em www.saude.gov.br/saudemental.

CARVALHO, D. B. B. O consumo de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal: relatos de experiências vividas. IN: CARVALHO, D. B. B.;

SILVA, M. T. (Orgs.). *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI*. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 51-64.

CASTELLS, M. O surgimento do quarto mundo: capitalismo informacional, pobreza e exclusão social. IN: *Fim de milênio*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 95-201.

Delgado, P. G. G. Drogas: o desafio da saúde pública. In ACSELRAD, G. (ORG.) *Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp.165-182

DIOS, V. C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. IN: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI*. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 79-89.

LIPOVETZKY, G. *Os tempos hipermodernos*. Tradução Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004. 127 p.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. A rua como contexto de desenvolvimento. IN:

LORDELO, E. R.; CARVALHO, A. M.; KOLLER, S. H. (Orgs.) *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Salvador: EDUFBA, p. 205-230, 2002.

NERY FILHO, A. “La vie dans la marginalité ou la mort dans l'institution”: étude sur quatre groups d'enfants et d'adolescents vivant de la rue a Salvador de Bahia (Bresil). These (Doctorat en Sociologie e Sciences Sociales) – Université Lumière Lyon 2, Faculté d'Antropologie et de Sociologie. 1993. Inédito. 584 p.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ J. C. F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. III Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1993. 97 p.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ J. C. F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. IV Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1997. 120 p.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ J. C. F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, (CEBRID/SENAD), 2003. 246 p.

NOTO, A. R et al. Catálogo de Instituições que assistem Crianças e Adolescentes em Situação de Rua em 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID, 2004. p. 85-90.

OLIVEIRA, M.G.P.N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, Bahia. 2009. 151p.

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.

PIEC – Plano de Enfrentamento do Crack, 2010. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

TOTUGUI, M.L.; GIOVANNI, M.D.; CORDEIRO. F.; DIAS, M.K.; DELGADO, P. G. G. “Álcool e outras Drogas como Desafio para a Saúde e as Políticas Intersetoriais – contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial” In Vasconcelos, E. M. *Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Editora Hucitec. São Paulo: 2010. pp. 93 – 113.

VARANDA, W & ADORNO, RCF (2004) Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004.

LINK: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>

WACQUANT, L. *Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada*. 2ª. ed. Tradução João Roberto Martins Filho et al. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2001. Set. 2005. 224 p.

Walter Varanda. *Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua*. 2009. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saude Publica /USP.

7 - Endereços para Contato e Informações

7.1 Ministeriais

- MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.saude.gov.br

Informações gerais sobre o SUS, programas de saúde e *links* importantes.

- DISQUE SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE

0800 61 1997

Serviço telefônico gratuito para esclarecimentos à população em geral.

- DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.aids.gov.br

Informações gerais sobre as doenças sexualmente transmissíveis, locais para a realização do teste anti-HIV, publicações e materiais educativos e instrucionais.

- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/DAB/SAS

<http://www.saude.gov.br/dab>

Ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Responsável por desenvolver mecanismos de controle e avaliação dos serviços de atenção básica e prestar cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal na organização de ações de atendimento básico, como o Programa Saúde da Família (PSF), Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão Arterial, Alimentação e Nutrição, Gestão e Estratégia, Avaliação e Acompanhamento.

Edifício Premium SAF Sul – Quadra 2 – Lotes 5/6 Bloco II – Subsolo – CEP: 70.070-600 Brasília – DF - Telefone: (61) 3306-8044

Email: DAB@saude.gov.br

- COORDENAÇÃO GERAL de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS

www.saude.gov.br/saudemental

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS

Coordenador: Pedro Gabriel Godinho Delgado

Setor de Administrativo Federal Sul (SAF Sul)
 Trecho 2, Bloco F, Edifício Premium, Torre II
 SALA 13
 CEP 70070-600Brasília/DF
 fone (61) 3306-8140/8141/8142/8243/8144
 E-mail: saudemental@saude.gov.br

7.2 Coordenações Estaduais de Saúde Mental

Nº	UF	NOME COORDENADOR	TELEFONES	EMAIL
1	AC	Ximena Luisa Catalan Pavez	(68) 3222-8453	smental.dabs@ac.gov.br;
2	AL	Berto Gonçalo da Silva	(82) 3315-1687	prosam@saude.al.gov.br; bertogoncalo@saude.al.gov.br;
3	AM	Maria de Lourdes Ribeiro Siqueira	(92) 3643-6300/6484 Ramal 6414	saudemental@saude.am.gov.br;
4	AP	Suzana de Oliveira Correia	(96) 33121516	suziverner@hotmail.com; pena@unifap.br
5	BA	Iordan Gurgel	(71) 3115-8421/4284 / 4382	saudemental@saude.am.gov.br; saudemental.ba@gmail.com;
6	CE	Marcelo Fialho	(85) 3101-5276	cosame@saude.ce.gov.br; saudementalceara@gmail.com
7	DF	Ricardo de Albuquerque Lins	(61) 3346.6422 ISM 3399-3910	gesam.sesdf@yahoo.com.br;
8	ES	Inêz Maria Antunes Paes Torres	(27) 3137-2365	ineztorres@saude.es.gov.br; smental@saude.es.gov.br
9	GO	Celene Santana Oliveira (Responsável)	(62) 3201-4523	spais.aps@saude.go.gov.br; smentalgo@hotmail.com;
10	MA	Rui Cruz	(14 AS 19hs) (98) 3218- 8729	saudemental@saude.ma.gov.br;
11	MG	Marta Elizabete de Souza	(31) 3247-3829 /3247 - 3830	saudemental@saude.mg.gov.br
12	MS	Míriam Sengui	(67) 3318-1738/1650 / 3305 1664	sdmental@saude.ms.gov.br;
13	MT	Áurea Assis Lambert (02/08)	(65) 3613- 5469/5339/5340	coapre.mt@gmail.com
14	PA	Rodolfo Valentim Carvalho do Nascimento	(91) 4006-4304 /	saudementalsespa@yahoo.com.br
15	PB	Ursula Patrícia Neves Leite	(83) 3218-7325	saudemental@saude.pb.gov.br;
16	PE	Marcela Lucena	(81)31816182/6032	gasam.saude@hotmail.com; programamaisvida@yahoo.com.br; marcelalucena2005@yahoo.com.br
17	PI	Gisele Martins do Nascimento	(86) 3216-3562	saudemental@saude.pi.gov.br;
18	PR	Salette Maria Revoredo Pugsley	(41) 3330-4526/4485	saudemental@sesa.pr.gov.br; spp- sesa@sesa.pr.gov.br
19	RJ	Marcos de Miranda Gago	(21) 2333 3885/ 2333 - 3905/	smental@saude.rj.gov.br; saude.mental@saude.rj.gov.br
20	RN	Liege Uchoa Azevedo de Araújo	(84) 3232-2461	saudemental@rn.gov.br; rnsaudemental@gmail.com;
21	RO	Regina Fatima Correia Lima	func. 7h às 13h) - (69) 3216-5284 - 5255	rondoniamental@gmail.com;

22	RR	Maria da Conceição Teixeira da Silva	(95) 2121-0581 / 0576	saudementalrr@gmail.com;
23	RS	Patricia Bianchessi Domingues	(51) 3288-5909/5908	saudemental@saude.rs.gov.br; patricia-domingues@saude.rs.gov.br
24	SC	Elisia Puel	(48) 3212-1689 (func. 13h)	saudemental@saude.sc.gov.br;
25	SE	Ana Raquel Santiago de Lima	(79) 3226-8341	saude.mental@saude.se.gov.br; ana.lima@saude.se.gov.br; sony.petris@saude.se.gov.br
26	SP	Luizemir Wolnei Carvalho Lago	(11) 3066-8224	lwolney@saude.sp.gpv.br; gte@saude.sp.gov.br
27	TO	Domingos de Oliveira	(func: 14 as 18Hs) (63) 3218-3246	gab.saude@palmas.to.gov.br; s.mental@saude.to.gov.br;

7.3 Projetos de Consultórios de Rua apoiados pelo Ministério da Saúde

	UF	Município	Coordenador do Projeto de Consultório de Rua	Telefone	Coordenador Municipal de Saúde Mental	Telefone
1	AL	Maceió	Jorgina Jorge Sales	(82) 33155218/ 33153075	Izolda de Araujo Dias	(82)33155218
2	AM	Manaus	Gibson alves santos e Joelma Vilela Reis	(92)3634-3637/ 32286362	Elivandra Franco Mendes	(92)3642674
3	AP	Macapá	Mateus Brito de Oliveira	(96) 3212-6596	coorde Estadual Senhorinha suzana Correia de Oliveira	(96) 3212- 6596
4	BA	Salvador	Ana Pitta e Margaret Leonelli	(71)31861007	Maria Célia da Rocha	(71)31861005
5	BA	Salvador	Renata Maciel e Michelle Campos	(71) 3460-1957	Maria Célia Rocha	(71) 3186- 1005
6	CE	Fortaleza	Raimunda Félix de Oliveira	(85)34526941	Raimunda Félix de Oliveira	(85)34526941
7	CE	Fortaleza	Raimunda Félix de Oliveira	(85) 3452-6941	Raimunda Félix de Oliveira	(85) 3452- 6941
8	DF	Brasília	Maria Garrido	(61)32723675	Ricardo de Albuquerque Lins	(61) 3346- 6422
9	ES	Vitória	Maristher Sarmiento Braga	(27) 3132-5105	Andréa Campos Romanholi	(27) 3132- 5009
10	GO	Goiânia	Stefânia Carla Pereira Gomes Londe e Leo Machado	(62) 3524-1556/ 35242419	Leo de Souza Machado	(62) 3524- 1556
11	MG	Uberlândia	Cristina Leles Silva Elaine Bordini Villar	(34)32262276/ 32384751	Christiano Mendes de Lima	(34) 3210- 0071
12	MG	Belo Horizonte	Rosimeire Aparecida da Silva	(31) 3277-7793	Miriam Nadim Abou-Yd	(31) 3277- 7793
13	MG	Juiz de Fora	Irma Neves Tallmann Saar e José Eduardo Moreira Amorim	(32) 3690-7184/ 7183	José Eduardo Moreira Amorim	(32) 3690- 7184
14	MT	Cuiabá	Mara Cristina Tondin	(65) 3617-1322	Maria Aparecida da Silva	(65) 3617- 7356
15	PA	Belém	Paulo Fernando Macieira Peixoto Filho	(91)32760890/ 31846146	Paulo Fernando Macieira Peixoto Filho	(91)31846146
16	PB	João Pessoa	Valeria Cristina da silva Oliveira	(83)32147955	Valeria Cristina da silva Oliveira	(83) 3214- 7955/3211- 6737
17	PE	Recife	Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros e Rossana Rameh de Albuquerque	(81) 3232 8120/ 32322262	Alyne Vieira Lima / Pollyanna Pimentel	(81)3232 8120
18	PE	Olinda	Angela Cavalcanti Marcondes	(81) 3305-1136	Andrrezza Marques Duque	(81) 3305- 1104
19	PE	Paulista	Flávio Romero Pedrosa de Almeida Júnior	(81) 3433-0754/ 34330495	Karin Cristiane Melo	
20	PI	Teresina	Maria Carina Carvalho Melo	(86) 3215-7710	Maria do Amparo Oliveira	(86) 3221- 0436

21	PR	Maringá	Alessandra Massi Puziol Alves e Angela Maria Nogueira	(44) 3218-3100/ 39012282	Alessandra Massi Puziol Alves	(44) 3218-3143
22	PR	Curitiba	Cristiane Honório Venetikides	(41) 3350-9325	Cristiane Honório Venetikides	(41) 3350-9325
23	PR	Porto Alegre	Ana Lucia Valdez Poletto	(51)33574100 ramal diretoria	Irma Rossa	(51) 3289-2775 (direto) 3289-2899 ramal 2775
24	RJ	Nova Iguaçu	Celso Vergne	(21) 2698-2061/ 5041	Rafaelle Altina Pompeu de Albuquerque	(21) 2698-2061
25	RJ	Rio de Janeiro	Sergio Alarcon	(21) 2502-1657	Pilar Belmonte	(21) 2502-1657
26	RJ	Rio de Janeiro	Sérgio Alarcon	(21)25672418 25021657	Pilar Belmonte	(21)25021657
27	RJ	Niterói	Elisângela Onofre de Souza	(21)27185803	Sebastião Felix Pereira Jr.	(21)26118750
28	RS	Pelotas	Maria do Carmo Ledesma Al Alam	(53) 3284-7711	Raquel Gehrke	(53) 32847716
29	SC	Florianópolis	Sonia Augusta Leitão Saraiva	(48) 3229-1500/ 32391557	Sonia Augusta Leitão Saraiva	(48) 3239-1557
30	SP	Campinas	Bianca Bedin, Marco Aurélio Gianezzi e Deivisson Vianna Dantas	(19)32439900	Deivisson Viana Dantas dos Santos	(19)21160287
31	SP	São José dos Campos	Ralpho Claudio Costa e Margarida Maranhão	(12) 3947-8656	Ralpho Claudio Costa e Margarida Maranhão	(12) 3947-8656
32	SP	São Paulo	Antonio Sérgio Gonçalves e Leon Garcia	(11) 3241-5460/ 0601	Rosângela Elias	(11) 3397-2230
33	SP	São Paulo	Vilmar Ezequiel dos Santos	(11) 2950-0803	Rosangela Elias	(11) 3397-2230
34	SP	Guarulhos	Eva Geslaine Medina dos Santos e Solange Bená	(11)24080325/ 24725014	Eva Geslaine Medina dos Santos	(11)24725014
35	SP	São Bernardo do Campo	Décio de Castro Alves	(11)43481601	Suzana Robortela	(11) 4348-1600 /1601/ 1630

ANEXO 1

I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua – Relatório Final

Brasília, 10 de fevereiro de 2010

I - Apresentação

Dando continuidade às diretrizes do Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento para Usuários de Álcool e outras Drogas (PEAD – 2009/2010), que institui diversas ações como desafios da atenção à pessoa do usuário de álcool e outras drogas em situação de rua, principalmente crianças, adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde incentiva a implantação de Consultórios de Rua.

Posteriormente à seleção dos projetos, foi realizada a **I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua**, em Brasília, com apoio da Organização Panamericana de Saúde, com o objetivo de desenhar uma moldura mínima para a sistematização do funcionamento da prática. Estiveram presentes coordenadores e representantes dos 14 projetos selecionados, que se tornariam referências nacionais.

II – Primeiro momento

A Oficina foi aberta com um painel sobre os objetivos do Consultório de Rua. Enquanto novo dispositivo da rede de saúde voltado para o enfrentamento do estigma, o fortalecimento do direito de acesso ao tratamento e da qualificação das redes de saúde, adoção de estratégias de redução de danos e reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo, o Consultório de Rua deve entrar na lógica dos serviços substitutivos do SUS e objetivar:

- ✓ Ações integrais de prevenção e promoção da saúde, sob a lógica da redução de danos;
- ✓ Promover ações que favoreçam a construção e o resgate da cidadania;
- ✓ Prevenção de DST/AIDS/Hepatites Virais;
- ✓ Realizar ações de redução de danos;
- ✓ Promover uma rede de apoio;
- ✓ Facilitar o acesso á rede.

Segundo a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, fenômenos como o grave cenário epidemiológico de consumo, a cultura de exclusão familiar e social da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, o distanciamento histórico com os serviços da rede de saúde justificam o desenvolvimento de técnicas e práticas mais amplas e territorializadas, como o Consultório de Rua.

Além disso, o baixo acesso aos serviços de saúde está associado ao fato de que, a maioria das ofertas de cuidados apresenta modelos de atenção baseados na abstinência e na internação. Trata-se de uma imposição responsável pela precária demanda por ajuda, bem como pela baixa aderência aos modelos de tratamento existentes, de uma

população altamente vulnerável e em situação de riscos, que se encontra seja com dificuldades para paralisar ou moderar o uso, seja sem desejo para fazê-lo.

Foi realizado um panorama do consumo prejudicial de substâncias psicoativas no país, contextualizado por uma visão multidimensional: o usuário, a droga e os aspectos sócio-culturais. Apesar da ausência de pesquisa sobre o número de usuários de crack, houve um consenso do grupo quanto à grande prevalência de uso de crack pela população infanto-juvenil em situação de rua, e a necessidade de intervenções específicas e diferenciadas.

O Consultório de Rua deve ter como referenciais: a singularidade do sujeito, a integralidade do cuidado, a lógica da Redução de Danos, a atuação no território do usuário, o respeito ao modo de viver do sujeito, a intersubjetividade, a cidadania e direitos humanos, o acolhimento e vínculo e, por fim, a intersetorialidade nas ações.

III – Segundo momento

Foi realizada uma exposição acerca da **Experiência do Consultório de Rua de Salvador**, com relato de importantes características, principalmente sobre o que motivou sua criação, tais como: saída precoce das crianças e adolescentes para fugir de situações de abuso e violência e miséria; busca de alívio de tensões e por ajuda financeira; duplo sofrimento e risco dentro e fora de casa; dramática situação do “lugar nenhum” ou “sem lugar”; falta de alcance e frustração diante da oferta de um modelo de atenção baseado apenas na abstinência; demanda por uma clínica da rua e em movimento com necessidade de novo *setting* terapêutico, desterritorializado e com tecnologias livres, baseadas na abordagem do vínculo e do acolhimento.

IV – Terceiro momento

Alguns aspectos necessários à implantação do CR foram abordados, enquanto elementos estruturantes, como:

- ✓ O atendimento deve ser realizado por uma **equipe multiprofissional**, em seus locais de permanência. O vínculo é de extrema importância para a identificação e retaguarda da equipe, influenciando na receptividade da população. A abordagem feita pela equipe deve ser pela via da saúde e da cidadania. O consumo de drogas deve ser compreendido e abordado como uma via secundária. A equipe é a principal tecnologia do Consultório de Rua - assistente social, motorista agente de saúde, médico generalista, psicóloga, redutores de danos.
- ✓ Deve haver um papel fundamental de articulador político, que tenha identidade com o usuário, facilitador das primeiras abordagens. Todos os técnicos deverão procurar construir esse lugar. Os profissionais são sujeitos e atores das práticas tanto quanto o usuário.
- ✓ A equipe precisa ser cuidada para que não “esmoreça”. É preciso construir mecanismos de qualificação e de cuidados contínuos com a equipe – por exemplo, mobilização para lidar com a complexidade, o inesperado, a impotência, a vulnerabilidade física, psíquica e social, a subjetividade e as situações imensuráveis.

- ✓ Trata-se de um modelo de assistência que requer do profissional: flexibilidade, relativização, negociação do modelo. A oferta de serviço deve estar adaptada às especificidades da população. É fundamental a escuta sensível.
- ✓ Há a necessidade de abertura para o estabelecimento de aquiescência com o tráfico para que o Consultório de Rua, dispositivo da saúde, possa circular na área. É preciso se considerar a relação no espaço da rua entre o usuário e o traficante, e as ofertas paralelas estabelecidas, inclusive antes da saúde se apresentar.
- ✓ A aparência física da equipe pode servir, muitas vezes, como barreira de acesso e aceitação. É preciso uma aproximação de identidade, da equipe com a população atendida.
- ✓ Postura não moralista e isenta de julgamento no tocante à diversidade da população presente – prostitutas, pequenos traficantes, travestis, e outros.
- ✓ Desenvolvimento da noção de *território*. Trata-se de um trabalho dentro do espaço aberto, de um território que é fora, e que é um território subjetivo, para além do espaço geográfico.
- ✓ As intervenções devem estar baseadas na lógica da Redução de Danos, para que seja facilitada a aproximação da equipe com a população.
- ✓ Há uma diversidade de **características da população alvo**, conforme cada região. Na prática não há como priorizar somente as crianças e os adolescentes. Haverá uma demanda por parte da população adulta demanda, pois eles estarão também habitando o local, inclusive liderando o mesmo. Eticamente a equipe não pode se privar dessa demanda.
- ✓ Possíveis **atividades** a serem desenvolvidas: Prevenção das DST/AIDS/Hepatites Virais; demonstração do uso seguro que diminua os riscos e danos à saúde; distribuição de cartilhas informativas; oficinas de educação, de jogos, de dança, de música, de arte, de contagem e narrativa de histórias e de esporte.
- ✓ Oferta de atendimento médico, psicológico e social, com encaminhamento, se for o caso e se o usuário permitir, à rede SUS e SUAS.
- ✓ Identificação das áreas prioritárias para a intervenção.
- ✓ Mapeamento da cidade, abertura de campo, observação sobre a dinâmica do lugar, contatos preliminares com lideranças locais (inclusive com o traficante da área).
- ✓ Articulação com a Atenção Básica (NASF, ESF, SAMU), com o CAPS AD e outros serviços da rede de saúde e ONGs.
- ✓ Criação de programas mais amplos, a partir da avaliação/monitoramento das ações, por meio de instrumentos construídos por Universidade Pública, com a sistematização das práticas em desenvolvimento.
- ✓ O atendimento será realizado a todos que se aproximar do Consultório de Rua, independente de gênero, sexo e idade.
- ✓ Possibilidade de abordagem pela via das DST/AIDS/Hepatites Virais, e não do uso de drogas.

V – Quarto momento

Algumas considerações foram tecidas e compartilhadas por todo grupo:

- ✓ Necessidade de assegurar a sustentabilidade das ações, tanto no que se refere à instabilidade de financiamento quanto às questões de ordem jurídicas durante o desenvolvimento das ações.
- ✓ Aspectos legais que assegurem algumas ações da equipe de Consultório de Rua, como a distribuição de insumos (cachimbo para usuários de crack, protetores labiais, camisinhas).
- ✓ Explorar mais o “perfil” dos profissionais para o trabalho sob a lógica da redução de danos e “fora dos muros”.
- ✓ Reuniões semanais para discussão e escuta da equipe.
- ✓ Reunião semanal e anterior ao trabalho de campo (pré-campo), com mínimo de uma hora antes da saída para a rua, com o planejamento das atividades do dia.
- ✓ Reuniões semanais e posteriores ao trabalho de campo (pós-campo), visando a descrição de como aconteceram as intervenções, o precisa ou não ser mudado. Tais reuniões podem acontecer em dia posterior ao dia das intervenções noturnas.
- ✓ Construção de alguma forma de registro (nos moldes de um prontuário) durante ou após as intervenções, adequada ao contexto das intervenções.
- ✓ Incorporação de alguém da comunidade, podendo ser capacitado como redutor de danos.
- ✓ Selecionar para compor os profissionais dos CR, usuários dos CAPS AD que estejam num atendimento não intensivo.
- ✓ Seguir as experiências exitosas da DST/AIDS/Hepatites Virais: usuários como redutores de danos, com discussão acerca da responsabilidade e compromissos.
- ✓ O encaminhamento para CAPS AD ou qualquer outra instituição não pode ser o objetivo principal, podendo ocorrer no decorrer das ações. O Consultório de Rua deve funcionar como ponte.
- ✓ Necessidade de estabelecimento de contato com associações, Ministério Público, Justiça, Segurança Pública e outros parceiros intersetoriais de programas de inclusão social e cultural, no sentido de anunciar a existência e objetivos dos serviços e facilitar a integração.
- ✓ Como seria uma estratégia de abordagem de redutores de danos para crianças?
- ✓ Aspecto político das ações: a droga nos grupos de CR é uma questão de sustentabilidade social.
- ✓ Mobilização de familiares de usuários, mesmo que sob a forma de visita domiciliar.
- ✓ Sugestão de manter diálogo com a mídia, no sentido de desfazer a concepção do uso de drogas como doença.
- ✓ Adoção de critérios diferenciados de uso de substâncias psicoativas.
- ✓ Mobilização da rede de saúde que apresentem resistência.

VI – Quinto momento

Foi apresentada a proposta da **Supervisão dos Consultórios de Rua e as normas gerais para seu funcionamento**. A Universidade Federal da Bahia é a instituição responsável pela supervisão dos CR, sob coordenação técnica do Prof. Tarcísio Mattos de Andrade. Os demais supervisores colaboradores foram escolhidos *a posteriori*.

Objetivos da supervisão

- a. Supervisionar, monitorar e avaliar as ações
- b. Realizar capacitação (acompanhamento do campo, supervisão clínica e atividade de docência)
- c. Estimular e avaliar a articulação com a rede
- d. Desenvolver estudo e pesquisa
- e. Realizar evento que favoreça o diálogo e a troca de experiência (no final do período de 12 meses)

Sugestão: criação de um blog para trocar experiência dos municípios e supervisores.

VII – Sexto momento

Discutiu-se de forma mais aprofundada, sobre os **componentes principais** do Consultório de Rua.

- A. Equipe volante
- B. Veículo amplo
- C. Insumo (proposta em questão)
- D. Rotina de atividade
 1. A equipe tem papel fundamental, é o papel instrumento do PCR. Necessita de capacitação e aprimoramento constante.
 2. Supervisão, capacitação a partir da demanda da prática.
 3. Integrantes da equipe-Saúde mental
 4. Atenção Básica
 5. Trabalhadores da educação, cultura, esporte, outros
- E. Práticas e estratégias de Ação
 1. Difundir área atuação
 2. Estado do Território
 3. Caracterização do público alvo
 4. Levantamento de especificidades locais
 5. Entrada em campo
 6. Ofertas de cuidado
 7. Ação de cuidados básicos
 8. Demandas clínicas e emergenciais
 9. Imunização
 10. Prevenção DST
 11. Atividade de abordagem, orientação prevenção e assistência
 12. Manejo de demandas para tratar em relação ao uso de SPAs
 13. Elaboração de PTI
 14. Diário de campo
 15. Avaliação das ações reuniões de equipe e intersetoriais

16. Supervisão local
17. Monitoramento do MS
18. Relatório bimestral, enviado *on line* para o MS, com o andamento dos projetos, contendo:
 - a. Identificação da área, clientela e demanda
 - b. Reunião realizada
 - c. Como se deu a entrada em campo
 - d. Outras ações realizadas
 - e. Dificuldades encontradas
 - f. Facilidades
 - g. Sugestões

Anexo 2

Chamadas de Seleção de Projetos de Consultório de Rua

A primeira Chamada aconteceu em novembro de 2009, se inscreveram 32 projetos e selecionados 14. Na segunda chamada foram 50 projetos inscritos e selecionados 20.

II CHAMADA PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE CONSULTÓRIOS DE RUA E REDUÇÃO DE DANOS (PCR-II)

Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005

I- Introdução:

1. O cenário epidemiológico atual do consumo de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (crack, merla e pasta base) e inalantes, tem convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde associados ao consumo prejudicial dessas substâncias. O Ministério da Saúde lançou, em junho de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), que tem como diretrizes gerais a) direito ao acesso ao tratamento, b) redução da lacuna assistencial, c) enfrentamento do estigma, d) qualificação das redes de saúde e seus trabalhadores, e) adoção da estratégia de redução de danos, f) ampliação e intensificação das ações intersetoriais, e g) reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo, e intervenção integrada sobre tais fatores (Portaria nº 1.190, 04 de junho de 2009).

2. A ausência de demanda de ajuda e de acesso aos serviços da rede de saúde por parte da população usuária de drogas moradora de rua, em especial as crianças, adolescentes e jovens, levanta, há muito tempo, a necessidade de intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas, *in loco*. As abordagens feitas no local de uso de álcool e outras drogas possibilitam ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, além de aproximar essa população, quando necessário e de forma sistêmica e integrada, a outros serviços de tratamento para os problemas que envolvem o consumo de substâncias psicoativas. A característica mais importante desta intervenção é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população. Os projetos implantados têm demonstrado resultados satisfatórios, com produção de assistência primária, prevenção, melhora do acesso aos serviços de saúde e promoção de vida.

3. A Portaria GM 1059, de 04 de julho de 2005, foi instituída com o objetivo de apoiar os Estados, Municípios e Distrito Federal na ampliação da rede de serviços e

ações de atenção integral, incluindo redução de danos, nas redes locais de saúde mental. Nesse sentido, com o objetivo de contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde para pessoas que usam álcool e outras drogas no SUS, potencializar intervenções desenvolvidas em contexto de rua e articular diferentes redes de atenção a população usuária, especialmente crianças, adolescentes e jovens moradores de rua em situação de vulnerabilidade e risco de naturezas diversas, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde selecionará **20 Projetos de “Consultórios de Rua e Redução de Danos”, que receberão, em 2010/2011, incentivo financeiro para fomentar ações realizadas nas ruas e ambientes de convívio da população-alvo, nos termos da Portaria GM 1059/2005.**

4. Após aprovados, os projetos selecionados deverão ser executados em duas fases.

Na fase I, os projetos receberão o incentivo no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). Após 06 meses, a partir da avaliação dos resultados das intervenções, poderão ser encaminhadas propostas de continuidade ao projeto – fase II –, seguindo-se novo repasse de recursos, com valor e duração iguais aos da fase I, nos termos da Portaria GM 1059/2005.

5. Poderão participar desta seleção (PCR II) Secretarias Municipais de Saúde de municípios com mais de **300.000 habitantes**.

6. A experiência de Consultórios de Rua foi iniciada em Salvador, BA, no final dos anos 90, e consiste na disponibilização de recursos móveis para abordagem e acolhimento das situações de uso prejudicial de Álcool e outras Drogas nos locais onde vivem e/ou se encontram os usuários.

7. Seus componentes principais são:

- a) uma equipe volante, devidamente identificada por crachá e/ou camiseta, constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, técnicos de enfermagem e pelo menos um profissional da área de assistência social;
- b) um veículo amplo, capaz de prover o deslocamento da equipe e armazenamento dos insumos durante as ações;
- c) insumos para tratamento de situações clínicas comuns, preservativos, cartilhas e material instrucional, material para curativos, medicamentos de uso mais freqüente em tais situações;
- d) rotina de atividade, contendo os protocolos clínicos aplicáveis, os fluxos de referência para continuidade da atenção quando for o caso, e as intervenções psicossociais e educativas, que levem em conta as especificidades socioculturais e epidemiológicas locais.

II – Sobre os Projetos “Consultórios de Rua e Redução de Danos” (PCR):

1. Os Projetos “Consultórios de Rua e Redução de Danos” deverão:

- A. Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em saúde mental, oferecendo às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua.
- B. Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.
- C. Ter como eixos o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as estratégia de redução de danos e a intersetorialidade.
- D. Estar alinhados às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III – Das inscrições para o processo seletivo:

1. As inscrições para a Chamada para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos (PCR-II) serão feitas através de formulário eletrônico, disponível no período de **29 de abril a 15 de maio de 2010**, no sítio abaixo:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=3964

2. O formulário eletrônico deverá ser preenchido pelo Coordenador de Saúde Mental do Município ou pelo Coordenador (a) do projeto proponente, devendo ser resultante de um processo coletivo de construção.

3. Para o preenchimento do formulário, é necessário ter disponível:

- a) Dados de identificação do projeto (nome e local em que será desenvolvido);
- b) Dados de identificação dos gestores municipais (Secretário Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do Município)
- c) Dados de identificação do(a) Coordenador(a) do Projeto
- d) Arquivo eletrônico com projeto e plano de aplicação do incentivo
- e) Informações sobre principais ações desenvolvidas ou previstas

4. Os proponentes deverão preencher o formulário eletrônico e as **inscrições se darão exclusivamente por meio desse instrumento.**

5. Serão aceitos um ou mais projetos por município, porém cada projeto deve ter um serviço de saúde mental específico de referência (preferencialmente CAPSad); municípios com população entre um milhão a 2,5 milhões de habitantes poderão inscrever até 03 (dois) projetos; municípios com população superior a 2,5 milhões de habitantes poderão inscrever até 04 (quatro) projetos, todos com áreas de abrangência específicas.

6. Serão aceitos projetos de municípios sem CAPSad, porém deverão ter outra modalidade de CAPS ou serviço de Saúde Mental de referência para o PCR.

7. Não é necessário o envio de material impresso para a Coordenação de Saúde Mental/MS, sendo todo o processo realizado por meio eletrônico.

8. A comprovação das informações prestadas, assim como outros documentos exigidos pela PT GM 1059/2005, serão solicitadas **posteriormente, e** apenas aos Projetos selecionados, sendo indispensáveis para a confirmação da seleção.

9. Orientações sobre os itens para elaboração do projeto estão contidas no Anexo A.

IV – Dos critérios para a seleção dos serviços

São critérios de prioridade para a seleção dos projetos:

1. *Porte populacional*: projetos municipais ou intermunicipais com mais de 300 mil habitantes.
2. *Municípios do PEAD*
3. *Segmento populacional* : propostas dirigidas a grupos de maior vulnerabilidade e risco (crianças, adolescentes e jovens)
4. *Articulação com a Rede de Saúde Mental e da Atenção Básica*, especialmente com as Equipes de Saúde da Família, CAPS e Hospitais Gerais.
5. *Articulação com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS*, especialmente com os CRAS e CREAS.
6. *Redução de Danos*: contratação imprescindível de, no mínimo, 03 redutores de danos.
7. *Intersetorialidade*: articulação com outros setores do governo e da sociedade civil - ação social, direitos humanos, educação, justiça, esporte e cultura.

V – Do repasse dos incentivos

1.O incentivo (Fase I) será repassado em uma única parcela ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a Portaria 1059/2005;

2.Serão aprovados 20 projetos com valor individual de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), na Fase I, e, a partir da avaliação dos resultados da intervenção, poderão ser encaminhadas propostas de continuidade do projeto - Fase II, com duração e valor idênticos à Fase I.

VI – Da Consultoria Técnica e Acompanhamento dos Projetos Selecionados

Os Consultórios de Rua são projetos-piloto de ampliação das ações territoriais de atenção integral em álcool e outras drogas (AOD). Por esta característica, os projetos selecionados contarão com Consultoria Técnica e Acompanhamento do Ministério da Saúde, através de 02 (duas) oficinas nacionais e de supervisão e consultoria no local de funcionamento de cada PCR, realizada com apoio de equipe de consultores de instituições colaboradoras. Uma Comissão de Acompanhamento do PCR-II será constituída, com a participação de consultores e dos coordenadores dos projetos selecionados.

VI - Do Resultado da Seleção

A listagem com os 20 Projetos selecionados estará disponível nos sítios www.saude.gov.br/saudemental e www.saude.gov.br, a partir do dia 20 de maio de 2010.

VII – Da documentação a ser encaminhada pelos projetos selecionados:

Os Projetos selecionados deverão enviar até o dia 25 de maio (data de postagem), ao Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS, com cópia para a Coordenação Estadual de Saúde Mental, a seguinte documentação, nos termos do Art 4º da Portaria GM 1059/2005:

- a) ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto que será beneficiado;
- b) projeto técnico (conforme estabelecido no item II e no Anexo A desta Chamada), assinado pelo responsável pela área de saúde mental do município;
- c) relação dos agentes redutores de danos que estão vinculados ao serviço; acompanhado de dados de identificação.
- d) termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos em até 3 (três) meses após seu recebimento;
- e) proposta técnica de aplicação do recurso;

Os documentos devem ser enviados para:

Ministério da Saúde
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, sala 603
CEP: 70058-900
Brasília – DF.

O envio destes documentos é indispensável para o recebimento do incentivo.

Maiores informações:

Miriam Di Giovanni (miriam.giovanni@saude.gov.br)

Brasília, 29 de abril de 2010.

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
DAPES/SAS
Ministério da Saúde

ANEXO 3

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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens;

Considerando a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas;

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas;

Considerando a necessidade de construção, sob a coordenação do campo da saúde pública, de respostas públicas intersetoriais eficazes, sensíveis à cultura e às peculiaridades da clínica de álcool e outras drogas;

Considerando a necessidade de fortalecimento e qualificação da rede de atenção à saúde mental existente;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental";

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente e, em seus arts. 4º e 11º, estabelece como absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde por meio de políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes e recomendações para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens;

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, no que diz respeito à morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, às ações preventivas ao consumo de álcool e outras drogas previstas no Programa Saúde na Escola e à necessidade de abordagens preventivas e de promoção da saúde dirigidas às crianças desde a primeira infância;

Considerando a Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando a Portaria nº 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005, que aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando a Política Nacional de Humanização (PNH), que atravessa as diferentes ações, serviços e instâncias gestoras do SUS;

Considerando as determinações da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004 e da Portaria SAS/MS nº 647, de 11 de novembro de 2008, que dispõem sobre a atenção integral de saúde para adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas;

Considerando a adesão do Brasil ao Programa "Mental Health Gap Action Program", da Organização Mundial da Saúde, de 2008, que prevê estratégias para a redução da lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental em todos os países do mundo, especialmente os países em desenvolvimento; e

Considerando a pactuação ocorrida na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, realizada no dia 28 de maio de 2009, resolve:

Art. 1º Instituir 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), com as seguintes finalidades:

I - ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS);

II - diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e

III - construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

Art. 2º São prioridades do PEAD:

I - Os 100 maiores municípios, com população superior a 250.000 habitantes, além de Palmas, por ser capital, e 7 (sete) municípios de fronteira, listados todos no Anexo I desta Portaria, por apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico; e

II - O segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco.

Parágrafo único. As ações, já em curso e/ou planejadas, de expansão e qualificação da rede de saúde mental nos demais municípios, não sofrerão prejuízo em função da prioridade definida no caput. Caso sejam identificadas novas necessidades emergenciais, outros municípios poderão ser incorporados ao PEAD.

Art. 3º Estabelecer que as ações do PEAD (2009 -2010) devem orientar-se segundo as seguintes diretrizes gerais:

I - direito ao tratamento: todo usuário de álcool e outras drogas tem direito a um tratamento de qualidade, ofertado pela rede de serviços do SUS, e que considere os diversos aspectos envolvidos no seu processo de adoecimento;

II - redução da lacuna assistencial: ao SUS cabe a tarefa de garantir o acesso a ações e serviços de saúde mental, compatíveis com as demandas dos usuários de álcool e outras drogas;

III - respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social: os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados com dignidade e respeito e a eles deve ser garantido o real acesso ao direito à saúde, ao bem-estar físico e mental, ao tratamento de qualidade, à moradia, à cultura, entre outros;

IV - enfrentamento do estigma: deve haver uma dimensão política de enfrentamento do estigma associada a toda e qualquer ação proposta para a população usuária de álcool e outras drogas, tendo em vista que o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais, oriundas da compreensão ainda existente de que a estes cidadãos devem ser ofertadas somente políticas repressivas. O estigma se manifesta também pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado oferecidos pelo Estado;

V -garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada: na discussão de modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é preciso incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas no país e no exterior, que apontam as melhores estratégias, eficazes e custo-efetivas, de cuidado para essa população;

VI -reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo: as políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas devem levar em conta a estreita ligação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento;

VII - garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária: o cuidado integral aos usuários de álcool outras drogas deve ser garantido em uma rede diversificada de ações e serviços de saúde mental, de base comunitária e territorial;

VIII - priorização de ações para crianças, adolescentes jovens em situações de vulnerabilidade: há uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Esta situação apresenta-se mais grave quando se considera também o impacto das consequências danosas do álcool e do crack, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nessa população;

IX - enfoque intersetorial: o cuidado à saúde mental da população infanto-juvenil tem sempre caráter multidisciplinar e intersetorial. As ações de atenção integral à crianças e adolescentes não se desenvolvem somente no campo das ações clínicas, mas se relacionam com as questões da família, da comunidade, da escola, da moradia, do trabalho, da cultura, além dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo - como o tráfico de drogas e a violência;

X - qualificação das redes de saúde: devem ser ampliadas as ofertas de capacitação e fortalecidos os processos de formação permanente e supervisão para profissionais que lidam com essa população, de acordo com as demandas identificadas; e

XI - adoção da estratégia de redução de danos: este deve ser um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS, que deve reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente relacionados à saúde, mas não exclusivamente. Trata-se de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem.

Art. 4º Definir os seguintes eixos de intervenções para as linhas de ação do PEAD (2009-2010):

I - EIXO 1 - Ampliação do acesso ao tratamento: expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e do atendimento pela Rede de Urgência e Emergência; expansão das ações de saúde mental na atenção básica; articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social:

a) expansão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), de modo a assegurar cobertura ambulatorial plena nos municípios prioritários;

b) implantação de leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais;

c) estímulo ao fortalecimento do componente de saúde mental/álcool e outras drogas nas equipes de saúde da família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da incorporação de profissional capacitado em álcool/drogas às novas equipes dos NASF nos Municípios prioritários;

d) construção de mecanismos para implantação do acolhimento com classificação de risco a situações de álcool e outras drogas na Rede de Urgência e Emergência, com garantia de continuidade do cuidado e fomento à ampliação do acesso para atendimento pela Rede de Urgência e Emergência - SAMU 192, UPA 24h e QualiSUS -a estas situações clínicas;

e) implantação/piloto de casas de passagem/moradias assistidas e outras experiências de acolhimento transitório;

f) fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, como consultórios de rua, ações no território, atenção domiciliar e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social);

g) articulação eficaz da rede de saúde mental do SUS com a rede de suporte social intersetorial, composta por entidades governamentais e não-governamentais;

II -EIXO 2 - Qualificação da Atenção -Formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento: qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento:

a) realização de cursos de Especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em álcool e drogas, para profissionais da atenção básica e Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (incluindo a estratégia de Telessaúde e ensino a distância);

b) criação do Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública; c) implantação da Rede de Pesquisa em Saúde Mental; d) lançamento de publicações sobre álcool e outras drogas dirigidas a públicos diversificados; e

e) desenvolvimento de ações contínuas de monitoramento e avaliação das ações de saúde mental, com ênfase nos CAPS e atenção básica.

III - EIXO 3 -Articulação intra e intersetorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho, Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais. Apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental:

- a) implantação de ações culturais articuladas ao campo da saúde mental (Programa Mais Cultura/Ministério da Cultura);
- b) apoio a iniciativas de Geração de Renda e Inclusão Social pelo trabalho, para pessoas com transtornos mentais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas;
- c) criação de Comitê Interministerial para integração de políticas federais para ações intersetoriais de prevenção e tratamento voltadas para usuários de álcool e drogas;
- d) incentivo e qualificação das ações de redução de danos na rede de atenção em saúde mental, em articulação com a rede ampliada de saúde e proteção social;
- e) implantação de Centros de Convivência (Pontos de Acolhimento e Integração Social) para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com as políticas de assistência social e direitos humanos; e
- f) fomento à criação de fóruns intersetoriais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade;
- g) ampliação da rede de suporte social (instituições sociais e de acolhimento, casas de passagem, grupos de ajuda mútua e outras); e
- h) ampliação de ações em articulação com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI.

IV -EIXO 4 -Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social:

- a) promoção de educação para prevenção do uso de álcool e outras drogas para alunos do ensino técnico, médio e fundamental;
- b) sensibilização de gestores públicos da rede de atenção à saúde mental para os direitos dos usuários de álcool e outras drogas, especialmente crianças e adolescentes, e para o estigma como barreira para o acesso aos serviços;
- c) articulação de ações com os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde já implantados nos Municípios prioritários do PEAD;
- d) desenvolvimento prioritário de ações conjuntas previstas no componente da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- e) fortalecimento da articulação com as ações do Programa Saúde na Escola (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas -DAPES/Departamento de Atenção Básica - DAB, da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e Ministério da Educação MEC) e Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde -Ministério da Saúde e Ministério da Educação - MEC); e

f) desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental na primeira infância.

§ 1º A definição das prioridades para a implantação dos CAPS e outras ações de ampliação do acesso, nos Municípios listados no Anexo I, levará em conta a combinação dos seguintes critérios:

I - Critério 1: Parâmetro populacional;

II - Critério 2: Cobertura de CAPS/100.000 habitantes;

III - Critério 3: Cobertura existente de leitos de atenção integral em saúde mental; IV - Critério 4: Garantia da equidade regional; V - Critério 5: Cobertura de equipes de saúde da família; e

VI - Critério 6: Existência de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -SAMU 192 ou sistema de regulação urgência/emergência.

§ 2º Os objetivos, ações e metas do Plano de Ação do PEAD estão descritas no Anexo II desta Portaria.

Art. 5º Definir que o componente hospitalar do PEAD deverá atender às diretrizes e especificações da Portaria nº 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005, que aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad) e das recomendações propostas pelo Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais, instituído pela Portaria nº 1.899/GM, de 11 de setembro de 2008.

Parágrafo único. O componente hospitalar do PEAD deve conter mecanismos formalmente definidos de referência e contrarreferência, que incluam as redes locais ou regionais de urgência/emergência, de atenção psicossocial e de proteção social.

Art. 6º Caberá ao Ministério da Saúde:

I - a gestão do PEAD no âmbito federal;

II - a articulação e integração dos programas do governo federal em torno do tema do acesso ao tratamento do uso/abuso de álcool e outras drogas e da violência;

III - prestar assessoria técnica aos Estados e aos Municípios no processo de discussão e implantação das ações do PEAD;

IV - apoiar técnica e financeiramente, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas, a ampliação dos serviços dos níveis hospitalar, ambulatorial e de atenção básica integrantes do PEAD;

V - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas; e

VI - priorizar o cadastramento de unidades de saúde municipais que dependam de habilitação específica do Ministério da Saúde.

Art. 7º Caberá às Secretarias de Estado da Saúde:

I - articular e integrar as ações do PEAD no âmbito estadual;

II - coordenar os mecanismos locais/regionais de referência e contra-referência do componente hospitalar e da rede de urgência/emergência;

III - apoiar técnica e financeiramente, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas, a ampliação dos serviços dos níveis hospitalar, ambulatorial e de atenção básica integrantes do PEAD;

IV - monitorar, acompanhar e avaliar, em sua esfera de atuação, as ações desenvolvidas;

V - articular com os Municípios, listados no Anexo I, o desenvolvimento das ações previstas no PEAD 2009-2010.

Art. 8º Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

- I - coordenar e executar as ações do PEAD no âmbito municipal;
- II - construir mecanismos de articulação intermunicipal e locorregional;
- III - apoiar técnica e financeiramente, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas, a ampliação dos serviços dos níveis hospitalar, ambulatorial e de atenção básica integrantes do PEAD;
- IV - contribuir para a ampliação da oferta de serviços da rede integrante do PEAD, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas; e
- V - monitorar, acompanhar e avaliar, em sua esfera de atuação, as ações desenvolvidas;
- VI - identificar, na rede de saúde mental municipal, a necessidade de expansão das intervenções de saúde e intersetoriais direcionadas às pessoas que com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, previstas no PEAD 2009-2010.

Art. 9º Instituir o Comitê de Acompanhamento e Avaliação do PEAD, coordenado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde Mental, e integrado pelas seguintes instâncias e instituições:

I - Ministério da Saúde;

a) Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

1. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES:

- Área Técnica de Saúde Mental;

- Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem;

2. Departamento de Atenção Básica - DAB.

3. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC.

4. Departamento de Atenção Especializada - DAE.

b) Secretaria-Executiva - SE

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

1. Departamento de Análise e Informação de Saúde - DASIS

2. Programa Nacional de DST-Aids

d) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES

II - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS;

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; e

IV - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS.

Parágrafo único. O Comitê de que trata este artigo contará com o apoio de um Grupo Consultivo Intersetorial para subsidiar a implementação do PEAD de acordo com as parcerias previstas.

Art. 10. Os recursos financeiros para execução das ações previstas nos Eixos 1 e 2, constantes do Anexo II a esta Portaria, deverão onerar as seguintes Funcionais Programáticas/Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade;

II - 10.302.1220.20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental;

III - 10.301.1312.6233 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental;

IV - 10.243.1312.6177 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem;

V - 10.301.1312.8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravo;

V - 10.128.1436.8612.0001 - Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros de Formadores do SUS; e

VI - 10.364.1436.8628 - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós Graduação Stricto e Lato Sensu, em Áreas Estratégicas para o SUS, relativas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prevista na Portaria no- 2.813/GM, de 20 de novembro de 2008 e Portaria n. 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.

Parágrafo único. As programações orçamentárias por meio das quais serão executadas as ações intersetoriais relativas aos Eixos 3 e 4, previstos no Anexo II a esta Portaria, serão objeto de atos normativos específicos.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de julho de 2009

.JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

Art. 10 Os recursos financeiros para execução das ações previstas nos Eixos 1 e 2, constantes do Anexo II a esta Portaria, deverão onerar as seguintes Funcionais Programáticas/Programas de Trabalho :

Municípios prioritários para as ações do PEAD

U.F.	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
SP	São Paulo	10.990.249
RJ	Rio de Janeiro	6.161.047
BA	Salvador	2.948.733
DF	Brasília	2.557.158
CE	Fortaleza	2.473.614
MG	Belo Horizonte	2.434.642
PR	Curitiba	1.828.092
AM	Manaus	1.709.010
PE	Recife	1.549.980
RS	Porto Alegre	1.430.220
PA	Belém	1.424.124
SP	Guarulhos	1.279.202
GO	Goiânia	1.265.394
SP	Campinas	1.056.644
MA	São Luís	986.826
RJ	São Gonçalo	982.832
AL	Maceió	924.143
RJ	Duque de Caxias	864.392
RJ	Nova Iguaçu	855.500
SP	São Bernardo do Campo	801.580
RN	Natal	798.065
PI	Ter es i n a	793.915

MS	Campo Grande	747.189
SP	Osasco	713.066
PB	João Pessoa	693.082
PE	Jaboatão dos Guararapes	678.346
SP	Santo André	671.696
MG	Uberlândia	622.441
MG	Contagem	617.749
SP	São José dos Campos	609.229
BA	Feira de Santana	584.497
SP	Sorocaba	576.312
SP	Ribeirão Preto	558.136
MT	Cuiabá	544.737
SE	Aracaju	536.785
MG	Juiz de Fora	520.612
PR	Londrina	505.184
RJ	Belford Roxo	495.694
PA	Ananindeua	495.480
GO	Aparecida de Goiânia	494.919
SC	Joinville	492.101
RJ	Niterói	477.912
RJ	São João de Meriti	468.309
RJ	Campos dos Goytacazes	431.839
MG	Betim	429.507
SP	Santos	417.518
SP	São José do Rio Preto	414.272
SP	Mauá	412.753
ES	Vila Velha	407.579
RS	Caxias do Sul	405.858
SC	Florianópolis	402.346
ES	Serra	397.226
PE	Olinda	394.850
SP	Diadema	394.266
SP	Carapicuíba	388.532
PB	Campina Grande	381.422
RO	Porto Velho	379.186
SP	Mogi das Cruzes	371.372
SP	Piracicaba	365.440
ES	Cariacica	362.277
AP	Macapá	359.020
MG	Montes Claros	358.271
SP	Bauru	355.675
SP	Itaquaquecetuba	351.493
SP	Jundiaí	347.738
RS	Pelotas	343.167
MG	Ribeirão das Neves	340.033
PR	Maringá	331.412
GO	Anápolis	331.329
RS	Canoas	329.903
SP	São Vicente	328.522
SP	Franca	327.176
CE	Caucaia	326.811

PR	Foz do Iguaçu	319.189
ES	Vitória	317.817
PE	Paulista	314.302
BA	Vitória da Conquista	313.898
RJ	Petrópolis	312.766
PR	Ponta Grossa	311.106
SP	Guarujá	304.274
AC	Rio Branco	301.398
SC	Blumenau	296.151
PE	Caruaru	294.558
MG	Uberaba	292.377
PR	Cascavel	291.747
SP	Suzano	279.394
SP	Limeira	278.776
PE	Petrolina	276.174
PA	Santarém	275.571
PR	São José dos Pinhais	272.530
SP	Taubaté	270.918
RS	Santa Maria	266.822
RS	Gravataí	266.230
SP	Barueri	264.619
MG	Governador Valadares	261.981
RR	Boa Vista	260.930
RJ	Volta Redonda	259.811
RS	Viamão	257.844
RS	Novo Hamburgo	255.945
CE	Juazeiro do Norte	246.515
TO	Palmas	184.018
RS	Uruguaiana	127.138
MS	Corumbá	99.196
RS	Santana do Livramento	84.779
MS	Ponta Porã	74.601
AM	Tabatinga	47.501
AM	São Gabriel da Cachoeira	40.806
RO	Guajará-Mirim	40.541

ANEXO II

Plano de Ação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde

EIXO 1	AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL
Objetivo 1.1	Assegurar cobertura ambulatorial plena nos municípios prioritários, através da implantação de 92 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD, CAPS-i e CAPS III).
Objetivo 1.2	Implantar, nos municípios prioritários, 2.325 novos leitos de atenção

	integral em saúde mental especializados em atendimento de transtornos de álcool/drogas, em hospitais gerais, nos termos da Portaria nº 1.612/GM, de 09 de setembro de 2005.
Objetivo 1.3	Implantar acolhimento com classificação de risco a situações de álcool e outras drogas na Rede de Urgência e Emergência, com garantia de continuidade do cuidado
Objetivo 1.4	Estimular a contratação de pelo menos 1 profissional de saúde mental nas equipes de Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) a serem implantadas nos 100 maiores municípios do País e Capitais.
Objetivo 1.5	Fomentar estratégias de implantação de projetos-piloto de casas de passagem/moradias assistidas ou outras experiências de acolhimento transitório, em todos os municípios com mais de 500.000 habitantes.

EIXO 2	QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO: FORMAÇÃO, SUPERVISÃO E PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO
Objetivo 2.1	Realizar 15 Cursos de Especialização regionais e 65 cursos de atualização em saúde mental, com ênfase em álcool e drogas, abrangendo profissionais de saúde dos 100 Municípios do país previstos no Anexo I, além de programas intensivos de ensino a distância (Telessaúde e Supera III/SENAD).
Objetivo 2.2	Implantar Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública.
Objetivo 2.3	Qualificar e fortalecer os sistemas de informação/inquéritos que se relacionam ao consumo de álcool e drogas.
Objetivo 2.4	Ampliar a supervisão clínico-institucional junto aos CAPSad, CAPSi e CAPS III cadastrados no SUS nos Municípios prioritários.
Objetivo 2.5	Realizar levantamento preliminar para estimar a demanda potencial para tratamento de crack nos 100 maiores Municípios brasileiros.
Objetivo 2.6	Implantar Rede de Pesquisa em Saúde Mental.
Objetivo 2.7	Lançar publicação sobre álcool e outras drogas dirigidas aos profissionais da rede de atenção à saúde mental e às redes intersetoriais (justiça, assistência social, cultura, trabalho e outras) e publicação dirigida aos alunos da rede regular de ensino
EIXO 3	ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL, SOCIEDADE CIVIL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
Objetivo 3.1	Publicar edital conjunto do Ministério da Saúde e Ministério da Cultura para implantação de ações culturais articuladas às redes de saúde e saúde mental (Programa Mais Cultura) em 2009 e 2010.
Objetivo 3.2	Publicar edital conjunto do Ministério da Saúde com Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para apoio a 100 iniciativas de Geração de Renda.
Objetivo	Fortalecer as ações educativas e de promoção da saúde relacionadas à associação do

3.3	consumo de álcool e situações de violência, em parceria com Estados e Municípios.
Objetivo 3.4	Consolidar as ações de prevenção de acidentes de trânsito relacionados com o consumo de álcool - Estratégia conjunta com MS, MJ e Ministério das Cidades.
Objetivo 3.5	Criar Comitê Interministerial para integração de políticas federais para ações intersetoriais voltadas para o tratamento e prevenção ao consumo de álcool e outras drogas.
Objetivo 3.6	Publicar e divulgar os projetos selecionados por meio do Edital para qualificação das ações de redução de danos na rede de atenção em saúde mental (lançado em abril/09).
Objetivo 3.7	Implantar 15 Pontos de Acolhimento e Integração Social (Centros de Convivência), em articulação com Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Cultura (MINC) e Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), em municípios com população superior a 500.000 habitantes.
Objetivo 3.8	Fomentar a criação de fóruns intersetoriais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade com participação de operadores de justiça e defesa dos direitos humanos.
Objetivo 3.9	Fomentar ações de prevenção do consumo de álcool e outras drogas e HIV/AIDS para população de rua.
Objetivo 3.10	Ampliar ações compartilhadas entre a rede de atenção básica e saúde mental, com os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.
Objetivo 3.11	Realizar Seminário Nacional sobre Atenção em Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade para divulgação e debate dos dados do Levantamento Nacional realizado sobre o tema (Brasília, agosto/09).
Objetivo 3.12	Realizar oficina nacional de articulação com comunidades terapêuticas e ONGs (Brasília, outubro/09).
Objetivo 3.13	Criar critérios para regulação das vagas para internação em comunidades terapêuticas, quando necessárias, no contexto locorregional.

Objetivo 3.14	Inserir o canal Disque Jovem no Disque Saúde.
Objetivo 3.15	Estimular e fortalecer a criação de grupos de protagonismo juvenil.
Objetivo 3.16	Ampliar ações em articulação com o PRONASCI (Ministério da Justiça), especialmente com o projeto "Drogas e Violência: respostas integradas" (Ministério da Justiça/Gabinete de Segurança Institucional).
Objetivo 3.17	Articular o PEAD com o Programa Jovem Atleta (Ministério dos Esportes), Jovem Trabalhador (MTE), Inclusão Digital (MCT) e Programa de Proteção a

	Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM/SEDH) e CRAS/CREAS (MDS).
Objetivo 3.18	Fomentar e apoiar, através de Edital, estratégias intersetoriais ativas de ações extra-muros, que promovam no território alternativas de convivência, sociabilidade e vínculos, às pessoas em situação de rua com transtornos mentais e/ou associados ao consumo de álcool/drogas (30 projetos).

EIXO 4	PROMOÇÃO DA SAÚDE, DOS DIREITOS E ENFRENTAMENTO AO ESTIGMA
Objetivo 4.1	Promover educação para prevenção do uso de álcool e outras drogas para alunos do ensino técnico, médio e fundamental, em consonância com ações previstas no Programa de Saúde nas Escolas e no Saúde e Prevenção nas Escolas (Ministérios da Saúde e Educação).
Objetivo 4.2	Articular ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Direitos Humanos para atenção integral em unidades de medida sócio-educativa.
Objetivo 4.3	Incluir nas ações de Educação Popular em Saúde que contribuam para ampliar o conhecimento da população sobre o uso de álcool e outras drogas, com vistas a combater a exclusão social, o preconceito e o estigma em relação às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.
Objetivo 4.4	Incorporar, nas ações de humanização dirigidas aos profissionais de saúde, a redução do estigma no acolhimento e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas e na continuidade do cuidado dos usuários na rede.
Objetivo 4.5	Realizar de Seminário sobre Drogas e Mídia (Brasília, setembro/09).

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

§ 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;

III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;

IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e

VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.

Art. 3º Fica instituído o Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, composto por um representante, titular e suplente, de cada órgão a seguir indicado:

- I - Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República;
- II - Casa Civil da Presidência da República;
- III - Secretaria-Geral da Presidência da República;
- IV - Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República;
- V - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República;
- VI - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República;
- VII - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República;
- VIII - Ministério da Justiça;
- IX - Ministério da Saúde;
- X - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- XI - Ministério da Defesa;
- XII - Ministério da Educação;
- XIII - Ministério da Cultura;
- XIV - Ministério do Esporte; e
- XV - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º Compete ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e ao Ministério da Justiça a coordenação do Comitê Gestor.

§ 2º Os membros do Comitê Gestor serão indicados pelos titulares dos órgãos nele representados, no prazo de quinze dias contado da publicação deste Decreto, e designados pelo Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

§ 3º O Comitê Gestor reunir-se-á periodicamente, mediante convocação de seus coordenadores.

§ 4º Os coordenadores Comitê Gestor poderão convidar para participar de suas reuniões, representantes de outros órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos Poderes Judiciário e Legislativo, de entidades privadas sem fins lucrativos, bem como especialistas.

§ 5º Ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República caberá prover apoio técnico-administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Gestor.

Art. 4º Compete ao Comitê Gestor:

- I - estimular a participação dos entes federados na implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- II - acompanhar e avaliar a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; e
- III - consolidar em relatório periódico as informações sobre a implementação das ações e os resultados obtidos.

Art. 5º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas será composto por ações imediatas e estruturantes.

§ 1º As ações Imediatas do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contemplam:

- I - ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas;
- II - ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social;
- III - ação permanente de comunicação de âmbito nacional sobre o crack e outras drogas, envolvendo profissionais e veículos de comunicação;
- IV - capacitação em prevenção do uso de drogas para os diversos públicos envolvidos na prevenção do uso, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas;
- V - ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social em regiões de grande vulnerabilidade à violência e ao uso de crack e outras drogas, alcançadas por programas governamentais como o Projeto Rondon e o Projovem;
- VI - criação de sítio eletrônico no Portal Brasil, na rede mundial de computadores, que funcione como centro de referência das melhores práticas de prevenção ao uso do crack e outras drogas, de enfrentamento ao tráfico e de reinserção social do usuário;
- VII - ampliação de operações especiais voltadas à desconstituição da rede de narcotráfico, com ênfase nas regiões de fronteira, desenvolvidas pelas Polícias Federal e Rodoviária Federal em articulação com as polícias civil e militar e com apoio das Forças Armadas; e
- VIII - fortalecimento e articulação das polícias estaduais para o enfrentamento qualificado ao tráfico do crack em áreas de maior vulnerabilidade ao consumo.

§ 2º As ações estruturantes do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contemplam:

- I - ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas;
- II - realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reinserção social do usuário e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas;
- III - implantação de ações integradas de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social nos Territórios de Paz do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI, e nos territórios de vulnerabilidade e risco;
- IV - formação de recursos humanos e desenvolvimento de metodologias, envolvendo a criação de programa de especialização e mestrado profissional em gestão do tratamento de usuários de crack e outras drogas;
- V - capacitação de profissionais e lideranças comunitárias, observando os níveis de prevenção universal, seletiva e indicada para os diferentes grupos populacionais;
- VI - criação e fortalecimento de centros colaboradores no âmbito de hospitais universitários, que tenham como objetivos o ensino, a pesquisa e o desenvolvimento de metodologia de tratamento e reinserção social para dependentes de crack e outras drogas;
- VII - criação de centro integrado de combate ao crime organizado, com ênfase no narcotráfico, em articulação com o Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia - CENSIPAM, com apoio das Forças Armadas;

VIII - capacitação permanente das polícias civis e militares com vistas ao enfrentamento do narcotráfico nas regiões de fronteira; e

IX - ampliação do monitoramento das regiões de fronteira com o uso de tecnologia de aviação não tripulada.

§ 3º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas promoverá, ainda, a articulação das ações definidas neste artigo com outras ações desenvolvidas em âmbito federal, estadual, distrital e municipal.

Art. 6º As despesas decorrentes da implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias dos órgãos nele representados, consignadas anualmente nos respectivos orçamentos, observados os limites de movimentação, de empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual.

Art. 7º A execução das ações previstas neste Plano observará as competências previstas no Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de maio de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto

Fernando Haddad

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli

Márcia Helena Carvalho Lopes

Jorge Armando Felix

**Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas
intersectoriais – contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde
Mental – Intersetorial¹**

Márcia Landini Totugui
Miriam Di Giovanni
Francisco Cordeiro
Marcelo Kimati Dias
Pedro Gabriel Godinho Delgado

¹ In **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**, Vasconcelos, E. M., São Paulo: Editora Hucitec. 2010. pp 93-113.

1. Introdução

A expansão do uso de cocaína na forma de *crack* constitui um fenômeno complexo e contemporâneo. Ainda que não saibamos a extensão do aumento do consumo, sabe-se que, ainda que haja informações que apontam para o aumento do consumo em camadas de classe média, populações mais vulneráveis, em particular moradores de rua, estão mais expostos ao uso. A ampla divulgação do fenômeno na mídia faz, de uma forma geral, que o consumo de *crack* seja adornado por inúmeros adjetivos potencialmente criadores de pânico. Outro fenômeno que acompanha o aumento do consumo de *crack* diz respeito ao grande número de estigmas e preconceitos relacionados à droga e seus usuários.

A questão do uso de drogas, inclusive do *crack*, tem sido comumente tratada e entendida de forma simplista, inclusive por profissionais da saúde. A consequência disso é a tendência de avaliação moral do consumo. A visão reducionista implica ainda na tendência a abordagens também reducionistas aos usuários. Por um lado, na medida em que tais estratégias são frequentemente ineficazes, por outro ajudam a desenvolver barreiras de acesso aos cuidados de saúde. Como se sabe, as drogas fazem parte da história da humanidade, o homem sempre as usou para as mais variadas finalidades, em diferentes contextos e sentidos. Especialistas apontam que as políticas proibicionistas ou de extinção das drogas não demonstram funcionalidade e eficácia. A complexidade do fenômeno de uso de drogas aponta para a necessidade de desenvolver propostas de ações também complexas, interdisciplinares e intersetoriais.

O *crack* ocupa os cenários urbanos de nosso país há mais ou menos 20 anos. Hoje se observa sua interiorização com espaço em cidades de médio e pequeno porte. Gestores de saúde mental relatam aumento no consumo de *crack* em regiões que outrora não apresentavam presença significativa da droga, em especial no nordeste e nas cidades fora dos grandes centros urbanos. O aumento parece estar relacionado com o baixo custo e as características dos efeitos procurados, embora sejam necessários estudos e pesquisa sobre a influência desses ou outros fatores.

O panorama mundial da difusão do uso do cloridrato de cocaína (pó) por aspiração intranasal esteve associado, a partir da década de 60, à falta de algumas drogas no mercado, como a anfetamina e a maconha, devido às ações repressivas.

Contudo, o alto preço do produto levou usuários de drogas à descoberta de outras formas de uso com efeitos mais intensos, apesar de menor duração. Desse cenário, no início de 1980, aparecem novas drogas obtidas a partir da mistura de cloridrato de cocaína com ingredientes cada vez mais incertos e tóxicos. Tempos depois, surge o uso do *crack*, outra forma fumável de cocaína, disseminando-se no Brasil, oficialmente a partir de 1989, alastrando-se atualmente, em vários segmentos sociais de gênero, sexo, idade e classe social.

Na produção de *crack* não há o processo de purificação final. O cloridrato de cocaína é dissolvido em água e adicionado em bicarbonato de sódio. Essa mistura é aquecida e, quando seca, adquire a forma de pedras duras e fumáveis. Além dos alcalóides de cocaína e bicarbonato de sódio, essas pedras contêm as sobras de todos os ingredientes que já haviam sido adicionados anteriormente durante o refino da cocaína. As pedras de *crack* são vendidas já prontas para serem fumadas. Sua composição conta com uma quantidade imprecisa de cocaína, suficiente para que possa produzir efeitos fortes e intensos. Além disso, para obter a produção final do *crack* são misturadas à cocaína diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene e até água de bateria.

A entrada do *crack* no mercado das drogas está relacionada a vários fatores que levaram a uma grave transformação, tanto na oferta quanto na procura. De um lado, o controle mundial e nacional repressivo sobre os insumos químicos necessários a sua produção – como éter e acetona – leva os produtores a baratear cada vez mais sua fabricação, com a utilização indiscriminada de outros ingredientes altamente impuros. Quanto mais barata sua produção, mais rentável é sua venda. Por outro lado, o *crack* representa para a população usuária de drogas um tipo de cocaína acessível, pois vendido em pequenas unidades baratas, oferece efeitos rápidos e intensos. Entretanto, a desejada intoxicação cocaínica proporcionada pelo *crack* provoca efeitos de pouca duração, o que leva o usuário a fumar imediatamente outra pedra, fenômeno entendido como fissura. Esse ciclo ininterrupto de uso potencializa os prejuízos à saúde física, as possibilidades de dependência e os danos sociais. A inovação no mercado das drogas com a entrada do *crack* atraiu pequenos traficantes, agravou ainda mais a situação, com o aumento incontrolável de produções caseiras, se diferenciando conforme a região do país.

À cocaína é misturada uma variedade incerta de reagentes químicos em sua preparação. O desconhecimento quanto a sua composição pode dificultar, muitas vezes,

as intervenções emergenciais de cuidados à saúde nos casos de intoxicação aguda sofrida por alguns usuários. Tais condições, porém, não impossibilitam o desenvolvimento de ações voltadas à saúde e ao bem-estar social da referida população. O *crack* é fumado por ser uma forma mais rápida (e barata) de a droga chegar ao cérebro e produzir seus efeitos. A pedra é quebrada e fumada de diversas maneiras e em diferentes recipientes: enrolada no cigarro de tabaco ou misturada na maconha – forma que parece amenizar psiquicamente os efeitos maléficos da droga, como o sentimento de perseguição, a agitação motora e posteriormente a depressão. É também fumado em cachimbos improvisados feitos em tubos de PVC ou em latas de alumínio muitas vezes coletados na rua ou no lixo, apresentando possibilidades de contaminação infecciosa. O uso de latas favorece a aspiração de grande quantidade de fumaça pelo bocal, promovendo intoxicação pulmonar muito intensa.

São vários os tipos de danos causados pelo uso de *crack*. Além dos problemas respiratórios pela inspiração de partículas sólidas, sua ação estimulante leva à perda de apetite, falta de sono e agitação motora e, a dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Podem ser ainda observados sintomas físicos como rachadura nos lábios pela falta de ingestão de água e de salivagem, cortes e queimaduras nos dedos das mãos e às vezes no nariz, provocados pelo ato de quebrar e acender a pedra, além de ficar o usuário mais exposto ao risco social e de doenças. O cenário epidemiológico do *crack* no Brasil, segundo o CEBRID, aponta:

Tabela 1. População geral, cidades com mais de 200.000 habitantes (2001 e 2005)

	2001			2005		
	homens	mulheres	total	homens	mulheres	total
<i>Crack</i> : uso na vida (%)	0,7	0,2	0,4	1,5	0,2	0,7

Tabela 2. Estudantes de 10 a 19 anos, ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, (2004) – padrão de consumo de *crack*

Padrão de uso	%
Uso na vida	0,7
Uso no ano	0,7
Uso no mês	0,5
Uso freqüente* 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias	0,1
Uso pesado** 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias	0,1

Tabela 3. Crianças e adolescentes, de 9 a 18 anos, em situação de rua (27 capitais brasileiras - 2003)

Uso no ano	8,6%
Uso no mês	5,5%

2. Atenção em saúde mental aos usuários de *crack*

2.1. Tipologia de caracterização dos usuários de *crack*

Todo uso de drogas está associado a fatores sociais, culturais, psíquicos e biológicos e o consumo de *crack* não é diferente. Além dos problemas físicos já descritos, há os de ordem psicológica, social e legal. Ocorrem graves perdas nos vínculos familiares, nos espaços relacionais, nos estudos e no trabalho, bem como a troca de sexo por drogas e, ainda, podendo chegar à realização de pequenos delitos para a aquisição da droga. Há controvérsia se tais condutas socialmente desaprovadas têm relação com o estado de “fissura” para usar ou se resulta da própria intoxicação. A unanimidade é que o usuário desemboca numa grave e complexa exclusão social.

Existe uma tendência a homogeneizar usuários de *crack*, além de associá-los ao tráfico, violência e risco, o que contribui para diminuir o acesso dessa população aos cuidados de saúde. Profissionais da área reafirmam a grande heterogeneidade entre os usuários, especialmente em relação aos impactos de ruptura de laços sociais decorrentes do uso.

Como forma de sistematizar e criar referências para abordagem do fenômeno de uso de *crack*, propõe-se uma caracterização do usuário para avaliar diretrizes da oferta de cuidados pela rede de atenção em saúde mental. Esta caracterização tem um aspecto pragmático e serve como ferramenta de avaliação para profissionais da rede de atenção. A caracterização de usuários de *crack* a partir da tipologia descrita abaixo ajuda a

sistematizar a população alvo das ações emergenciais e elaborar o planejamento dos investimentos de ampliação e diversificação das ofertas de cuidado. Estas categorias são necessárias não no sentido de criar categorias diagnósticas, mas de construir estratégias intersetoriais diversificadas para um problema em freqüente transformação.

Os aspectos definidos com os mais significativos na orientação quanto a utilização da rede de atenção foram:

a) Funcionalidade- estipula o quanto o usuário de *crack* apresentou rupturas em sua vida social em decorrência do uso da substância. Neste sentido, usuários podem ser *funcionais* ou *disfuncionais*. Ainda que o *crack* se constitua uma substância com grande potencial de desenvolvimento de dependência, existe uma porcentagem de usuários da substância que apresentam menos danos funcionais. Esta categoria de usuários apresenta menos rupturas com sua rede de relações social, trabalho, família. Estudos apontam para o fato de que parte dos usuários de *crack* utiliza a substância também sem grandes rupturas com a funcionalidade social. Com base neste achado, dividimos os usuários em duas categorias: funcionais e disfuncionais. É importante que aos usuários funcionais sejam oferecidas condições de suporte social e de rede de cuidados para que se mantenham na funcionalidade. As ações de saúde mental, tanto na atenção básica, nos hospitais, quanto nos CAPS, estarão voltadas aos usuários disfuncionais na medida em que estes constituem um grupo com um maior risco de agravos e maior vulnerabilidade. A ruptura com as redes de relação social tende, por sua vez, dificultar a diminuição do consumo de substâncias.

b) Vulnerabilidade- identifica os usuários como mais propensos aos agravos do uso, incluindo não só agravos físicos como sociais. Característica que implica no risco do usuário de *crack* em apresentar agravos de todas as ordens decorrentes do uso da droga. Diversos elementos interferem na vulnerabilidade do usuário, entre elas elencamos:

B1) Gênero- usuárias do sexo feminino são mais vulneráveis a abuso sexual e agravos de ordem física. O consumo de *crack* pode associar-se ainda com prostituição, que implica no aumento de riscos.

B2) Idade- usuários jovens e adultos jovens apresentam um uso de *crack* mais frequentemente associado a processos disruptivos em relação à sua vida social. Características ainda de impulsividade podem implicar em agravos relativos ao consumo.

B3) Vínculo com instituições (família, trabalho) e inserção no trabalho formal ou informal- usuários de *crack* que mantêm uma rede de apoio social e vinculações formais no mercado de trabalho têm mais recursos de acesso ao cuidado.

B4) Escolaridade- baixa escolaridade implica, entre outros aspectos, em menor inserção no mercado formal, menor disponibilidade financeira e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade.

B5) Co-morbidades- co-morbidades psiquiátricas como transtornos de humor ou quadros psicóticos implicam frequentemente em pior prognóstico em avaliações prospectivas.

B6) Delitos, Conflito com a lei- situações de ilegalidade, especialmente associação com tráfico implica numa maior exposição à violência e portanto a maior vulnerabilidade.

B7) Conflito com tráfico- dívidas com tráfico, especialmente, implicam em maior vulnerabilidade.

c) Relação com o cuidado- identifica as formas de acesso ao cuidado, não só aos serviços de saúde, mas também à rede de apoio social. Diz respeito também à oferta de cuidado, não só ao usuário. Usuários de *crack* com dificuldade de acessar ajuda apresentam maior risco de agravos, sendo prioridade das ações de saúde mental. As redes aqui referenciadas não se limitam a ações públicas, mas incluem redes de apoio informais ligados à cultura local. O não-acesso a estas redes pode decorrer da ruptura das relações sociais relativas ao uso de *crack* ou do estigma relacionado ao usuário de *crack*. Entendemos que existe um déficit no acesso universal ao SUS por parte desta população por despreparo das equipes de saúde, especialmente na atenção básica, em acolherem as demandas destes usuários. Desta forma, ampliação do acesso é visto como uma prioridade nas ações de saúde mental em relação a este usuário.

Os usuários disfuncionais em condição de extrema vulnerabilidade pessoal e social (por se encontrarem com frequência em situação de rua), num processo de ampla ruptura das relações sociais e com pouco acesso ao cuidado constituem hoje um grupo de 15 a 25 mil pessoas. Por outro lado, a população geral de usuários de *crack* 0,1% a 0,2% da população geral (CEBRID, 2005).

2.2 Princípios básicos orientadores da atenção aos usuários de crack

O atendimento ao usuário funcional ou disfuncional de crack deve considerar alguns importantes critérios:

- a) *O usuário que não procura tratamento:* a ele devem ser dirigidas estratégias de assistência e cuidados, de redução de danos e de riscos sociais e à saúde. As ações devem ser oferecidas e articuladas por uma rede pública de serviços de saúde e de ações sociais e devem ser feitas por equipes itinerantes, como os consultórios de rua, que busquem ativamente ampliar o acesso aos cuidados em saúde e em saúde mental destes usuários. A perspectiva dessa abordagem objetiva a inserção da promoção da saúde como também as possibilidades de inserção social.
- b) *A porta de entrada na rede de atenção em saúde deve ser a Estratégia de Saúde Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).* Estes serviços especializados devem ser os organizadores das demandas de saúde mental no território. Os CAPS devem dar apoio especializado às ESF, fazer articulações intersetoriais (educação, assistência social, justiça, cultura, entre outros), facilitar a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral, além de encaminhar e acompanhar os usuários à internação em hospitais gerais, quando necessário.
- c) *Quando o usuário acessa as equipes de saúde e de saúde mental, é necessária uma avaliação clínica das suas condições de saúde física e mental, para a definição das intervenções terapêuticas que devem ser desenvolvidas. É importante que se faça uma avaliação de risco pelas equipes de saúde para subsidiar intervenções sociais e de saúde.*
- d) *A internação deve ser de curta duração, em hospital geral da rede pública, com vistas à desintoxicação associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas e/ou à presença de algum tipo de co-morbidade desenvolvida com o uso. É concebível e muito comum que usuários de crack, ainda que num padrão de uso preocupante, resistam à internação e optem pela desintoxicação e cuidados clínicos em regime aberto, acompanhado nos CAPS AD por uma equipe interdisciplinar, nos níveis de atendimento intensivo, semi-intensivo e até*

o não intensivo. Nesse caso, a boa evolução clínica, psíquica e social dependerá da articulação inter e intrasetorial das redes de apoio, inclusive e se possível, com mobilização familiar.

- e) *A decisão pela internação deve ser compreendida como parte do tratamento, atrelada a um projeto terapêutico individual e, assim como a alta hospitalar e o pós-alta, deve ser de natureza interdisciplinar. Intervenções e procedimentos isolados mostram-se ineficazes, com pouca adesão e curta duração, além de favorecer o descrédito e desalento da família e mais estigma ao usuário.*

2.3 Rede de Saúde e Atenção aos Usuários de Crack

A atenção a usuários de *crack* no SUS tem como referência o constante diálogo e articulação entre os diferentes serviços. Devem ser construídos, tanto no âmbito municipal quanto regional, fluxos transversais e intersetoriais, considerando uma atenção em rede, de forma a facilitar e promover a circulação dos usuários nos serviços necessários. A atenção em rede implica num conjunto de dispositivos com funções complementares, mas sem papéis estanques ou fluxos burocráticos. Ao contrário, a rede de atenção deve ser mobilizada a partir de demandas específicas de cada usuário do sistema. E cada uma destas necessidades deve ser contemplada à partir de um projeto individual que defina como a rede de atenção deve ser mobilizada. Desta forma, a descrição dos componentes desta rede deve ser entendida como uma configuração dinâmica, com cada um dos dispositivos atuando de forma flexível de acordo com as demandas dos usuários da rede. Desta forma, a avaliação interdisciplinar e o acolhimento dos usuários de *crack* devem ser realizados de forma universal nos serviços de saúde. Por outro lado, as diferentes instâncias de cuidados têm especificidades que devem ser apontadas:

- a. *Atenção básica* (via ESF e NASF, com participação de profissionais de AD). A atenção básica é reconhecidamente a porta de entrada do usuário de *crack* no SUS e deve estar disponível para realizar seu acolhimento. A atenção básica deve realizar ofertas de cuidado a usuários *funcionais*, identificando aqueles com história da ruptura de seus laços sociais e articulando-se aos CAPS do município para desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais. Uma vez que apresenta grande capilaridade com a comunidade, pode estrategicamente desempenhar o mapeamento e

identificação de usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS. Pode ainda propor abordagens para estes usuários, especialmente aquelas ligadas a ações de redução de danos.

Experiências de ações em prevenção e assistência de usuários de *crack* através do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) apontam para a possibilidade de atuação deste profissional como articulador de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto ao PSF. Estas ações devem sempre ter como característica agregar pessoas da equipes de saúde da família às ações com o objetivo de constituírem procedimentos de capacitação para a abordagem de usuários de *crack*. Um profissional do NASF tem ainda a possibilidade de articular ações intersetoriais, de identificação de casos, oferta de assistência, redução de danos e prevenção, junto a escolas, igrejas, associação de bairros, conselho local de saúde e outros segmentos da comunidade local.

- b. *CAPS AD* – acolhimento nos níveis intensivo, semi-intensivo até não intensivo - O cuidado ofertado tem como característica se efetivar por uma rede.
- c. *Leitos de atenção integral*: hospital geral, CAPS AD 24 horas- são dispositivos que permitem o cuidado intensivo para usuários que apresentam quadro de muita gravidade e/ou vulnerabilidade. Leitos em hospitais gerais envolvem especialmente agravos clínicos, como quadros de abstinência, pneumonia, arritmias secundárias ao uso de *crack*. Leitos em CAPS têm como grande vantagem permitirem que o usuário seja acompanhado em período de crise pela mesma equipe que o acompanhou de forma diária, fora da crise. O leito pode ser utilizado também como recurso de redução de danos ou prevenção à recaída.
- d. *Consultórios de rua*: são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, com objetivo principal de estender o cuidado a usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, historicamente desassistidos e distantes dos serviços de saúde. As ações de promoção, prevenção e cuidados primários são realizadas *in loco*, fora de ambientes institucionalizados. As abordagens privilegiam a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado destes usuários.

- e. *Casas de Acolhimento Transitório*: Experiência desenvolvida em Recife com o nome de Casas do Meio do Caminho ou Casas de Passagem. Consistem em casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. As Casas de Acolhimento Transitório procuram ampliar os recursos da rede em oferecer a estes usuários cuidados contínuos para populações em estado de vulnerabilidade e riscos. Funcionam como albergues 24 horas que potencializam as ações de saúde mental da rede de atenção, dando maior institucionalidade e continuidade ao cuidado. Sua utilização, na experiência de Recife, é vinculada a um projeto terapêutico que define o tempo de uso do recurso e o objetivo desta utilização. Casas de Acolhimento Transitório podem proporcionar aos usuários de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos sociais e de saúde a chance de receber uma intervenção breve ou iniciar um tratamento, protegido das drogas, seja a curto ou médio prazo, que respeite seu contexto social e familiar, sua capacidade e disponibilidade de adesão, ou seu desejo de interromper ou apenas reduzir seu consumo.
- f. *Ponto de Acolhimento*: tem como finalidade proporcionar um primeiro contato com usuários de substância que não têm qualquer acesso a cuidados relativos a álcool e outras drogas. São espaços abertos, onde estes usuários podem alimentar-se, descansar e onde, são feitas ofertas de promoção de saúde e redução de danos. Trata-se de espaços de gestão intersetorial, com caráter territorial.
- g. *Estratégias de redução de danos*
- h. *Articulação com outras Políticas Públicas*: Ação Social, Educação, Trabalho, Justiça, Esporte, Direitos Humanos, Moradia.

3. Considerações Finais

A abordagem terapêutica do *crack* traz à tona diversos desafios atuais da reforma psiquiátrica. Em primeiro lugar, resgata a complexidade que deve ser considerada nas abordagens. O uso de drogas é um fenômeno que vai muito além do efeito psicotrópico da substância, envolvendo questões culturais, de identificação de grupo e tem uma

relação íntima com o território, considerando este termo em toda sua complexidade. Este aspecto do uso de drogas demanda, da saúde pública, saídas também complexas e estas apontam sempre para a necessidade de incorporar diversos outros parceiros e práticas de cuidado fora da saúde mental.

Este é o segundo desafio que a questão do uso de drogas traz à tona. O fenômeno demanda que os trabalhadores de saúde mental passem a desenvolver práticas em articulação interdisciplinar e intersetorial. Este é um processo em desenvolvimento nas práticas de saúde mental e deve romper com a tradição histórica de isolamento do cotidiano dos serviços. O diálogo e a necessidade de desenvolvimento de parcerias fora da área implicam nos trabalhadores de saúde mental se defrontarem com a alteridade. Este processo é positivo na medida em que marca uma expansão das concepções ligadas à reforma psiquiátrica. Com a expansão do número de profissionais e no número de categorias profissionais envolvidas com a atenção a usuários de drogas passa a existir um crescimento no número de atores envolvidos com o ideário que referencia esta atenção. E na medida em que isso acontece, a reforma ampliando seu caráter de política nacional de saúde e ganha um caráter sócio-cultural.

Referências

Andrade TM, Lurie P, Medina MG, Anderson K e Dourado I. The Opening of South America's First Needle Exchange Program and an Epidemic of *Crack* Use in Salvador, Bahia-Brazil. *AIDS and Behaviour* Volume 5, Number 1 / March, 2001.

Andrade, TM. Condições psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas infetáveis, em uma comunidade marginalizada de Salvador-Bahia. Apresentada a Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina para obtenção do grau de Doutor. Salvador, 1996.

Andrade, AG, Leite, MC e col. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Carvalho, Heraclito Barbosa de and Seibel, Sergio Dario. *Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV*. *Clinics* [online]. 2009, vol.64, n.9, pp. 857-866.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001 – CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

Domanico, A. & MacRae, E. Estratégias de Redução de Danos entre Usuários de *Crack*. In: Silveira, D. X. & Moreira, F. G. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

Governo de São Paulo. *SOS crack: prevenção e tratamento, diretrizes e resumos de trabalhos*, 1999.

Nappo SA, Galduróz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2001 Jul-Sep;33(3):241-53.

Silva, SL. *Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e da preservação no uso do crack*. Dissertação apresentada para obtenção de título de mestre em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP, 2000.

Silveira, DX, Labigalini E. e Rodrigues, LR Redução de danos no uso de maconha por dependentes de *crack*. In: *SOS crack prevenção e tratamento*. Governo do Estado de São Paulo, 1998.

Totugui ML. *Possibilidades Integradoras da Redução de Danos na Teoria da Complexidade: Estudo Teórico-Clínico para Psicoterapia de Dependentes de Drogas*. Dissertação apresentada para obtenção de título de mestre em psicologia clínica e cultura. UNB, 2009.