

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas



Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/*Crack* no Sistema Único de Saúde

Texto preliminar destinado à consulta pública

Brasília, abril de 2010

Sumário

- I. Introdução – A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e Grupo de Trabalho

- II. Consumo de *Crack*, vulnerabilidade e risco
 1. Funcionalidade
 2. Vulnerabilidade
 3. Relação com as redes de cuidados

- III. Atenção a Usuários de *Crack* e Cocaína no Âmbito do SUS
 1. CAPS AD
 2. CAPS AD 24 Horas
 3. Atenção Básica / NASF
 4. Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento
 5. PEAD

- IV. Ampliação do Acesso
 1. Programa Ampliado de Qualificação
 2. Implantação de Pontos de acolhimento
 3. Projetos de Consultórios de Rua

- V. Cuidado Contínuo
 1. Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral
 2. Casas de Acolhimento Transitório

I – Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e Grupo de Trabalho

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde formou um Grupo de Trabalho com o objetivo de realizar a caracterização dos usuários de *crack* e avaliação da rede de atenção, bem como propor diretrizes para a Política de Saúde Mental voltada para os mesmos. O grupo constituiu-se por representantes de diversos setores do Ministério da Saúde, Universidades – UNIFESP e UFBA, associações – Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), representantes dos Secretários de Saúde (CONASEMS), ONGs, especialistas da área, trabalhadores de saúde, gestores, professores e representantes de usuários e de entidades ligadas ao tema. O GT procurou caracterizar os usuários a partir de critérios clínicos e sociais discutidos e desenvolvidos pelo grupo, a saber, o de funcionalidade, de vulnerabilidade e de acesso ao cuidado. Procurou ainda identificar a rede de atenção voltada para essa população e pontuar suas demandas e deficiências.

O Grupo de Trabalho salientou a imprescindibilidade de abordagens de caráter intersetorial e de serviços de saúde facilitadores da construção do cuidado em rede. O estigma foi identificado como aspecto marcante na definição do acesso ao cuidado de usuários de *crack*. Há forte tendência a homogeneizar usuários de *crack*, quando a prática clínica denuncia grande e importante heterogeneidade de consumidores, especialmente no tocante à impactante ruptura de laços sociais decorrentes do uso dessa droga. Esta homogeneização, que freqüentemente associa a pessoa do usuário de *crack* ao tráfico, violência e risco tende a diminuir o acesso ao cuidado.

O grupo identificou ainda a necessidade de:

- √ Criação de dispositivos de cuidado intensivo e atenção integral.
- √ Utilização de experiências brasileiras e fora do país, de ampliação de dispositivos de cuidado contínuo, de utilização da rede em graus em função da vulnerabilidade, da relação com cuidado e da funcionalidade.
- √ Promoção de acolhimento universal e qualificado em qualquer local da rede de saúde.
- √ Inserção de saberes fora da área da saúde e não acadêmicos, constituídos de uma abordagem etnográfica junto aos usuários de *crack*, que se aproxime da cena de uso e dos vários fatores que a compõem.
- √ Preservação dos vínculos entre o usuário e a equipe de cuidado.

- √ Identificação e reconhecimento dos usuários enquanto protagonistas na criação de ofertas de cuidado.
- √ Articulação internacional com países com mais experiência na abordagem de usuários de *crack*.
- √ Criação de financiamentos para dispositivos de cuidado contínuo para usuários de *crack*.
- √ Defesa inalienável dos direitos humanos, cuidado de saúde, sem fazer da escolha e do comportamento de uso um motivo de exclusão e segregação.
- √ Fomentar investigações sobre os padrões de uso, o acesso a serviços e a efetividade das intervenções oferecidas pelo SUS.

Diante desse cenário, o Grupo de Trabalho identificou que o aprimoramento da atenção aos usuários de *crack* no âmbito do SUS passa por quatro importantes vertentes a serem abordadas neste documento:

- 1) Ampliação da rede de atenção.
- 2) Ampliação do acesso com desenvolvimento de dispositivos que ofereçam cuidados a usuários historicamente desassistidos, como os moradores de rua.
- 3) Maior institucionalidade do cuidado, com a criação de dispositivos de atenção integral que possibilitem cuidado contínuo.
- 4) Aprimoramento da articulação em rede da atenção a usuários de *crack*

II - Consumo de *Crack*, Vulnerabilidade e Risco

O Grupo de Trabalho procurou sistematizar o fenômeno do uso de *crack*, com a criação, junto a especialistas da área, de uma caracterização do usuário, como forma de 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.

Os pontos consensuais para a caracterização dos usuários de *crack*/cocaína são os seguintes:

- a) **Funcionalidade** - estipula o grau de rupturas que o usuário de *crack* apresenta em sua vida social em decorrência do uso da substância. Neste sentido, usuários podem ser *funcionais* ou *difuncionais*. Vale ressaltar que tais conceitos não reproduzem

a relação tradicionalmente utilizada do padrão de uso e sim se referem a um padrão funcional ou disfuncional de vida.

- b) **Vulnerabilidade** - identifica os usuários como mais ou menos propensos aos agravos do uso, incluindo não só agravos físicos e psíquicos como sociais.
- c) **Relação com o cuidado** - identifica as formas de acesso ao cuidado, não só aos serviços de saúde, como também à rede de apoio social. Diz respeito também à oferta de cuidado, e não apenas ao usuário.

1) Funcionalidade

Ainda que o *crack* se constitua uma substância com grande potencial de desenvolvimento de dependência, diversos segmentos profissionais, além da saúde, apontam haver uma porcentagem de usuários da substância que apresentam menos danos funcionais. Esta categoria de usuários apresenta menos rupturas com sua rede de relações social, de trabalho e familiar. Estudos epidemiológicos e pesquisa em fase encerramento (Unifesp - Solange Nappo) indicam o fato de que parte dos usuários de *crack* utiliza a substância sem carregar grandes rupturas com a funcionalidade social. Além disso, depoimentos de alguns especialistas presentes no GT indicam estarem em tratamento pessoas usuárias de *crack* há mais de cinco anos. Com base nestes achados, os usuários foram divididos em duas categorias: funcionais e disfuncionais. É importante que sejam oferecidas condições de suporte social e de rede de cuidados aos usuários funcionais 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 constituam um grupo com um maior risco de agravos e maior vulnerabilidade. A ruptura com as redes de relação social, familiar e de trabalho tende a, por sua vez, dificultar a diminuição do consumo de substâncias.

2) Vulnerabilidade

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 eles elencou-se:

a) 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.

b) 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.

c) Vínculo com instituições como família, escola e inserção no trabalho formal ou informal- usuários de *crack* que mantêm, minimamente, uma rede de apoio familiar e social e vinculações formais no mercado de trabalho têm mais recursos de acesso ao cuidado, bem como maior alcance a fatores de proteção.

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

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

f) Delitos, Situações de conflito com a lei- situações de conflitos com a justiça, de ilegalidade, especialmente associação com tráfico implicam numa maior exposição à violência e, portanto, a maior vulnerabilidade.

g) Conflito com tráfico- contextos de dependência com os fornecedores, em especial as dívidas com tráfico implicam em maior vulnerabilidade.

3) Relação com as redes de cuidado

Usuários de *crack* com dificuldade de expressar demandas e 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, podendo incluir redes de apoio informais ligados à cultura local. O não-acesso a estas redes pode decorrer da ruptura ou da fragilidade das relações sociais relativas ao uso de *crack* ou do estigma relacionado ao usuário de *crack*. Compreende-se a existência de um déficit no acesso universal ao SUS por parte desta população, devido ao despreparo das equipes de saúde, especialmente na atenção básica, no acolhimento das demandas destes usuários. Desta forma, ampliação e informatização do acesso são vistas como prioridade nas ações de saúde mental em relação a este usuário, para melhorar o sistema de integração de rede de cuidados, bem como o mapeamento e identificação dessa população.

A caracterização de usuários de *crack* a partir da tipologia descrita acima ajuda a sistematizar a população alvo das ações emergenciais e a elaborar o planejamento dos

investimentos de ampliação e diversificação das ofertas de cuidado. É imprescindível contar com essa tipificação das pessoas que usam *crack*, não no sentido de criar categorias diagnósticas, mas de construir estratégias intersetoriais diversificadas para um problema de complexidade tão mutante. A rede não pode ser construída sob o teto do imaginário social e sem a consideração de uma diversidade de padrão.

Os usuários disfuncionais e em condição de extrema vulnerabilidade pessoal e social (por se encontrarem, na maior parte das vezes, 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 de usuários de *crack* é de 0,1% a 0,2% da população geral (CEBRID, 2005).

III - Atenção a Usuários de *Crack* no âmbito do Sistema Único de Saúde

A atenção a usuários de *crack* no âmbito do SUS está fundamentada nos referenciais de atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade. A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de forma complementar, solidária e funcional, onde se busque garantir a continuidade da assistência. Ainda que os CAPS sejam dispositivos estratégicos na organização da porta de entrada, na avaliação e no acolhimento dos casos de saúde mental no território, os demais serviços da rede de atenção devem estar atuando na promoção de cuidados para este usuário. Os CAPS devem fazer a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatorios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral.

Todos os serviços da rede de saúde mental devem estabelecer um contínuo diálogo e articulação entre si. A seguir, a sistematização dos principais dispositivos desta rede:

1) CAPS AD

O cuidado ofertado tem como característica se efetivar por uma rede. O CAPS faz parte desta rede, embora não seja seu elemento único nem central. A concepção de cuidado de usuários de *crack* tem caráter intersetorial. Os CAPS AD devem estar articulados para as seguintes ações no cuidado de usuários de *crack*/cocaína:

- ✓ Realizar acolhimento universal e incondicional a usuários de *crack*, implicando o acolhimento de crianças e adolescentes em uso da substância.
- ✓ Tratar as abstinências leves de *crack* em nível ambulatorial. Abstinências graves e com agravos físicos devem ser tratadas em leitos de hospital geral ou encaminhadas para unidades de pronto-atendimento.
- ✓ Realizar desintoxicação ambulatorial de quadros leves e sem agravos clínicos que demandem atenção médica contínua. Intoxicações graves incluem arritmias cardíacas, crises convulsivas, acidentes isquêmicos transitórios entre outros agravos clínicos. Estes casos devem ser abordados em leitos de hospital geral ou em unidades de pronto-atendimento.
- ✓ Realizar ações de matriciamento nos outros dispositivos da rede que desenvolvam atenção a usuários de *crack*. Desta ação devem resultar articulações parceiras com unidades de pronto atendimento, SAMU, com o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais em conjunto com CAPS I, II, III e CAPS i.
- ✓ CAPS AD devem realizar atenção à crise de usuários de *crack* conquanto estes não apresentem agravos que implique riscos imediatos que justifiquem uma internação clínica.
- ✓ CAPS AD devem realizar atenção regular a usuários em crise e fora da crise. Em casos de abandono de tratamento, deve ser realizada busca ativa em articulação com atenção básica.
- ✓ Os CAPS AD devem constituir espaço de convivência de usuários que desenvolveram processos de ruptura de sua rede de relações sociais.
- ✓ Devem ser desenvolvidas oficinas terapêuticas.
- ✓ É fundamental que os CAPS desenvolvam atividades, especialmente as relativas a redução de danos, em espaços fora de seu espaço institucional.
- ✓ Os CAPS AD devem acolher usuários de *crack* que demandem ajuda e que não demonstrem desejo de interromper o consumo, e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos, incluindo sempre que preciso toda rede de apoio e de familiares.
- ✓ Devem oferecer suporte e apoio aos **familiares**.
- ✓ Desenvolver redes intersetoriais com objetivo de promoção de vida, socialização, e oferta de atividades de esporte, cultura, lazer, inserção mercado de trabalho e outras.

Existe, erroneamente, a percepção de que os CAPS AD consistem no único recurso de atenção a usuários de *crack*, causando, em muitas ocasiões, uma barreira de acesso destes usuários aos CAPS I e II. Em municípios que não dispõem de CAPS AD, os CAPS I e II devem assumir algumas das funções listadas acima, com exceção as ações de desintoxicação e de tratamento de abstinência leve, que devem ser feitas em articulação com a atenção básica.

Entretanto, importa ressaltar que o acolhimento a usuários de *crack* deve sempre ser realizado e o CAPS deve oferecer-se como espaço de convívio, ainda que em períodos específicos e delimitados. Da mesma forma, em articulação com a atenção básica, devem ser realizadas ações de redução de danos.

2) CAPS AD 24 horas

Em alguns municípios do país vêm sendo implantados serviços de funcionamento 24 hs/dia, 07 dias por semana, incluindo feriados, para usuários de álcool e outras drogas. Esta modalidade institucional vem ao encontro de uma demanda existente na rede de dispositivos de atenção contínua e cuidado integral. Da mesma forma que os CAPS III, o dispositivo CAPS AD 24 horas deve dar cobertura a populações de pelo menos 200 mil habitantes. O leito de um CAPS AD 24 horas tem objetivos muito diferentes de um leito de atenção integral em hospital geral. Entre estas diferenças pode-se citar:

- ✓ Leitos de atenção integral em CAPS não constituem espaços que disponham da presença de médicos durante todo o terceiro período (noturno). De igual forma, não é prevista uma estrutura que comporte emergências clínicas. Estão excluídos, portanto, destes leitos, usuários que apresentem quadros clínicos graves que os coloquem em risco de morte, devendo, neste caso, serem utilizados leitos de hospital geral. Como exemplo desta limitação pode-se citar usuários de *crack* que apresentam como comorbidade dependência grave a álcool. Havendo o risco de desenvolver *delirium tremens*, este usuário deve ser tratado num leito de atenção integral em hospital geral.
- ✓ O tempo de utilização deste leito deve ser definido a partir de um projeto terapêutico individual, e em geral restrito ao período de 7 dias corridos ou 10 intercalados em um período de 30 dias.
- ✓ Os objetivos da utilização do acolhimento noturno devem incluir: prevenção à recaída, redução de danos, proteção em condições de riscos sociais e de extrema vulnerabilidade, tratamento de abstinências leves e abrigo em caso de *fissuras* intensas.
- ✓ Ao contrário dos leitos de atenção integral em hospital geral, os leitos de CAPS AD 24hs devem ser regulados pela própria equipe do serviço e não por uma central municipal ou regional de regulação.

3) Atenção Básica / NASF

A atenção básica desempenha importante papel de porta de entrada do usuário de *crack* no SUS e deve estar disponível para realizar seu acolhimento. Com base na classificação proposta anteriormente para usuários de *crack*, a atenção básica deve realizar ofertas de cuidado a usuários *funcionais*, identificar aqueles com história de ruptura dos laços sociais e articular-se aos CAPS do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais. Por constituir o dispositivo de maior capilaridade com a comunidade, deve desempenhar o mapeamento e a identificação de usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS, propor abordagens para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento.

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 das equipes de saúde da família, com vistas à capacitação na abordagem de usuários de *crack*.

Um profissional do NASF tem ainda a possibilidade de articular ações intersetoriais, realizar 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.

Em articulação com o NASF, a atenção básica pode realizar: consultas, ações de Promoção da Saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), oficinas, ações de redução de danos, oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede social de cuidado (CRAS, CREAS), oferta de inserção na rede de atenção.

4) Pronto Socorros e Unidades de Pronto Atendimento

Quadros de intoxicação e abstinência à cocaína são freqüentemente assistidos nestas unidades, que já fazem parte da rede de atenção. Observa-se, no entanto, uma deficiência do diálogo estabelecido entre estes serviços de urgência e emergência e os demais serviços de saúde mental da rede. É necessário potencializar, no nível municipal, ações regulares e sistematizadas que aumentem a interlocução entre os serviços da rede de atenção às urgências. Experiências exitosas no país apontam para a funcionalidade de ações de matriciamento de CAPS AD em Unidades de Pronto Atendimento. Estas ações propiciam:

- ✓ Inserção de usuários de *crack* na rede de atenção.

- ✓ Resgate de usuários ao tratamento oferecido nos CAPS AD, que porventura se apresentem em crise e em abandono de tratamento.
- ✓ Qualificação da atenção dada a estes usuários durante o atendimento nos PSs/UPAS.
- ✓ Padronização de procedimentos de atenção e fluxo durante o atendimento.
- ✓ Utilização qualificada das UPAS/PSs como unidades de apoio aos CAPS AD em casos de intoxicação e abstinência.
- ✓ Inserção de usuários na rede no período de pós-alta.
- ✓ Articulação com a rede intersetorial.
- ✓ Cuidado contínuo de usuários da rede.

5) Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD

Em junho de 2009 foi lançado o Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). O PEAD possui como principais objetivos intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Tem como eixos de atuação: a) ampliação do acesso ao tratamento; b) a qualificação da rede assistencial; c) estímulo a ações intersetoriais e d) apoio a ações de promoção e enfrentamento do estigma

O Plano apresenta como estratégias a ampliação do acesso diversificado nos 100 maiores municípios do país, a articulação intersetorial com ação social, educação, justiça, cultura, direitos humanos, a criação de estruturas para internação (especialmente em hospitais gerais) e a ampliação da rede de atenção com a abertura de Centros de Atenção Psicossocial infantil, 24 hs e álcool e drogas (AD). O programa é focado em municípios prioritários, com população acima de 250.000 habitantes (com exceção de Palmas, capital do Estado de Tocantins). Foram inclusos alguns municípios de fronteira e de rota de tráfico, totalizando 108 municípios. O Plano tem como proposta a associação ao PRONASCI em regiões metropolitanas e ao projeto “Ações Integradas” (GSI/MJ). A população total beneficiada pelo Plano é de 78.581.585 (41% da população brasileira), sendo o foco prioritário: crianças e adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade social. Existe a proposta de ampliação do PEAD numa segunda fase para contemplar municípios com porte populacional menor que 250.000.

Esta iniciativa tem como resultado o cadastramento de 53 novos CAPS, sendo 26 CAPS álcool e drogas, 11 CAPS infanto-juvenil e 05 CAPS III (24 horas). O investimento

realizado pelo Ministério da Saúde com a abertura destes serviços foi de 17 milhões. Dentro do PEAD foram implantados ainda 34 projetos de Consultórios de Rua, totalizando um investimento de R\$ 1,4 Milhão do Ministério da Saúde. No contexto do PEAD foram implantadas 10 Escolas de Redutores de Danos, com o objetivo de formar pessoas para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas em contextos de vulnerabilidade.

Mapa dos Municípios do PEAD



IV - Ampliação de acesso

1) Programa ampliado de qualificação

O grupo apontou necessidade de qualificação de profissionais de saúde com a finalidade de ampliar o acolhimento universal de usuários de *crack* em toda rede de saúde. O despreparo

da atenção básica, dos CAPS e dos serviços de urgência no acolhimento desta demanda proporciona baixa adesão dos usuários, resultando na desassistência.

Na maioria dos serviços, são percebidos profissionais com posturas e condutas preconceituosas e excludentes, reproduzindo nestes espaços os paradigmas pertencentes ao senso comum. Tais condutas dificultam o acesso e a permanência no tratamento.

2) Implantação de Pontos de Acolhimento

São dispositivos que vem sendo utilizados em alguns municípios do Brasil e em outros países (Alemanha, Inglaterra, Holanda), e que tem como finalidade proporcionar um primeiro contato com usuários de substância que não têm qualquer acesso a cuidados relativos ao consumo de álcool e outras drogas. São espaços abertos, onde os usuários podem se alimentar, descansar e receber ofertas de promoção de saúde e redução de danos. São espaços de gestão intersetorial, de caráter territorial e, no caso proposto, vinculados ao programa de saúde da família e ao NASF.

3) Projetos de Consultório de Rua

O Grupo de Trabalho identificou que o usuário de *crack* que se apresenta “disfuncional”, isto é, com rupturas de suas relações sociais, apresenta uma relação precária com os espaços terapêuticos hoje ofertados pela rede de saúde. Segundo os integrantes do GT, programas que desenvolvem oferta de cuidados e de redução de agravos fora destes espaços, no território de origem ou de permanência destes usuários tendem a ser eficazes. Neste sentido, ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua como os Consultórios de Rua devem ser ampliadas para um número maior de municípios, em especial os de grande porte, com objetivo principal de levar o cuidado a usuários que se encontram desassistidos e sem vinculações com os serviços de saúde. As abordagens desenvolvidas *in loco* privilegiam a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado dos usuários fora de ambientes institucionalizados. Consideram o estreito relacionamento existente entre o público alvo e aqueles que fazem parte da rede de relacionamento das crianças, adolescentes e jovens, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade.

A população alvo desse dispositivo é constituída por usuários de álcool e outras drogas em situação de *rua*. Compreendendo-se “rua” toda forma diferenciada de habitação, moradia e/ou fonte de sobrevivência, como as casas desabitadas, os terrenos baldios, os viadutos e outros. É importante considerar o estreito relacionamento existente entre o público alvo e

aqueles que fazem parte da rede de relacionamento das crianças, adolescentes e jovens, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade.

A expansão do uso de *crack* vem ocorrendo em populações particularmente vulneráveis, especialmente nas grandes cidades: crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. Os PCRs buscam reduzir a lacuna assistencial histórica nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas. A diversificação de ofertas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável permite que se crie um movimento de aproximação entre ela e os serviços de saúde. Atualmente, 34 projetos de Consultório de Rua vêm sendo desenvolvidos, financiados em forma de edital.

A clínica a ser desenvolvida deve ser referenciada na singularidade do sujeito e no respeito ao seu *modus vivendi*, na integralidade do cuidado e na atuação no território do usuário enquanto conceito além do geográfico, que abrange o espaço simbólico de bens materiais, individuais, coletivos, com suas relações interpessoais, políticas e culturais. É fundamental no trabalho dos PCRs o referencial da intersubjetividade, da inclusão, das diversas dimensões do sujeito, da cidadania e dos direitos humanos no acolhimento e no vínculo e, por fim, a intersectorialidade das ações.

Os PCRs são compostos por uma equipe volante e interdisciplinar de profissionais da saúde mental, da atenção básica e da área de assistência social, sendo imprescindível a presença de profissionais redutores de danos.

Deverão ser oferecidas ações de cuidados básicos de saúde, atividades de abordagem, orientação, prevenção e assistência, e manejo das demandas para tratamento voltado para o uso de álcool e outras drogas.

V - Cuidado Contínuo

A rede de atenção em saúde mental demanda mais ofertas de serviços que possibilitem cuidado contínuo para os usuários em situação de crise. Como diretriz geral e com vista ao seu fortalecimento, estabeleceu-se a vinculação direta destes dispositivos com o restante da rede de atenção. Algumas propostas baseadas em experiências bem sucedidas desenvolvidas em alguns municípios do país foram realizadas. Foram considerados recursos que possibilitam o cuidado contínuo, como os leitos de atenção integral, uma vez que, articulados ao restante da rede de atenção, permitem ofertas de cuidados integrais demandados pelos usuários.

Leitos de atenção integral constituem recursos importantes a serem utilizados na construção de projetos terapêuticos individualizados para usuários da rede de saúde mental.

A Coordenação de Saúde Mental do município é responsável pela promoção e supervisão da articulação entre todos os dispositivos de saúde mental no território, assim como suas respectivas equipes profissionais. A articulação entre os diferentes dispositivos deve primar pela co-responsabilização e pelo cuidado compartilhado de cada usuário da rede de saúde mental, por meio da construção de fluxos pactuados, respeitando-se as necessidades individuais e particularidades de cada usuário, superando o estigma e a descontinuidade do cuidado. A contínua referência de articulação destes dispositivos com o restante da rede se deve à possibilidade de os leitos se tornarem hegemônicos, no sentido dos serviços comunitários de atenção serem identificados como complementares.

Constituem leitos de atenção integral no âmbito do SUS os Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (incluindo os leitos dos serviços hospitalares de referência de atenção integral em álcool e outras drogas), os Leitos de CAPS ad 24 horas e os Leitos das Casas de Acolhimento Transitório.

1) Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral

Devem realizar uma função de hospitalidade e acolhimento, por serem apoiados e regulados por uma rede forte de atenção à saúde mental. Devem realizar atendimento universal às pessoas em intenso sofrimento psíquico, incluindo os transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como realizar a articulação com a rede integral de cuidado composta pelas ações e equipamentos da rede de atenção à saúde mental, pela rede de ações e de equipamentos da saúde, assim como por recursos intersetoriais.

Estes leitos, ao contrário dos leitos de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas de CAPS ad 24 horas, devem ter regulação do acesso a ser feita com base em critérios clínicos e de gestão. Deverão estar referenciados à população de um determinado território, articulados aos demais serviços de saúde mental deste, especialmente os CAPS de referência. É fundamental o papel dos CAPS AD como ORDENADORES DA DEMANDA, para que não haja o risco de recondução dos leitos hospitalares em HG ao centro do cuidado.

A equipe de saúde mental articulada a estes leitos, quando houver, deve se articular à rede integral de cuidado às pessoas com transtornos mentais ou transtornos devidos ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Estas equipes devem ter a interdisciplinariedade garantida em sua composição e modo de funcionamento, e, no caso de serviços que apresentem um número de leitos maior, poderão ser específicas para a atenção destes leitos.

O funcionamento dos leitos de atenção integral em hospital geral deve visar à reinserção social do usuário. Podem se organizar em Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, segundo a Portaria de nº 1.612 de 2005, que normatiza toda área física e a equipe mínima a ser constituída nesses Serviços.

As equipes de saúde mental que assistem aos leitos de atenção integral para álcool e outras drogas, quando organizadas ou não e conforme a especificação acima, devem realizar as ações de interconsulta médico-psicológica para todas as clínicas do hospital, incluída a emergência geral. Da mesma forma, devem ser garantidos todos os cuidados clínicos e recursos hospitalares de maior complexidade às pessoas com transtornos mentais, quando as condições clínicas exigirem. Devem, ainda, realizar o acompanhamento, em regime de internação, de pacientes com transtornos mentais e o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais para os usuários hospitalizados.

Cada paciente deverá ter um Projeto Terapêutico Individualizado, elaborado com a participação do usuário, do familiar e da equipe envolvida, e deve ocorrer em articulação com a rede de saúde mental local/regional e com a rede ampliada intersetorial, para o seguimento dos casos atendidos.

2) Casas de Acolhimento Transitório

Experiências exitosas do SUS apontam para a necessidade de se desenvolver mecanismos eficazes de **intervenção em crise**, que atuem com múltiplas conexões que se retroalimentem com a saúde e outros dispositivos de potencial **proteção e suporte social**, principalmente contra a exclusão e abandono, tão comuns entre usuários de álcool e outras drogas. A rede de atenção psicossocial do SUS, **integrada entre si**, firma a necessidade de respostas de uma rede de potencial mais intersetorial, ágil, flexível e resolutiva, que facilite o trânsito dos usuários de álcool e outras drogas, e que acolha e proteja suas diferentes demandas de cuidado. Para tanto, percebe-se a imprescindibilidade de o SUS se introduzir mais fortemente na luta pela reinserção e cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. Além da gravidade clínica imposta pela conjuntura de drogas como o *crack*, o contexto social exige medidas de proteção diferenciadas e imprescindíveis à sobrevivência do usuário.

As Casas de Acolhimento Transitório consistem em casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial **em tratamento** para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Procuram ampliar os recursos da rede, de forma a oferecer atenção e cuidados contínuos de modo integral e protegido, a populações em estado de extrema vulnerabilidade e riscos. Funcionam como albergues 24 horas constituídos para **potencializar** as ações de saúde mental da rede de atenção, dando maior institucionalidade e continuidade

ao cuidado. Suas ações devem estar vinculadas a um **Projeto Terapêutico Individual**, que define o tempo de uso do recurso e o objetivo desta utilização. O Projeto Terapêutico deve ser construído com a participação do usuário e co-participação de todo aquele que estiver referenciado na vida do albergado do mesmo.

O período de permanência do usuário é de 30 a 40 dias, aproximadamente, dependendo do Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pela **equipe de referência**. Por constituir um recurso de **acolhimento noturno**, os usuários do dispositivo poderão desenvolver atividades terapêuticas em outros serviços da rede, como os CAPS e a Atenção Básica. Sua configuração não é a de um leito hospitalar, por isso não se constitui como recurso para usuários que com demandas clínicas, quadros graves de abstinência a álcool ou outras drogas, casos em que devem passar por uma avaliação médica que exclua riscos imediatos. É desejável que os municípios que implantem Casas de Acolhimento Transitório contenham serviço de SAMU-192, com vistas à necessidade de cobertura médica para intercorrências noturnas.

Espaço terapêutico de **transição** e de proteção, as Casas de Acolhimento Transitório se organizarão de modo que o acesso deverá ser prioritariamente pela rede de saúde. Sua porta de entrada, *a priori*, poderá ser os dispositivos integrados da rede de atenção psicossocial, os CAPS AD, podendo contar com a participação da atenção primária na retaguarda das equipes. Nesta direção, sua utilização deverá estar vinculada a um CAPS, cuja equipe irá realizar **matriciamento** no serviço.

As Casas de Acolhimento Transitório são serviços substitutivos de saúde intermediários entre as unidades/leitos de desintoxicação hospitalares e os serviços em meio aberto oferecidos atualmente pelos CAPS AD. Tem a proposta de intervenção breve ou de impulsionar o início de um tratamento protegido das drogas, de curto ou médio prazo, que respeite o contexto cultural, social e familiar do usuário, sua capacidade e disponibilidade de adesão, ou seu desejo de interromper ou apenas reduzir seu consumo. Significa poder abrigar-se num espaço da saúde para iniciar a construção de um projeto terapêutico maior e a ser seguido nos CAPS AD. Deve ser importante dispositivo alternativo de **natureza intersetorial**, articulado com os diferentes serviços e apoios sociais, culturais, assistenciais, comunitários, inclusive de segurança pública.

Os fundamentos básicos das Casas de Acolhimento Transitório trazem a perspectiva de tirar a sobrecarga dos operadores de saúde – mas não sua co-responsabilidade – pela distribuição de responsabilidade intersetorial e produção de maior criatividade na construção de práticas mais efetivas e céleres. Essas Casas não devem engessar as necessárias ações emergenciais e de curto prazo.

Por tratar-se de um dispositivo de acolhimento noturno e de caráter intersetorial, sua equipe será bastante pequena, composta durante o período noturno por técnicos considerados

educadores sociais, técnicos de enfermagem, redutores de danos e oficinairos. Durante o período diurno, o serviço deverá contar com um *plantão intersetorial (ou multidisciplinar)*, um profissional de nível superior que permaneça na casa de passagem, além de profissionais de apoio. As atividades terapêuticas deverão ser desenvolvidas preferencialmente no CAPS do município, com a possibilidade dessa equipe desenvolver atividades de matriciamento nas Casas de Acolhimento Transitório.

Os fatores de vulnerabilidade e risco serão os marcadores para o trabalho intersetorial, que configurará os fatores e medidas de proteção disponíveis ou a serem construídos pela rede social e de apoio. Será recomendada a inserção de atividades e programas culturais, virtuais, artísticos e esportivos nas Casas de Acolhimento Transitório, no sentido de promover a coesão social.

Conclui-se, para finalizar este texto, pela necessidade de multiplicar os CAPS AD e implantar os leitos nos HG e, sobretudo, qualificar o acolhimento e o cuidado integral em toda a rede SUS, com especial ênfase nos serviços de alta complexidade, a saber, CAPS AD e HG.

Cabe ressaltar como princípio básico a imprescindibilidade do controle social e da participação dos usuários e familiares na rede e no cotidiano dos serviços.

Por fim, é fundamental que se destaque que as ações do SUS voltadas para álcool e outras drogas, são constituídas por uma **POLITICA PUBLICA INTEGRAL** e não um cardápio de dispositivos assistenciais, mais ou menos concatenados, ou compreendidos, muitas vezes, como serviços isolados ou desconexos. Nessa rede de ações do Sistema Único de Saúde acima expostas, ressalta-se o importante papel estratégico dos CAPS AD.