À Secretaria.
Pompeia,

07 AGO 2023

Presidente

Ata da reunião do Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Drogas, realizada no dia 22 de junho de 2023.

Data, horário e modo de realização: 22 de junho de 2023, às 08:00 horas no Instituto de Desenvolvimento Familiar Chieko Nishimura, Av. Floriano Peixoto, 333 - Flândria, Pompéia – SP.

Convocação da reunião: A reunião foi convocada pelo Presidente do COMPOD Sr. Eduardo Almeida, mediante comunicação digital através do aplicativo WhatsApp a todos os membros titulares do Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Drogas.

Titulares Presentes: Alini Augusta Fernandes Valotto, Angelisa Bonacasata Bighetti Trambaiolli, Celso Andrade, Eduardo Andrade Almeida, Jorge Carlos Viana, José Maria Gontijo da Costa, Robison Souza Silva, Rúbio Galharim, Marcos Roberto Gehring.

Ausências: ficaram ausentes os conselheiros titulares Antônio Raimundo Bezerra, Fernanda Mori Pinheiro, Jorge Nishimura, Maria Lúcia Sampaio Mendes de Oliveira e Suely Alves Garcia Ferreira. Os conselheiros Antônio Raimundo Bezerra, Jorge Nishimura e Suley Alves Garcia Ferreira apresentaram a justificativa de ausência na forma regimental.

Pauta: 1) Aprovação da ata de reunião do dia 24/05/2023; 2) Conhecendo o CAPS Pompeia; 3) Fatores de proteção e risco ao uso de drogas; 4) Atualização das informações do projeto com Dr. Lotufo; 5) Leitura do ofício enviado pela câmara ao COMPOD.

Discussões e deliberações:

a. Foi realizada a aprovação da ata do dia 24/05/2023 pelos conselheiros presentes. A mesma será protocolada na câmara;

b. Alini Augusta Fernandes Valotto nos trouxe para melhor conhecimento, uma apresentação para conhecermos melhor o CAPS Pompeia;

c. Foi realizada explanação sobre fatores de proteção e risco ao uso de drogas pelo conselheiro Marcos Roberto;

d. O conselheiro e presidente Eduardo Almeida, nos apresentou informações atualizadas referente ao projeto Dr. Lotufo que será realizado no município junto as escolas.

e. Sr. Eduardo apresentou ao conselho ofício da câmara recebido nesta manhã sugerindo que este conselho realize uma Conferência Municipal voltada a prevenção e combate ao uso de drogas;

Conforme o calendário de reuniões do COMPOD, nossa próxima reunião ocorrerá no dia 20/07 de 2023.

Todos os documentos referidos nesta ata ficam a ela anexados.

Encerramento: Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada. E, para constar, eu, _____ Angelisa Bonacasata Bighetti Trambaiolli, Secretária, lavrei a presente ata, que, após aprovada, será assinada pelo senhor Presidente.

_____

Eduardo Almeida

ADVERTÊNCIA
Este texto n◆o substitui o publicado no Diário Oficial da União

Minist◆rio da Sa◆de
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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 a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da 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 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos
de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

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

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a ?Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e
institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1° Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2° Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

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

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

III - combate a estigmas e preconceitos;

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

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

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

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

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

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

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

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

Art. 3° São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

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

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

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

Art. 4° São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3° Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4° Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7° O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1° O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2° As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3° O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial,é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4° Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

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

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

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

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

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

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os
Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece

tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequencia, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6° ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Região:
Município:
População:

COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro2 0 11
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de CaráterTransitório
					1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs.2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integralfica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção	Centro de Atenção Psicossocial				

Psicossocial Especializada	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 dejulho de 2011.
IV. Atenção Residencial de CaráterTransitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadase m hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC,2 0 11)

					. Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial parauso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
					Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial parauso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTCA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de munícipes longamente internados
	PVC				A depender do nº de munícipes longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

.....

.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

PORTARIA Nº 336/GM, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

O **Ministro da Saúde**, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

.....

.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

PORTARIA/SNAS Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992

O **Secretário Nacional de Assistência à Saúde** e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.o da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

– organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;

– diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;

– garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;

– multiprofissionalidade na prestação de serviços;

– ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;

– definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

– atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);

– atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);

– visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;

– atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

– atendimento em grupo (orientação, sala de espera);

– visita domiciliar;

– atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe

composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

– atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

– atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);

– visitas domiciliares;

– atendimento à família;

– atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;

– os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

– 1 médico psiquiatra;

– 1 enfermeiro;

– 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);

– profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

.....

.....

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

PORTARIA SNAS Nº 189, 19 DE NOVEMBRO DE 1991

O **Secretário Nacional de Assistência à Saúde** e presidente do Instituto Nacional de Assistência Média da Previdência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto no 99.244, de 10 de maio de 1990.

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando a necessidade de diversi. cação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e;

Considerando . nalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, resolve:

1. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

1.1. GRUPO 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, 63.001.00-4 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

1.2 GRUPO 63.100.01-1 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II, 63.100.10-1 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL.

1.3 GRUPO 63.100.02-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA. 63.100.20-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA.

2. Incluir no Grupo 43.100.00-7 – DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO, o procedimento 63.000.00-8 – Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria.

2.1. O procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente aos hospitais gerais previamente autorizados pelo órgão gestor local.

3. A partir de 1o de janeiro de 1992, será adotada a seguinte sistemática para as internações em Psiquiatria:

3.1. Pagamento máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias de psiquiatria, através do documento AIH-1 – Autorização de Internação Hospitalar.

3.2. As internações do Grupo 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, poderão ultrapassar o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, devendo, nesse caso, ser utilizado o formulário AIH complementar (AIH-5 – longa permanência) com o mesmo no da AIH-1 que deu origem à internação, desde que seja autorizada, segundo critérios do órgão local do SUS.

3.2.1. Cada AIH-5 permitirá a cobrança de até 31 (trinta e uma) diárias, . cando estabelecido o pagamento máximo de até 180 (cento e oitenta) diárias para o paciente de psiquiatria, através de um único número de AIH-1.

3.2.2. Toda autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo diretor clínico da unidade assistencial, mediante laudo especíco. Uma cópia do laudo médico deverá ser encaminhada, a cada 30 (trinta) dias, ao Órgão Gestor que, segundo critérios do nível local do SUS, autorizará ou não a continuação da internação.

3.2.3. Após o período de 180 (cento e oitenta) dias, havendo necessidade do paciente permanecer internado, deverá a Unidade Assistencial solicitar nova AIH-1, conforme o estabelecido no item 3.4 desta Portaria.

3.3 As AIHs dos pacientes atualmente internados que necessitam de continuidade de internação serão substituídas por novas AIHs, à medida que forem perdendo a validade, observado o cronograma do Anexo I.

3.4 A autorização para emissão de AIH de paciente psiquiátrico será de competência exclusiva de gestores estaduais e/ou municipais.

4. As normas técnicas para o cadastratamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia e urgências psiquiátricas serão elaboradas e divulgadas pelo Ministério da Saúde até 16 de dezembro de 1991, com complementação e regulamentação pelo gestor estadual e/ou municipal.

5. O número de leitos cadastrados de cada unidade assistencial será estabelecido pelo órgão gestor local.

.....

.....

Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência

Risk and protective factors and drug use among adolescence

Miriam Schenker [1]
Maria Cecília de Souza Minayo [2]

Abstract *This article presents a comprehensive view of the risk and protective factors complexity to drug use in adolescence. Discusses the interdependence of various contexts – individual, familiar, school, peer group, midia and community – favourable either to risk or protection of licit and illicit drug use, providing, finally, some prevention strategies.*

Key words *Adolescence, Risk factors, Protective factors, Drug use, Prevention*

Resumo *Este artigo apresenta uma visão compreensiva da complexidade dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Discorre sobre a interdependência dos diversos contextos – individual, familiar, escolar, grupo de pares, midiático e comunidade de convivência – propícios tanto ao risco quanto à proteção ao uso das drogas lícitas e ilícitas, fornecendo, por último, algumas estratégias de prevenção.*

Palavras-chave *Adolescência, Fatores de risco, Fatores de proteção, Uso de drogas, Prevenção*

[1] Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas/UERJ, Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Rua Fonseca Teles 121/4º andar, 20940-200, Rio de Janeiro RJ. schenkerbrasil@hotmail.com
[2] Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde, Fiocruz.

Introdução

Neste artigo discute-se a prevenção ao uso indevido de drogas por adolescentes. Analisam-se os *fatores de risco* e os *fatores de proteção*, conceitos que servem de base para o diálogo com os diferentes contextos sociais como a família, os pares, a escola, a comunidade e a mídia.

A adolescência constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo. Esse estudo privilegia a discussão da prevenção, lembrando que a utilização das drogas lícitas e ilícitas permeia a cultura da adolescência à velhice e, no caso do Brasil, notadamente por meio do consumo de álcool, fumo e maconha.

A família, pelo papel de inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias, influencia a forma como o adolescente reage à ampla oferta de droga na sociedade atual. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, para o adolescente. No entanto, problemas enfrentados na adolescência, plantados na infância, têm um contexto de realização muito mais ampliado. Buscar-se-á, portanto, neste texto, realizar uma discussão do contexto familiar e outros ambientes importantes para a prevenção do uso indevido de drogas, como é o caso do grupo de pares, da escola, da comunidade e da mídia.

Material e método

A elaboração deste artigo foi precedida de pesquisas nas bases de dados PubMed, Medline e de outros textos requisitados diretamente aos autores, entre os anos de 1995 e 2003, a partir das seguintes palavras-chave: adolescência (*adolescence*), fatores de risco (*risk factors*), fatores de proteção (*protective factors*), uso de drogas (*drug use*), prevenção (*prevention*). Outras obras e artigos são citados apenas quando relevantes ao tema em questão. Os 67 textos de referência foram analisados, comparados e avaliados na íntegra, dentro do escopo do presente estudo.

O ponto de vista metodológico aqui adotado é o da teoria sistêmica/ecológica, coincidente com o de praticamente todos os autores de referência. O foco da análise se detém nas relações intrafamiliares e interpessoais, contextualizadas socioculturalmente.

Discussão teórica

Este artigo se elabora em torno de dois conceitos centrais: *risco* e *proteção*. E ao redor deles, trabalham-se as noções de *adolescência, família, escola, grupo de pares, comunidade e mídia* como espaços fundamentais para a construção de risco e de proteção.

Risco e fatores de risco

Risco é uma conseqüência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico. De acordo com Pieper & Pieper (1999) *o ser humano que possui a virtude cardeal da fortaleza expõe-se ao perigo da morte por um bem* (1999). Segundo McCrimmond & Werhrung (1986), existem três condições para a definição de risco: (1) possibilidade de haver perda; (2) possibilidade de ganho; e (3) possibilidade de aumentar ou de diminuir a perda ou os danos. Segundo grandes filósofos como Heidegger, o risco é inerente à vida (1980), ao movimento, e à possibilidade de escolha. Viver é correr risco e por isso a incerteza é um componente essencial da existência e igualmente do conceito de risco.

Giddens (1994) faz uma distinção interessante entre *risco* e *perigo*. Comenta o autor que esses dois termos não são sinônimos embora seu significado se aproxime. *Perigo* diz respeito a ameaças que rondam a busca dos resultados desejados. *Risco* constitui uma estimativa acerca do perigo.

Na área de saúde, *risco* é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de a coletividade ser acometida por doenças e agravos. Sendo um termo central da epidemiologia, diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição. Definidos a partir de análises coletivas, os alertas trazidos à população pela epidemiologia se aplicam a *cuidados* e *evitação*.

A expressão consagrada *fatores de risco* designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (Newcomb *et al.*, 1986; Jessor, 1991; Jessor *et al.*, 1995). Alguns desses fatores se referem a características dos indivíduos; outros, ao seu meio microssocial e outros, ainda, a condições estru-

turais e socioculturais mais amplas (Zweig *et al.*, 2002), mas, geralmente, estão combinados quando uma situação considerada social, intrapsíquica e biologicamente perigosa se concretiza. Por exemplo, no caso do uso de drogas: ao fumar maconha, o adolescente pode aumentar a probabilidade de desenvolver uma doença pulmonar, e também sofrer conseqüências psicossociais ou sanções legais, conflitos com os pais, perda de interesse na escola ou culpa e ansiedade.

Sobretudo quando se trabalha com adolescentes, o conceito de *risco* tal como visto pela epidemiologia não é suficiente, uma vez que nessa ótica é entendido, apenas, segundo suas conseqüências negativas. No exemplo dado acima, está claro que um adolescente que usa maconha em princípio busca prazer e não dor e sofrimento. Em geral está a cata de extroversão, prazer, novas sensações, compartilhamento grupal, diferenciação, autonomia e independência em relação à família, dentre outros efeitos. E nessa procura faz um cálculo do *perigo* a que se expõe. Os profissionais que atuam na prevenção precisam saber desse outro lado da questão, sob pena de não desenvolverem uma compreensão suficientemente ampla e profunda do fenômeno do uso de drogas.

O lado negativo do desejo juvenil de obter prazer com o uso de drogas é o risco que ele corre de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento; o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais; a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida: o adulto jovem. O termo *comportamento de risco* aqui, portanto, se refere às ameaças ao desenvolvimento bem-sucedido do adolescente. Uma preocupação básica da educação para a saúde seria, pois, discutir com os adolescentes os riscos associados aos comportamentos nos quais se engajam (Jessor, 1991), mas tendo o cuidado de não desconhecer o lado prazeroso desse engajamento.

A necessidade de se olhar os dois lados, o do desejo e o do dano, no caso do uso de drogas, leva a considerar alguns aspectos citados a seguir.

(1) Um deles diz respeito aos **efeitos cumulativos** das substâncias tóxicas e sua relação com a vulnerabilidade do indivíduo. De um lado sabe-se que a probabilidade de desenvolvimento de determinado distúrbio aumenta em função do número, da duração e da "toxicidade" dos fatores de risco envolvidos (Coie *et al.*, 1993). Por isso, quanto mais intenso o uso de drogas, mais fatores de risco há (Bry *et al.*, 1982; Newcomb *et al.*, 1986). Por outro lado, vários estudos mostram que o *perigo* difere de acordo com os indivíduos e seu contexto. Kandel e colaboradores (1978) enfatizam que os adolescentes em certo estágio e freqüência de consumo não necessariamente irão usar drogas mais pesadas. Essa constatação vai contra a idéia de que haveria uma certa seqüência na gravidade do risco, indo do envolvimento sucessivo com substâncias mais leves para uma escalada rumo às mais nocivas. Alguns estudos chegam a sugerir que cigarro e álcool funcionariam como ponte (*gateway*) para um caminho progressivo de envolvimento com drogas cada vez mais pesadas (De Micheli & Formigoni, 2002). Essa teoria tem conseqüência para a prática educativa que busca dissuadir os adolescentes de usar substâncias mais leves, visando a prevenir o uso de outras (Botvin, 1986). No entanto, na atualidade, mesmo os estudiosos que continuam a afirmar o risco de exposição crescente, dizem que a relação é de probabilidade e não causal (Ellickson & Morton, 1999).

(2) Um segundo aspecto importante a ser considerado é o que se refere ao risco que constitui a atitude positiva da **família** com relação ao uso de drogas, reforçando a iniciação dos jovens (Kandel *et al.*, 1978). Hoje se sabe que as relações familiares constituem um dos fatores mais relevantes a ser considerado, mas de forma combinada com outros. Por exemplo, Schor (1996) aponta que não há uma relação linear entre o abuso de álcool dos pais e de seus filhos. Sugere que os padrões de comportamento dos pais e as interações familiares, e não só o fato de eles beberem, são em boa parte responsáveis pelas atitudes dos filhos. O alcoolismo tem uma influência destrutiva no funcionamento familiar e essa disfunção desempenha um papel mediador na transmissão intergeracional de comportamentos. Mas, o que está em questão não é a droga em si, e sim, a relação que o indivíduo estabelece com ela, que, por sua vez, influencia e é influenciada fortemente pelo universo de interações. Embora o consumo de drogas pelos pais esteja relacionado a maior risco de os filhos se tornarem usuários, uma vez que o comportamento parental lhes serve de modelo, é a atitude permissiva dos genitores o que mais pesa nessa equação (Hawkins *et al.*, 1992; Brown *et al.*, 1993).

Estudos têm mostrado que os fatores parentais de risco para o uso de drogas pelo ado-

lescente incluem, de forma combinada: (a) ausência de investimento nos vínculos que unem unem pais e filhos (Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995; Kodjo & Klein, 2002); (b) envolvimento materno insuficiente (Tarter *et al.*, 2002); (c) práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas (Friedman, 1989; Brook *et al.*, 1990; Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995); (d) excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superproteção; (e) educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações (Tuttle *et al.*, 2002; Patton, 1995); (f) monitoramento parental deficiente (Hawkins *et al.*, 1992); (g) aprovação do uso de drogas pelos pais (Friedman, 1989; Hawkins *et al.*, 1992); (h) expectativas incertas com relação à idade apropriada do comportamento infantil (Tarter *et al.*, 2002); (i) conflitos familiares sem desfecho de negociação (Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995; Kodjo & Klein, 2002).

(3) O **envolvimento grupal** tem sido visto como um dos maiores prenúncios do uso de substâncias (Kandel *et al.*, 1978; Botvin, 1986; Brook *et al.*, 1990; Hawkins *et al.*, 1992; Oetting & Donnermeyer, 1998; Fergusson & Horwood, 1999; Swadi, 1999; Hoffmann & Cerbone, 2002). No entanto, essa relação interpares também precisa ser qualificada. Ela se configura como fator de risco quando os amigos considerados modelo de comportamento (Jessor *et al.*, 1995; Hoffmann & Cerbone, 2002; Swadi, 1999) demonstram tolerância, aprovação (Kodjo & Klein, 2002) ou consomem drogas (Beman, 1995). Observam os estudiosos que há uma sintonia, no caso dos pares: os adolescentes que querem começar ou aumentar o uso de drogas procuram colegas com valores e hábitos semelhantes (Tuttle *et al.*, 2002). Ou seja, mesmo no caso de amigos e colegas, a questão não pode ser vista de forma simplista, pois o desenvolvimento de afiliações a pares tolerantes e que aprovam as drogas representa o final de um processo onde fatores individuais, familiares e sociais adversos se combinam de forma a aumentar a probabilidade do uso abusivo (Fergusson & Howood, 1999). O mito que supervaloriza a influência dos pares durante a adolescência provavelmente decorre, em algum nível, de uma certa desresponsabilização, sobretudo por parte dos pais e dos educadores, de problemas freqüentes nas relações intrafamiliares ou institucionais. É muito difícil, portanto, como já se referiu, tomando por base outros fatores, separar e isolar os efeitos que o grupo de pares tem sobre os adolescentes, embora se saiba que seu poder é importante no caso do uso de drogas (Schor, 1996).

(4) Muito se tem falado também no **papel da escola** seja como agente transformador, seja como lócus propiciador do ambiente que exacerba as condições para o uso de drogas. Ninguém desconhece que essa instituição é hoje alvo do assédio de traficantes e repassadores de substâncias proibidas, prevendo-se o aliciamento por pares. Pois a escola é o espaço privilegiado dos encontros e interações entre jovens. No entanto, mesmo no âmbito educacional, existem fatores específicos que predispõem os adolescentes ao uso de drogas, como por exemplo, a falta de motivação para os estudos, o absenteísmo e o mau desempenho escolar (Kandel *et al.*, 1978); a insuficiência no aproveitamento e a falta de compromisso com o sentido da educação; a intensa vontade de ser independente, combinada com o pouco interesse de investir na realização pessoal (Friedman, 1989); a busca de novidade a qualquer preço e a baixa oposição a situações perigosas; a rebeldia constante associada à dependência a recompensas (Swadi, 1999).

(5) A disponibilidade e a presença de drogas na **comunidade de convivência** têm sido vistas como facilitadoras do uso de drogas por adolescentes, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso (Jessor, 1991; Patton, 1995; Wallace Jr., 1999). Quando a facilidade da oferta se junta à desorganização social e aos outros elementos predisponentes no âmbito familiar e institucional, produz-se uma sintonia de fatores (Kodjo & Klein, 2002). A observação sobre esse elemento, privilegiando-o e ao mesmo tempo associando-o aos outros é importante pois permite correlacionar fatos como gravidez precoce e evasão escolar (Hawkins *et al.*, 1992), acidentes de carro, homicídios e suicídios (Kodjo & Klein, 2002).

(6) Outra tendência muito comum quando se fala de drogas é a absolutização do papel da **mídia** como fator de risco. É certo que, sobretudo no caso das drogas lícitas, os meios de comunicação geralmente mostram imagens muito favoráveis. O uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao *glamour* da sociabilidade e à sexualidade. Freqüentemente os anúncios glorificam as substâncias, retratando-as como mediadoras de fama e sucesso (Patton, 1995; Kodjo & Klein, 2002; Minayo *et al.*, 1999; Njaine, 2004). Mas não se pode, teoricamente,

Ciência & Saúde Coletiva, 10(3):707-717, 2005

demonizar a mídia: de um lado ela reflete e refrata a cultura vigente. E, de outro, seria um erro menosprezar a capacidade crítica dos jovens e a sinergia de vários outros elementos com os meios de comunicação. Nenhuma propaganda por si só atinge efeito demoníaco de persuasão, quando fatores protetores atuam em direção contrária. O desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo na família, na escola e com os pares serve de base para uma atitude criteriosa do adolescente quanto às mensagens relativas às drogas lícitas, veiculadas pelos meios de comunicação.

Os diversos elementos tratados acima levam a concluir que não se pode pensar os fatores de risco de forma isolada, independente e fragmentada. Determinado fator de risco raramente é específico de um distúrbio único, porque seus contextos formadores tendem a espalhar os efeitos dele derivados sobre uma série de funções adaptadoras ao longo do desenvolvimento. E a exposição ao perigo que potencializa os riscos ocorre de diversas formas e em vários contextos, como por exemplo: exacerbando fatores individuais, educação infantil insatisfatória, fracassos escolares, relações sociais problemáticas entre os pares ou com desorganização da comunidade (Newcomb *et al.*, 1986; Coie *et al.*, 1993; Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995). Mesmo a mais elevada carga genética é menos provável de se constituir em alto fator de risco numa sociedade na qual a exposição ao álcool seja severamente restrita, comenta Swadi (1999). A postura unicausal, tão freqüente, é responsável por práticas, orientações e criação de instituições inócuas ou nocivas, às quais falta uma lógica compreensiva e sistêmica.

Ressaltando a necessidade metodológica de levar em conta a complexidade das formas de adesão ao uso abusivo de drogas na adolescência é relevante pensar que há uma estrutura e uma organização dos diferentes fatores, formando uma *síndrome do comportamento de risco*, o que remete às premissas do paradigma sistêmico: os comportamentos de risco co-variam e estão inter-relacionados. Nessa perspectiva, os esforços preventivos devem visar a modificar as circunstâncias que sustentam tais síndromes: o *estilo de vida* que sintetiza um padrão organizado de comportamentos inter-relacionados, dentro de uma ecologia social (Jessor, 1991) e em relações complexas com distúrbios clínicos.

Proteção e fatores de proteção

Proteger é uma noção que faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais. Significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação. No caso brasileiro, a doutrina da *proteção integral* se encontra no Estatuto Brasileiro da Criança e do Adolescente (ECA), que a resume definindo esse grupo social como (a) cidadão; (b) sujeito de direitos; (c) capaz de protagonismo; (d) merecedor de prioridade de atenção; e (e) de cuidados.

Dentro dessa premissa de proteção, uma das tarefas de quem atua na atenção aos adolescentes que usam drogas é determinar que fatores podem ser evidenciados pela técnica e pela experiência como relevantes para promover seu crescimento saudável e evitar que corram riscos de dependências e de acirramento de problemas sociais (Hawkins *et al.*, 1992; Coie *et al.*, 1993; Jessor *et al.*, 1995; Pettit *et al.*, 1997). Cabe ressaltar que os fatores de risco e de proteção devem ser tratados como variáveis independentes, pois podem afetar o comportamento sem que haja, necessariamente, uma complementaridade entre eles (Jessor *et al.*, 1995).

O desenvolvimento dos estudos sobre fatores protetores, tende, atualmente, a enfatizar o processo de formação da *resiliência*, num progressivo abandono das abordagens centradas nos fatores de risco. Busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Esse novo paradigma é certamente otimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (Munist *et al.*, 1998; Bloom, 1996; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001).

Embora as definições de *resiliência* sejam ainda bastante variadas, toda a discussão a respeito desse conceito está relacionada aos fatores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. A compreensão do conceito envolve o entendimento da interação entre a adversidade e fatores de proteção internos e externos ao sujeito, assim como do desenvolvimento de competências que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade (Rutter, 1987; Assis, 1999).

Diante de eventos traumáticos, os elementos de proteção assumem papel facilitador no caminho da construção da resiliência. Os estudiosos têm identificado três categorias de fatores de proteção em crianças e adolescentes resilientes: (a) *individuais:* temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, auto-imagem positiva e a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas. Esses atributos denotam auto-eficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controle emocional, humor e relacionamento com os pares. Os estudos mostram que existem especificidades de gênero, de idade e de raça nas formas de demonstração da resiliência; (b) *familiares:* que se traduzem em suporte, segurança, bom relacionamento e harmonia com pais e no ambiente de relações primárias; (c) *extrafamiliares* ou *ambientais,* quando se referem ao suporte de pessoas significativas e experiências escolares positivas (Emery & Forehand, 1996; Werner, 1996; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001).

A forma como o indivíduo lida com as adversidades, em psicologia, é chamada *coping,* termo que agrega o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas diante de circunstâncias adversas ou estressantes. O *coping positivo* é construído ao longo do tempo e do processo de crescimento e desenvolvimento individual. Tal como a resiliência, as estratégias de *coping* dependem de atributos individuais, familiares e ambientais para se consolidarem no indivíduo. Uma vez estabelecidas, as estratégias funcionam como importante fator de proteção ao risco, proporcionando resiliência, caso sejam predominantemente ativas no sentido da resolução dos problemas (Garmezy & Rutter, 1988). Ao contrário, quando o indivíduo vai consolidando estratégias de fuga e evitação dos problemas, elas se tornam fatores prejudiciais ao seu desenvolvimento saudável. Ambos dizem respeito a como os fatores familiares, micro e macrossociais e estruturais atingem o indivíduo e o tornam em mais suscetível às influências adversas, ou mais resistente a seus influxos. No caso do uso de drogas, essa perspectiva de *resiliência* deve ser adotada para buscar formas de reduzir a vulnerabilidade do indivíduo (Hawkins *et al.*, 1992; Swadi, 1999).

O estudo de Brook e colaboradores (1990) aborda dois mecanismos através dos quais os fatores de proteção reduziram o risco do uso de drogas pelo adolescente. O primeiro é um mecanismo *risco/proteção* por meio do qual a exposição aos fatores de risco é moderada pela presença de fatores de proteção. Em estudo empírico, os autores mostram que o risco colocado por amigos que usavam drogas foi moderado pela forte inter-relação entre os pais e os adolescentes e pelo comportamento convencional e formal dos pais. O outro é um mecanismo *proteção/proteção* segundo o qual um fator potencializa outro, tornando o seu efeito mais forte. Por exemplo, os autores observaram que o vínculo entre o adolescente e seu pai intensificou os efeitos protetores, tais como o comportamento formal do adolescente, as características maternas positivas e a harmonia marital, atuando positivamente na prevenção ao uso de droga.

Fatores de *proteção* são identificados nos seis domínios da vida já tratados, quando se discutiu a questão dos *riscos*: **individual** – atitudes e predisposições; **meio familiar** – relações familiares e atitudes parentais; **escola** – clima seguro ou inseguro; **amigos** – envolvimento ou não com drogas; **sociedade** – tendências econômicas, falta de emprego; **comunidade** – organização ou desorganização (Zweig *et al.*, 2002).

Olhando os aspectos da **individualidade,** é preciso ressaltar que os adolescentes não são um recipiente passivo ou objeto controlado por influências familiares ou sociais e nem por determinações externas. São participantes ativos do processo de formação de vínculos e de transmissão de normas. Suas características físicas, emocionais e sociais interagem na dinâmica de socialização (Oetting *et al.*, 1998), permitindo a metabolização subjetiva dos fatores externos. Por exemplo: em geral as crianças com nove ou dez anos valorizam a companhia dos amigos, as atividades de grupo, o sucesso na escola, a boa relação com os pais. Porém, cada menino ou menina avalia de forma diferente a rejeição dos amigos ou sua exclusão de um grupo. Para uma criança, a experiência da rejeição pode ter efeitos deletérios imediatos na cognição social, na auto-imagem e na auto-estima. Para outra, a mesma experiência pode ter efeitos saudáveis no ajustamento de longo prazo, motivando-a a se posicionar de forma a ser aceita no futuro (Parker & Asher, 1987; Tarter *et al.*, 2002).

Os adolescentes que têm objetivos definidos e investem no futuro apresentam probabilidade menor de usar drogas, porque o uso interfere com os seus planos (Kodjo & Klein, 2002). Igualmente, a elevada auto-estima, os

sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida podem servir de proteção aos jovens contra a dependência de drogas quando combinada com outros fatores protetores do seu contexto de vida (Hoffmann & Cerbone, 2002). Sendo assim, conclui-se que crianças e adolescentes que vivem em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso abusivo de drogas e conseguem não se deixar influenciar por esse contexto apresentam características individuais protetoras conjugadas ao convívio com outros adultos cuidadores escolhidos por eles, fora do ambiente familiar. Os programas de prevenção devem levar em conta a importância das atividades de mentores e de outros programas de desenvolvimento da juventude (Kodjo & Klein, 2002).

O **âmbito familiar** tem um efeito potencialmente forte e durável para o ajustamento infantil. O vínculo e a interação familiar saudável servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes. Inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e o comportamento dos pais e irmãos são modelos importantes para os adolescentes, inclusive no caso do uso de drogas (Kandel *et al.*, 1978; Brook *et al.*, 1990; Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995; Schor, 1996; Kodjo & Klein, 2002). Tec (1974) descobriu que uma interação familiar gratificante é um forte fator protetor, mesmo no caso dos pais adictos, quando esses são capazes de prover um contexto amoroso, afetuoso e de cuidado.

No âmbito da família, estudos evidenciam como fatores que protegem o adolescente do uso de drogas: (a) a relevância dos vínculos familiares fortes (Kandel *et al.*, 1978; Swadi, 1999; Werner *et al.*, 1999; Hoffmann & Cerbone, 2002; Schenker & Minayo, 2003); (b) o apoio da família ao processo de aquisição da autonomia pelo adolescente (Tuttle *et al.*, 2002); (c) o monitoramento parental aos diversos processos de crescimento e desenvolvimento (Steinberg *et al.*, 1994; Chilcoat & Anthony, 1996; Swadi, 1999; Patton, 1995; Werner *et al.*, 1999; Brook *et al.*, 1990); (d) o estabelecimento de normas claras para os comportamentos sociais, incluindo-se o uso de drogas (Oetting & Donnermeyer, 1998).

Raramente os estudos sobre drogas dão realce às **amizades entre os jovens** como protetoras, uma vez que, em geral, todas as intervenções focalizam a superação das influências negativas das amizades e não o estabelecimento ou manutenção de influências positivas dos amigos (Tuttle *et al.*, 2002). No entanto, sabe-se que grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida e movimentos que levam ao protagonismo juvenil e à solidariedade têm papel fundamental numa etapa existencial em que as influências dos pares são cruciais.

A **escola** é um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente, ressaltando-se uma certa mística e identidade do tipo de educandário com o comportamento daqueles que o freqüentam (Kandel *et al.*, 1978). Por juntar em seu interior a comunidade de pares e por ter fortes instrumentos de promoção da auto-estima e do autodesenvolvimento em suas mãos, o ambiente escolar pode ser um fator fundamental na potencialização de resiliência dos adolescentes.

No que concerne aos **fatores estressantes da vida**, como morte, doenças ou acidentes entre membros da família e amigos; mudanças de escola ou de residência; separação, divórcio ou novos casamentos dos pais; problemas financeiros na família (Hoffmann & Cerbone, 2002), muitos estudos mostram que eles podem influenciar o uso abusivo de drogas quando associados a outros fatores predisponentes, incluindo-se disposições individuais. No entanto, conforme as circunstâncias individuais e ambientais, eles permitem elaboração e crescimento interior dos jovens, constituindo-se em elementos de fortalecimento e de amadurecimento.

Os adolescentes são consumidores ávidos da **mídia escrita e audiovisual**. As mensagens recebidas desses meios geralmente influenciam sua tomada de decisão a respeito de vários assuntos em sua vida. Entretanto, a reflexão crítica deles entre pares e com pais e educadores moderam o risco potencial da exposição e potencializam a comunicação e o amadurecimento em relação aos vários problemas, inclusive sobre o uso de substâncias ilícitas.

Por tudo o que foi dito até então, é preciso refletir sobre a inocuidade, do ponto de vista protetor, do *slogan* que se repete por toda parte "diga não às drogas". A falta de adesão dos jovens torna evidente a falha em reconhecer a inadequação das propostas moralistas e autoritárias que não se fundam na visão complexa dos fatores de risco e de proteção analisados. É preciso não se esquecer que as drogas cumprem funções importantes para os adolescentes, tanto do ponto de vista pessoal quanto social. Pesquisas mostram que os comportamentos de en-

fretamento de risco são funcionais, intencionais, instrumentais e dirigidos para o desenvolvimento normal do adolescente. Fumar, beber, dirigir perigosamente ou exercer atividade sexual precocemente podem ser atitudes tomadas pelo jovem visando a ser aceito e respeitado pelos pares; conseguir autonomia em relação aos pais; repudiar normas e valores da autoridade convencional; lidar com ansiedade, frustração e antecipação do fracasso; afirmação rumo à maturidade e à transição da infância para um *status* mais adulto. Não há nada de perverso, irracional ou psicopatológico nesses objetivos: eles são característicos do desenvolvimento psicossocial. A campanha "diga não às drogas", por não oferecer alternativas à promoção de comportamentos saudáveis, revela-se moralmente cínica (Shedler & Block, 1990; Jessor, 1991) e teoricamente contraditória, na medida em que omite as normas sociais que favorecem o uso de drogas (Beman, 1995).

Estratégias de prevenção

O adolescente que faz uso de drogas responde bem às intervenções contextualizadas. Os contextos dominantes para ele são seus pares e a escola e, numa proporção menor, o entorno da comunidade. Para crianças menores, o contexto principal é a família, que continua igualmente importante na adolescência (Schor, 1996).

O uso ocasional de droga por adolescentes pode ser entendido como manifestação de uma experimentação apropriada para sua etapa de desenvolvimento e busca de direção para a vida. Estudo de Shedler e Block (1990), ao diferençar entre adolescentes que se abstêm, que experimentam e que abusam de drogas, conclui que, dada a quase onipresença e uma certa aceitação da maconha na cultura dos pares, não é surpreendente que, com 18 anos, indivíduos psicologicamente saudáveis, sociáveis e curiosos se sintam tentados a **experimentar** o produto. Não se espera que adolescentes saudáveis **abusem** da droga, porque apresentam baixa necessidade de utilizá-la para aplacar a angústia emocional ou como meio de compensar a falta de relações importantes. Os autores comparam o sentido do uso da maconha entre adolescentes de hoje com o significado social e psicológico que a bebida alcoólica teve para gerações anteriores (Shedler & Block, 1990). Levando em conta essa reflexão, os esforços preventivos precisam ser muito mais abrangentes e voltados para os precursores dos riscos e da resiliência (Coie *et al.*, 1993).

Estudos indicam que as condições de formação de uma personalidade resiliente são: (a) colocar expectativas claras relativas ao comportamento; (b) monitorar e supervisionar as crianças; (c) reforçar com consistência atividades que favoreçam a socialização; (d) criar oportunidades para o envolvimento familiar; (e) promover o desenvolvimento das habilidades acadêmicas e sociais dos jovens (Hawkins *et al.*, 1992).

No entanto, as habilidades para a formação de crianças e jovens freqüentemente deveriam fazer parte de um processo de formação de pais e educadores. A aquisição e o uso dessas habilidades na administração da família ou dos contextos educativos reduzem problemas de comportamento das crianças nos primeiros anos, promove o bom desempenho escolar e as fortalece para lidarem com condições adversas (Hawkins *et al.*, 1992).

Pela força da escola e da família nessa etapa da vida, para os pré-adolescentes e adolescentes é fundamental que pais e educadores estejam atentos a alguns parâmetros relacionais: (a) uma comunicação livre e fluente com os pais ou com adultos que lhes servem de modelo fortalece emocionalmente o jovem; (b) e evita o engajamento em comportamentos de risco (Friedman, 1989; Kodjo & Klein, 2002; Tuttle, 2002); (c) elogios dos pais às conquistas dos filhos e dos educadores a seus estudantes são o alimento da auto-estima; (d) a colocação de expectativas claras por parte dos pais e professores, aliada a uma educação *com autoridade*, que envolve afeto, controle e trato democrático, favorece o desenvolvimento psicológico saudável e o sucesso escolar do adolescente (Steinberg *et al.*, 1989; 1992); (e) o monitoramento das atividades dos jovens, seja por pais ou educadores, mostra que eles estão investindo na segurança dos jovens; (f) o compartilhamento de valores, atitudes e crenças sobre as drogas (caso em pauta aqui) é fundamental para o amadurecimento das decisões e da responsabilização; (g) conhecer os amigos e os pais dos amigos dos filhos é crucial, uma vez que a pressão dos pares é uma das principais influências para o uso de drogas; (h) exigências e expectativas quanto ao desempenho na escola funcionam como um tipo de monitoramento e de proteção, na medida em que se juntam ao encorajamento de atividades em que o jovem possa ter sucesso; (i) por fim, o incentivo ao engajamento

Ciência & Saúde Coletiva, 10(3):707-717, 2005

nas atividades da escola, da comunidade e de movimentos sociais ou de solidariedade é um potente fator protetor.

Para Hawkins e colaboradores (1992), os quatro elementos do vínculo social que se mostram inversamente correlacionados com o uso de drogas são: (a) vínculo forte com os pais; (b) compromisso com a escola; (c) envolvimento regular com atividades da igreja ou de outros movimentos; (d) crença nas expectativas gerais, normas e valores da sociedade.

Metodologicamente, essas intervenções requerem intercomunicação com a criança, os pais, a família e a comunidade. Já que a influência dos pais diminui à medida que as crianças crescem, o dito popular *quanto mais cedo melhor* deve guiar os programas de intervenção. A ênfase no estilo de vida nunca deve ser traduzida como se esse estilo fosse de responsabilidade exclusiva do indivíduo: tal abordagem tenderia a *culpar a vítima* (Jessor, 1991). O risco precisa ser entendido, como já foi dito, de forma a incluir a complexidade dos fatores e, portanto, a redução do risco requer tanto mudanças subjetivas quanto sociais.

Pode-se esperar um maior sucesso dos programas de prevenção que explicitamente maximizam o ajuste adaptativo entre indivíduos e contextos. Para tal, é necessário ter sensibilidade para compreender e valorizar a história pessoal, o estágio de vida do indivíduo, as normas culturais, as crenças e práticas no que concerne ao uso de drogas (Tec, 1974; Johnson *et al.*, 1984; Coie *et al.*, 1993), bem como os contextos sociais e da comunidade onde esse uso ocorre ou é proscrito (Wallace Jr., 1999).

Conclusão

O uso de drogas é uma questão complexa que perpassa inúmeros subsistemas da vida individual e social. As representações sociais que levam à adesão ou à condenação dependem do contexto sociocultural. Os constrangimentos impostos numa determinada cultura são diversos em outras. Então, é necessário compreender os códigos do contexto e a rede de significados que envolvem a sociedade em geral, os grupos específicos dentro de determinado tempo histórico. Muitos estudos têm mostrado como a atribuição de valor positivo ou proscritivo dependem de configurações geográficas e históricas (Velho, 1998).

Este artigo inicialmente privilegiou o papel da família na prevenção e na promoção da resiliência, porque ela é a célula mater responsável pela socialização dos indivíduos. Mas como se viu neste texto, a problemática não se reduz ao contexto familiar. O indivíduo, inserido numa rede de relações, vive no contexto sociocultural e histórico. Mas a família tem um papel crucial: quando cuidadora, afetiva, amorosa e comunicativa, possui mais chances de promover condições de possibilidades para o desenvolvimento saudável dos filhos. Por isso, os programas de prevenção de uso de drogas precisam prever aplicações práticas de orientação familiar. Papel fundamental pode ser exercido pelos pediatras que acompanham o desenvolvimento e o crescimento da criança (Patton, 1995).

A idéia, quase uma ideologia subentendida no *slogan* "diga não às drogas", é um americanismo que não condiz com a proposta de *redução de danos* e de promoção da resiliência. Experimentar drogas lícitas ou ilícitas e usá-las socialmente são atitudes que fazem parte de culturas milenares e é um fato na atualidade. Segundo Lewin (1924), pelo menos 1/4 da humanidade usa algum tipo de droga.

Um programa compreensivo e voltado à promoção da saúde precisa entender essa quase inevitabilidade com a qual convive o ser humano de buscar algum tipo de prazer em substâncias que produzem algum tipo de sensação. E entender também que a prevenção do abuso de drogas é sinônimo de vida saudável, empreendimento tão importante para os jovens que deve incluir a família, a escola, o grupo de pares, a comunidade e a mídia. Tal abordagem requer uma difícil mas factível articulação dos serviços social, educacional e de saúde, numa visão multidisciplinar e como responsabilidade, também, da sociedade. O "combate às drogas", termo militarista proveniente da ideologia americana e, na maioria das vezes, único e obsessivo foco da ação, não deveria prevalecer. Promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis, maior igualdade social e de oportunidades, atuar contra a pobreza e o racismo, voltar-se para o desenvolvimento do protagonismo juvenil são propostas que convergem para o cumprimento do ECA e a favor da democracia.

Colaboradores

M Schenker e MCS Minayo participaram da conceituação, revisão bibliográfica, elaboração e construção do artigo.

Referências bibliográficas

Arthur MW, Hawkins JD, Pollard JA, Catalano RE & Baglioni Jr. AJ 2002. Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. *Evaluation Review* 26(6):575-601.

Assis SG 1999. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santo, NC & Oliveira RVC. 2003. A representação social do adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3):669-680.

Assis SG & Constantino P 2001. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Bandura A 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2):191-215.

Baumrind D 1966. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development* 37:887-907.

Baumrind D 1967. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs* 75:43-88.

Beman DS 1995. Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence* 30(117):201-208.

Bloom B 1996. *The home environment and social learning*. San Francisco, Jossey-Bass.

Botvin GJ 1986. Substance abuse prevention research: recent developments and future directions. *Journal of School Health* 56(9):369-374.

Bronfenbrenner U 1986. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology* 22(6):723-742.

Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M & Cohen P 1990. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 116(2):111-267.

Brown BB, Mounts N, Lamborn SD & Steinberg L 1993. Parenting practices and peer group affiliation. *Child Development* 64:467-482.

Bry BH, McKeon P & Pandina RJ 1982. Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology* 91(4):273-279.

Chilcoat HD & Anthony JC 1996. Impact of parenting monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(1):91-100.

Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR *et al.* 1993. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 48(10):1013-1022.

De Micheli D & Formigoni MLOS 2002. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? *Addictive Behaviors* 27:87-100.

Ellickson PL & Morton SC 1999. Identifying adolescents at risk for hard drug use: racial/ethnic variations. *Journal of Adolescent Health* 25:382-395.

Emery RS & Forehand R 1996. Parental divorce and children's well-being: a focus on resilience, pp. 64-99. In LR Haggerty, N Sherrod, N Garmezy & M Rutter M (eds). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. Cambridge, Cambridge University Press.

Fergusson DM & Horwood LJ 1999. Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 40(4):581-592.

Friedman HL 1989. The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Social Science and Medicine* 29(3):309-315, Section C.

Friedman AS, Terras A & Kreisher C, 1995. Family and client characteristics as predictors of outpatient treatment outcome for adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse* 7:345-356.

Garmezy N & Rutter M 1988. *Stress, coping and development in children*. McGraw-Hill, Nova York.

Giddens A 1994. Risco, confiança e reflexividade, pp. 207-254. In A Giddens, U Beck & S Lash (orgs.). *Modernidade reflexiva*. Editora Unesp, São Paulo.

Hawkins JD, Catalano RF & Miller JY 1992. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112(1):64-105.

Heidegger M 1980. *Heidegger*. Editora Abril, São Paulo. (Coleção Os Pensadores).

Hoffmann JP & Cerbone FG 2002. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: na event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 66:255-264.

Jessor R 1991. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health* 12:597-605.

Jessor R, Bos JV, Vanderryn J, Costa FM & Turbin MS 1995. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology* 31(6):923-933.

Johnson GM, Shontz FC & Locke TP 1984. Relationships between adolescent drug use and parental drug behaviors. *Adolescence* 19(74):295-299.

Kaminski RA, Stormshak EA, Good III RH & Goodman

MR 2002. Prevention of substance abuse with rural head start children and families: results of project STAR. *Psychology of Addictive Behaviors* 16(4S):S11-S26.

Kandel DB 1990. Parenting styles, drug use, and children's adjustement in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family* 52:183-196.

Kandel DB, Kessler RC & Margulies RZ 1978. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence* 7(1):13-40.

Kodjo CM & Klein JD 2002. Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. *The Pediatric Clinics of North America* 49:257-268.

Lewin L 1924. *Phantastica: a classic survey on the use amd abuse of mind-altering plants.* New Books, Portland.

McCrimmond KR & Wehrung DA 1986. *Taking risk.* The Free Press, Nova York.

Minayo *et al.* 1999. *Fala galera: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro.* Editora Garamond, Rio de Janeiro.

Munist M, Santos H, Kotliarenco M, Ojeda E, Infante F & Grotberg E 1998. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.* OPS/OMS/Fundación Kellog, Washington.

Newcomb MD, Maddahian E & Bentler PM 1986. Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health* 76(5):525-531.

Njaine K 2004. *Violência na mídia sob a ótica dos adolescentes.* Tese de doutorado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Oetting ER, Deffenbacher JL & Donnermeyer JF 1998. Primary socialization theory: the role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. Part II. *Substance Use & Misuse* 33(6):1337-1366.

Oetting ER & Donnermeyer JF 1998. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse* 33(4):995-1026.

Parker JG & Asher SR 1987. Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin* 102(3):357-389.

Patterson GR & Fleischman MJ 1979. Maintenance of treatment effects: some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy* 10:168-185.

Patterson GR, Chamberlain P & Reid JB 1982. A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy* 13:638-650.

Patton LH 1995. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatric Clinics of North America* 42(2):283-293.

Pettit GS, Bates JE & Dodge KA 1997. Supportive parenting, ecological context, and children's adjustement: a seven-year longitudinal study. *Child Development* 68(5):908-923.

Pieper MH & Pieper J 1999. *Smart love: the compassionate alternative to discipline that will make you a better parent and your child a better person.* Harvard Common Press, Boston.

Pieper MH & Pieper J 2002. *Addicted to unhappiness: free yourself from moods and behaviors that undermine relationships, work and the life you want.* McGraw-Hill, Nova York.

Rutter M 1987. Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 316-331.

Schenker M & Minayo MCS 2003. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1):299-306.

Schor EL 1996. Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 73(2):335-356.

Shedler J & Block J 1990. Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist* 45(5):612-630.

Steinberg L, Elmen JD & Mounts NS 1989. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development* 60:1424-1436.

Steinberg L, Lamborn SD, Dornbusch SM & Darling N 1992. Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development* 63:1266-1281.

Steinberg LD, Fletcher A & Darling A 1994. Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics* 93(6):1060-1064.

Swadi H 1999. Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence* 55:209-224.

Tarter RE, Sambrano S & Dunn MG 2002. Predictor variables by developmental stages: a center for substance abuse prevention multisite study. *Psychology of Addictive Behaviors* 16(4S):S3-S10.

Tec N 1974. Parent-child drug abuse: generational continuity or adolescent deviancy. *Adolescence* 9:351-364.

Tuttle J, Melnyk BM & Loveland-Cherry C 2002. Adolescent drug and alcohol use: Strategies for assessment, intervention, and prevention. *The Nursing Clinics of North America* 37:443-460.

Velho G 1998. *Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquias.* Editora FGV, Rio de Janeiro.

Wallace Jr JM 1999. The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. *Pediatrics* 103:1122-1127.

Werner EE 1993. Risk, resilience and recovery. *Development and Psychopathology* fall, (5):503-515.

Werner EE 1995. Resilience and development. *Current Directions in Psychological Science* jun (4):81-85.

Werner EE 1996. Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry* 5: 47-51.

Werner MJ, Joffe A & Graham AV 1999. Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. *Pediatrics* 103:1099-1112.

Zweig JM, Phillips BS & Lindberg LD 2002. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health* 31:343-353.

Artigo apresentado em 25/05/2004
Aprovado em 23/10/2004
Versão final apresentada em 23/10/2004

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O que é o CAPS?

- Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar.

CAPS I

- Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;
- Indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.



Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I é para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite no máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, sendo composta por:

01 (um) médico com formação em saúde mental;

01 (um) enfermeiro;

03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A equipe técnica do CAPS de Pompeia é composta por:

- ➔ 01 Médico com formação em saúde mental;
- ➔ 01 Enfermeiro;
- ➔ 01 Técnico de enfermagem;
- ➔ 04 Psicólogos;
- ➔ 02 Assistentes Sociais;
- ➔ 01 Terapeuta Ocupacional.



Os tipos de tratamentos:

- Intensivo – Pacientes comparecem ao serviço para tratamento em oficina terapêutica de 3 a 5 dias na semana;
- Semi-intensivo - Nesses casos os pacientes podem ser atendidos até 12 vezes no mês;
- Não intensivo - Pacientes que já não precisam de um atendimento contínuo, e podem ser atendidos até pelo menos 3 vezes ao mês.

Os tipos de internações:

- Voluntária: a pessoa que solicita voluntariamente a própria internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.
- Involuntária: É a que ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros.
- Compulsória: é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física.



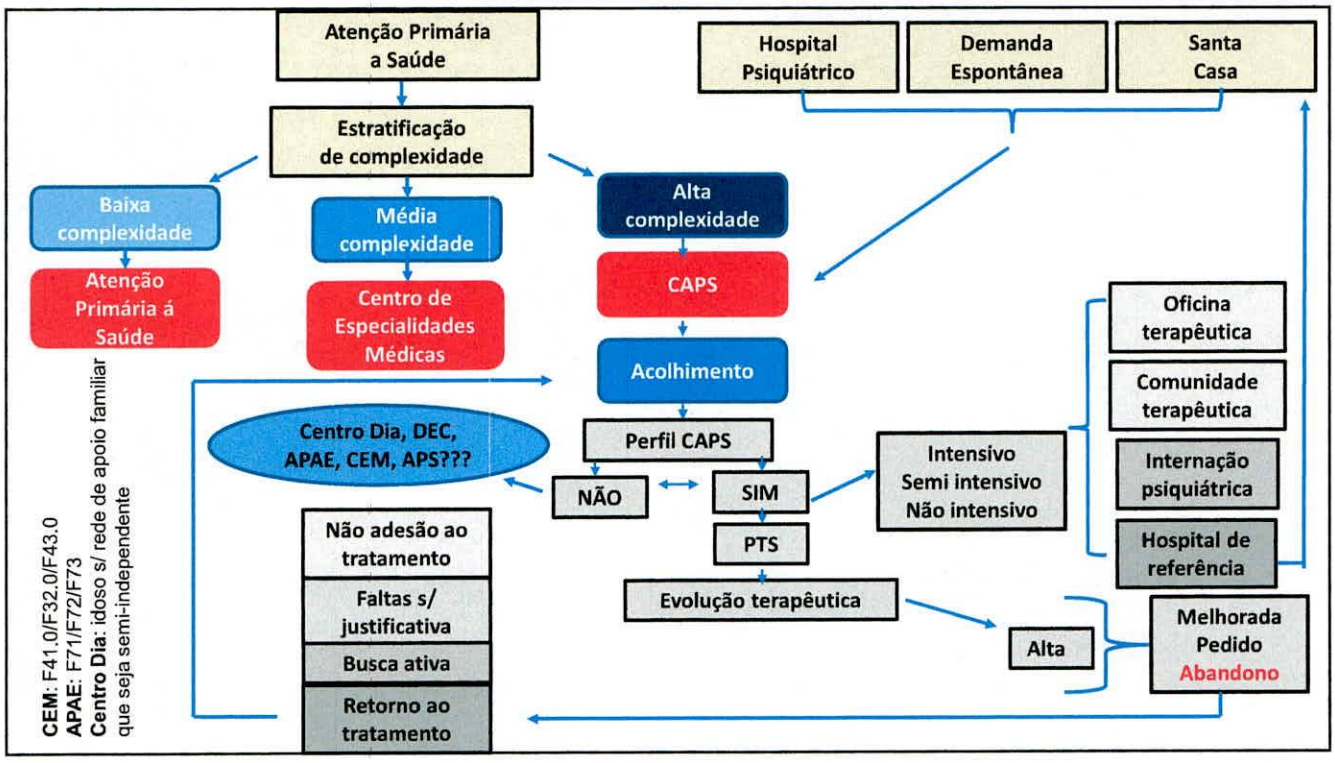
Os hospitais porta de entrada para internação via CROSS:

- Hospital André Luís de Garça-SP;
- Hospital Espírita de Marília-SP;
- Hospital Nosso Lar de Adamantina-SP.
- Hospital Cais Clemente Ferreira Lins-SP;
- Hospital Regional de Assis-SP.

As comunidades terapêuticas vinculadas:

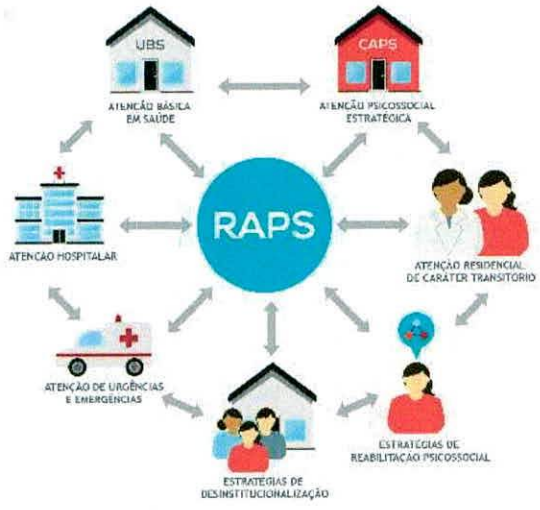
- Lar Dom Bosco Pirajuí;
- Cervida Tupã.





PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



Onde a RAPS está presente?

ATENÇÃO BÁSICA:

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto.

Onde a RAPS está presente?

ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

Unidades de Acolhimento;

Serviços de Atenção em Regime Residencial.

ATENÇÃO HOSPITALAR

Enfermaria especializada em hospital geral (leito de retaguarda);

Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (internação hospitalar).

ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);

Programa de Volta para Casa (PVC).

ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Iniciativas de Geração de Trabalho;

Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.