

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO  
DA CLÍNICA - PPGGC

FRANCISCA MECHI RIBEIRO DOS SANTOS DE PAULA

**ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DE UMA LINHA DE  
CUIDADO PARA PESSOAS EM USO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

SÃO CARLOS-SP  
2025

FRANCISCA MECHE RIBEIRO DOS SANTOS DE PAULA

**ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DE UMA LINHA DE  
CUIDADO PARA PESSOAS EM USO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Clínica (PPGGC), ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Nogueira Fioroni.

SÃO CARLOS-SP  
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO  
DA CLÍNICA - PPGGC

**Folha de aprovação.**

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Mestrado da candidata Francisca Mechi Ribeiro dos Santos de Paula, realizada em 31/ 10 /2025:

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Luciana Nogueira Fioroni  
Instituição: Universidade Federal de São Carlos

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Mariana Hasse  
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dr. Graciano Sodré  
Universidade: Federal de Rondonópolis

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me conceder saúde e força para superar as dificuldades e alcançar esta conquista.

À minha família e aos amigos, em especial ao meu esposo, Fabrício, aos meus filhos, Davi e Júlia, e à minha mãe, Carla, pelo apoio, incentivo, compreensão, encorajamento contínuo, carinho e amor, mesmo nos momentos mais desafiadores.

À psicoterapeuta Magaly, por me encorajar e me ajudar a perceber que a realização do mestrado seria possível.

Aos colegas e amigos de turma do mestrado, que oportunizaram valiosas trocas de conhecimento e apoio constante ao longo deste processo. Em especial, à amiga Suzana, companheira nas aulas de inglês, e à professora Tatiana, cuja dedicação e paciência foram fundamentais para a conquista da proficiência.

À minha orientadora, professora Dra. Luciana Nogueira Fioroni, pelo desafio assumido, pela paciência, dedicação e orientação comprometida, sempre pautada pela sensibilidade em transformar ideias e discussões em pesquisa científica, sem perder de vista os aspectos humanos e éticos das relações construídas.

À senhora Cristiane, responsável pela saúde mental no DRS VIII – Franca, aos integrantes da CIR de 2024, aos(as) secretários(as) de saúde dos municípios da região de saúde da Alta Mogiana, ao senhor Alessandro, coordenador do CAPS I de Guará, à senhora Luciana Ambrósio, gerente operacional da Santa Casa de Guará, aos(as) secretários(as) e prefeitos da Prefeitura Municipal de Guará que atuaram nesse período, ao grupo de apoio das oficinas — Carlos, Pedro, Tatiane e Tauane — e a todos(as) os(as) participantes da pesquisa, cujas contribuições e apoio foram essenciais para a realização deste estudo. Sem a colaboração de cada um(a), este trabalho não seria possível.

À equipe do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Serviços de Saúde (PPGGC), minha sincera gratidão por proporcionar conhecimento científico e por ampliar os horizontes e possibilidades de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS).

## RESUMO

Este estudo, de natureza dialógica e interpretativa, teve como objetivo a construção coletiva de estratégias de operacionalização de uma linha de cuidado para pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas. A pesquisa se deu em uma região de saúde do estado de São Paulo, composta por seis municípios de pequeno porte (até 70 mil habitantes). A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: I) levantamento de dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e no Censo Demográfico, com o objetivo de mapear os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o número de habitantes por município; II) entrevistas exploratórias com o Departamento Regional de Saúde e gestores locais, realizadas por meio de formulário eletrônico, abrangendo cinco municípios; III) seis oficinas com 17 profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (representantes do DRS e dos municípios participantes), utilizando elementos do planejamento estratégico em saúde, com abordagem dialógica e reflexiva, em formato híbrido (presencial e remoto). Os dados foram registrados manualmente, por gravações em áudio e registros fotográficos, compondo diários de campo singulares. A análise da primeira etapa permitiu a descrição e o mapeamento da rede de atenção daquele contexto. Já a análise das entrevistas e das oficinas concentrou-se em dois eixos principais: o processo grupal desenvolvido nas oficinas e o produto final, representado pela proposta pactuada das estratégias operacionais para a linha de cuidado voltada a pessoas em uso prejudicial de substância psicoativa. A linha de cuidado proposta considerou o modelo de Atenção Psicossocial, o modelo de Redução de Danos e, especialmente, as singularidades dos municípios participantes, qual seja, a Rede de Atenção à Saúde é predominantemente a atenção primária (com equipe multiprofissional), e 4 dos 6 municípios têm apenas CAPS I, colocando desafios para estruturar uma linha de cuidado singularizada para pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas. Os resultados evidenciaram a articulação entre o saber técnico-científico e a produção coletiva como estratégia de fortalecimento da rede intermunicipal, além da incorporação das melhores evidências em saúde mental voltadas à gestão, formação e cuidado neste contexto. Foram, ainda, identificados cenários de reprodução de violências institucionais e estruturais, fragilidades no cuidado psicossocial e interprofissional, bem como o predomínio de práticas centradas na medicalização e institucionalização por meio de internações, fatores que reforçam a marginalização e a vulnerabilidade dos usuários. Como produto das oficinas, foi pactuada uma proposta singularizada de operacionalização da linha de cuidado em substâncias psicoativas, construída coletivamente e orientada à realidade regional dos municípios de pequeno porte, culminando na elaboração de dois manuais (produtos técnicos) com instruções para sua implementação. Pode-se concluir que os fatores críticos de sucesso se referem à estratégia coletiva e dialógica para o planejamento de uma linha de cuidado singularizada, articular a gestão do cuidado com a educação permanente, explicitando a importância da validade técnico-científica das práticas, bem como a assunção de uma diretriz ético-política emancipatória.

**Palavras-chave:** saúde mental; psicotrópicos; serviços de saúde; reforma psiquiátrica; redução de danos.

## ABSTRACT

This dialogical and interpretative study aimed to collectively construct strategies for the operationalization of a care pathway for people with harmful use of psychoactive substances. The research was conducted in a health region of the state of São Paulo, composed of six small municipalities (up to 70,000 inhabitants). It was developed in three stages: (i) data collection from the National Registry of Health Establishments and the Demographic Census to map the Psychosocial Care Network (RAPS) facilities and population by municipality; (ii) exploratory interviews with the Regional Health Department and local managers, carried out through an electronic form in five municipalities; (iii) six workshops with 17 professionals from the Unified Health System (SUS), including representatives from the Regional Health Department and participating municipalities, using elements of strategic health planning with a dialogical and reflective approach, in hybrid format (in-person and remote). Data were recorded manually, through audio recordings and photographic records, forming unique field diaries. The analysis of the first stage enabled the description and mapping of the local care network, while the analysis of interviews and workshops focused on two main axes: the group process developed in the workshops and the final product, represented by the agreed proposal of operational strategies for the care pathway targeting people with harmful use of psychoactive substances. The proposed care pathway considered the Psychosocial Care Model, the Harm Reduction approach, and especially the specificities of the municipalities, in which primary care (with multiprofessional teams) predominates, and 4 out of 6 municipalities only have CAPS I services. These factors posed challenges to structuring a singularized care pathway. The results highlighted the articulation between technical-scientific knowledge and collective production as a strategy to strengthen the intermunicipal network, in addition to incorporating best evidence in mental health related to management, training, and care in this context. Scenarios of institutional and structural violence reproduction were also identified, as well as weaknesses in psychosocial and interprofessional care, alongside the predominance of practices centered on medicalization and institutionalization through hospitalization—factors that reinforce user marginalization and vulnerability. As the final product of the workshops, a singularized proposal for the operationalization of the psychoactive substances care pathway was agreed upon, collectively constructed and oriented to the regional reality of small municipalities, culminating in the elaboration of two technical manuals with guidelines for its implementation. It can be concluded that the critical success factors lie in the collective and dialogical strategy for planning a singularized care pathway, in articulating care management with continuing education, in ensuring the technical-scientific validity of practices, and in assuming an emancipatory ethical-political guideline

**Keywords:** mental health; psychotropic substances; health services; psychiatric reform; harm reduction.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Componentes e respectivos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial	22
Figura 2 -	Cuidado para substâncias psicoativas que as equipes realizam	59
Figura 3 -	Cuidado para substâncias psicoativas que as equipes gostariam de realizar	60
Figura 4 -	Ações realizadas na região da Alta Mogiana DRS VIII – Franca/ SP	63
Figura 5 -	Construção coletiva de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas - versão 1	101
Figura 6 -	Construção coletiva de linha de cuidado para substâncias psicoativas – versão 2	101
Figura 7 -	Construção coletiva de linha de cuidado para substâncias psicoativas – versão 3	102
Figura 8 -	Construção coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas – Eixo: Cuidado Longitudinal/Territorial Municípios com CAPS e Unidade Básica de Saúde (UBS)	103
Figura 9 -	Construção coletiva de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas – 01	104
Figura 10 -	Linha de cuidado para álcool e outras drogas e orientação de fluxo – 02	105
Figura 11 -	Linha de cuidado para álcool e outras drogas – Protocolo 1 - para situações de urgência/emergência	106
Figura 12 -	Construção coletiva de linha de cuidado para álcool e outras drogas - Protocolo 2 - para situações de cuidado em território em municípios com APS + CAPS	107
Figura 13 -	Construção coletiva de linha de cuidado para álcool e outras drogas – Protocolo 3 - para situações de cuidado em território em municípios com APS	108

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição geográfica e estatística dos municípios da região de saúde Alta Mogiana – DRS VIII	44
Tabela 2 -	Descrição sobre a RAPS loco-regional	45

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Cronograma, formato, intencionalidade e produto esperado das oficinas	43
Quadro 2 -	Quantidade, setor e município das pessoas que responderam formulário	48
Quadro 3 -	Ações de cuidado e desafios	51
Quadro 4 -	Síntese a partir das respostas da pergunta 17	54
Quadro 5 -	Síntese por nucleação (educação, gestão e processos de trabalho)	64
Quadro 6 -	Fundamentos do cuidado	78
Quadro 7 -	Demanda acolhimento em situação de crise – Oficina 04	87
Quadro 8 -	Demanda de acolhimento em situação de uso abusivo em SPA sem crise – Oficina 4	89
Quadro 9 -	Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas – Oficina 5	95
Quadro 10 -	Usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado longitudinal/ territorial – Oficina 05	97
Quadro 11 -	Produto oficina 04 e 05	100
Quadro 12 -	Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas – Oficina 6	114
Quadro 13 -	Usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado longitudinal/territorial – Oficina 6	115

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 -	Destaque do grupo para orientar a Linha de Cuidado	92
Imagem 2 -	Destaque do grupo sobre: como as equipes devem orientar os usuários	93
Imagem 3 -	Destaque do grupo sobre: Projeto terapêutico singular (PTS)	94
Imagem 4 -	Destaque do grupo sobre: Capacitação continuada	95
Imagem 5 -	Destaque do grupo sobre: Cenários para o cuidado em SPA	101
Imagem 6 -	Destaque do grupo sobre: Acolhimento resolutivo e seus fundamentos	102
Imagem 7 -	Destaque do grupo sobre: Diferenciar fluxos para os municípios com e sem CAPS I	104
Imagem 8 -	Destaque do grupo sobre: Articulação de rede	112

## LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

APS -	Atenção primária à saúde
CAPS I -	Centro de Atendimento Psicossocial I
CAPS AD III-	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h
CIR -	Comissão Intergestores Regional
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-
CONAD -	Conselho Nacional Antidrogas
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LSD -	Dietilamida do Ácido Lisérgico
NAS -	Núcleo de Apoio à Saúde
Nga23 -	Centro médico público em Ituverava
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAS -	Posto Atendimento em saúde
PIB -	Produto Interno Bruto
PPGGC -	Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica
PTS -	Projeto Terapêutico Singular
RAPS -	Rede de Atenção Psicossocial
RAS -	Rede de Atendimento à Saúde
RRAS -	Rede Regional de Atenção à Saúde
RT -	Residência Terapêutica
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS -	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1	<b>SUS (Sistema Único de Saúde): um breve histórico</b>	<b>20</b>
1.2	<b>Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</b>	<b>22</b>
1.2.1	Linha de cuidado em atenção psicossocial e política de redução de danos	<b>26</b>
1.3	<b>Cuidado em saúde e uso prejudicial de álcool e outras drogas</b>	<b>28</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
3.1	Objetivo geral	<b>33</b>
3.2	Objetivos específicos	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>34</b>
4.1	Fundamento teórico-metodológico	<b>34</b>
4.2	Contexto empírico da pesquisa	<b>36</b>
4.3	Articulação junto aos cenários da pesquisa	<b>38</b>
4.4	Participantes	<b>39</b>
4.5	Etapa de campo - processos e instrumentos da pesquisa	<b>40</b>
4.6	Registro e análise dos dados	<b>43</b>
4.7	Aspectos éticos	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>45</b>
5.1	Primeira etapa – dados descritivos dos municípios	<b>45</b>
5.2	Segunda etapa – respostas ao formulário exploratória eletrônico	<b>48</b>
5.3	Terceira etapa – oficinas para construção das estratégias de operacionalização das diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas	<b>55</b>
5.3.1	Primeira oficina	<b>55</b>
5.3.1.1	<i>Intencionalidade</i>	<b>55</b>
5.3.1.2	<i>Dinâmica da oficina</i>	<b>56</b>
5.3.1.3	<i>Desenvolvimento</i>	<b>56</b>
5.3.1.3.1	<u>Segundo momento: Dinâmica – Tarjetas</u>	<b>57</b>
5.3.1.3.2	<u>Terceiro momento: Agrupamento das tarjetas</u>	<b>57</b>
5.3.2	Segunda oficina	<b>68</b>
5.3.2.1	<i>Intencionalidade</i>	<b>68</b>
5.3.2.2	<i>Dinâmica da oficina</i>	<b>69</b>
5.3.2.3	<i>Eixos temáticos</i>	<b>70</b>
5.3.2.4	<i>Socialização e construção coletiva</i>	<b>71</b>
5.3.2.5	<i>Produto da oficina</i>	<b>71</b>
5.3.3	Terceira oficina	<b>72</b>
5.3.3.1	<i>Intencionalidade da oficina</i>	<b>72</b>

5.3.3.2	<b>Intencionalidade educacional</b>	73
5.3.3.3	<b>Dinâmica da atividade</b>	73
5.3.3.4	<b>Produto esperado</b>	74
5.3.3.5	<b>Desenvolvimento da dinâmica</b>	74
5.3.3.6	<b>Consigna da atividade</b>	75
5.3.3.7	<b>Estrutura da oficina</b>	75
5.3.3.7.1	<u>Momento 1: Preparação para a negociação</u>	75
5.3.3.7.2	<u>Momento 2: Rodadas de negociação</u>	75
5.3.3.7.3	<u>Momento 3: Avaliação da atividade</u>	76
5.3.3.8	<b>Comentários sobre a dinâmica</b>	77
5.3.3.9	<b>Produto da oficina</b>	77
5.3.3.10	<b>Observações da pesquisadora</b>	78
5.3.3.11	<b>Encaminhamentos para a quarta oficina</b>	78
5.3.3.12	<b>Produto da oficina 3</b>	78
5.3.4	Quarta oficina - planejamento de estratégias para o cuidado em situações de crise relacionadas ao uso de SPAS	84
5.3.4.1	<b>Primeira demanda: pacientes em situação de crise</b>	86
5.3.4.2	<b>Segunda demanda: pacientes sem crise</b>	88
5.3.5	Quinta oficina	90
5.3.5.1	<b>Intencionalidade</b>	91
5.3.5.2	<b>Dinâmica da oficina</b>	91
5.3.5.3	<b>Discussões e construções coletivas</b>	91
5.3.5.4	<b>Síntese e encaminhamentos</b>	94
5.3.5.5	<b>Quarto momento</b>	99
5.3.5.6	<b>Produto das oficinas 4 e 5</b>	100
5.3.5.6.1	<u>Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas</u>	101
5.3.5.6.2	<u>Usuário em cuidado longitudinal/territorial</u>	102
5.3.6	Sexta oficina - revisão do fluxograma das diretrizes	111
5.3.6.1	<b>Produtos da oficina 6</b>	114
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	120
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	123
	<b>ANEXO A - CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA DRS VIII E PARTICIPAÇÃO NA 7ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE</b>	131
	<b>APÊNDICE A - CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DIRETRIZES DA LINHA DE CUIDADO PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b>	133
	<b>APÊNDICE B - CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DIRETRIZES DA LINHA DE CUIDADO PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b>	143

## APRESENTAÇÃO

A autora desta pesquisa está em processo de construção como pesquisadora. É esposa, mãe de um menino encantador e de uma menina fraternal, além de psicóloga apaixonada pela vida, pelo cuidado e pela psicologia.

Acredita na potência das relações humanas saudáveis, transparentes e pautadas na ajuda mútua. Valoriza o trabalho coletivo e o compartilhamento de responsabilidades como motores impulsionadores do bem-estar social, entendendo que essa é a maior e melhor construção para a promoção da saúde mental.

É trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) há 14 anos, atuando no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de um município de pequeno porte, localizado no interior do estado de São Paulo. Nesse período, exerceu a função de gestão do mesmo serviço por quatro anos e seis meses.

Há dois anos, solicitou desligamento da coordenação para se dedicar exclusivamente à função de psicóloga. Atualmente, concilia o trabalho no CAPS I de Guará/SP com outras atividades profissionais. Atua como psicóloga hospitalar na Santa Casa da cidade, leciona aulas de socioemocional em uma escola particular da região e exerce a prática clínica em consultório particular. Além disso, é mestranda no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC).

Cuidar da saúde mental e promover o bem-estar do outro, considerando as necessidades de cada usuário, constitui um grande desafio. O aumento da demanda de pacientes com quadros graves em saúde mental, especialmente de usuários de substâncias psicoativas, e a dificuldade de oferecer um cuidado compatível com essas demandas, evidenciam uma lacuna entre a prática efetiva e os recursos disponíveis.

A escassez de profissionais, somada à alta demanda e à fragilidade das redes de atenção, dificulta a superação do modelo centralizador do cuidado, limitando a aplicação da clínica ampliada. Tal realidade é ainda mais crítica em municípios de pequeno porte, que não contam com uma rede especializada para o atendimento de pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA).

Instigada a compreender esse contexto e a buscar novas possibilidades de atuação, a autora se propôs ao desafio de realizar este mestrado profissional.

Com foco na promoção da autonomia, da iniciativa e do protagonismo dos usuários da saúde mental (de programas que promovam a saúde mental), esta servidora pública, diante dos desafios vivenciados no CAPS I e no pronto-socorro,

decidiu trilhar os caminhos acadêmicos em busca da construção coletiva de operacionalização para uma linha de cuidado em substâncias psicoativas.

A proposta foi desenvolvida por meio da realização de oficinas com profissionais de diferentes municípios pertencentes à região de saúde da Alta Mogiana, do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca.

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) acompanha a trajetória da humanidade desde os tempos mais remotos. Historicamente, o ser humano recorreu a substâncias como álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas em diversos contextos: sociais, culturais e ritualísticos; como tentativas de curas, formas de alienação diante do sofrimento e de busca pelo prazer. Essas práticas, porém, não são estáticas e variam conforme o tempo e os grupos sociais envolvidos (Sergio, et all. 2012).

As motivações, o acesso e os padrões de uso transformaram-se ao longo da história, assumindo diferentes significados. Nos últimos anos da década de 1980 com “A guerra contra as drogas”, a partir dos Estados Unidos (Rodrigues, 2008), o uso abusivo associado ao aumento da escala do tráfico de substâncias psicoativas ilícitas consolidou-se como grave problema de saúde pública e de segurança. Esse cenário demanda políticas públicas intersetoriais integradas que superem intervenções pontuais e fragmentadas.

A integralidade do cuidado torna-se um princípio norteador na formulação de políticas públicas eficazes. Tais políticas devem reconhecer as múltiplas dimensões envolvidas nesse fenômeno complexo. No Brasil, as políticas sobre drogas são marcadas por contradições e disputas ideológicas. Em muitos períodos, convivem abordagens repressivas e ações pautadas na redução de danos e nos direitos humanos (Fernandes, et.all. 2023), configurando uma tensão permanente entre a lógica do controle social e a da cidadania.

Para essa pesquisa a vertente predominante foi o consumo de substâncias psicoativas influenciado por fatores psicossociais, econômicos, políticos e culturais. Além disso, está relacionada a experiências subjetivas e vulnerabilidades diversas, que podem ser de ordem individual, social ou comunitária (Brasil, 2003).

As motivações para o uso abusivo de SPA são múltiplas: prazer, alívio emocional, exclusão, pertencimento, entre outras. Segundo Dahlgren e Whitehead (1991), a saúde é influenciada por diferentes camadas de determinantes que vão desde fatores biológicos até elementos econômicos, culturais e ambientais, destacando que desigualdades sociais moldam significativamente os modos de viver e adoecer das populações. Pobreza, desigualdade, violência e acesso precário a serviços de saúde interferem nessas práticas e se articulam a fatores culturais e subjetivos. Logo, os impactos do uso dependem das condições objetivas e simbólicas

do indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), substância psicoativa é toda substância que altera funções do organismo vivo (WHO, 2015). Essa definição inclui substâncias lícitas e ilícitas e amplia o debate sobre seus efeitos na saúde, que podem atingir o bem-estar físico, psíquico e social das pessoas.

O problema do abuso de SPA afeta diversas áreas sociais como: segurança pública, justiça, educação, saúde e assistência social (Santana *et al.*, 2023). O abuso dessas substâncias deve ser entendido como resultante de fatores neuropsicológicos e socioeconômicos, que estão associados à história de vida, cultura, política, economia e ao contexto familiar (Rocha, 2003), este último podendo constituir fator de proteção ou de risco. Assim, o cuidado em saúde deve considerar a singularidade e a trajetória do indivíduo (Alves, 2009).

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2019 apontou que 271 milhões de pessoas usaram substâncias em 2017, destas, 35 milhões apresentavam transtornos relacionados ao uso (UNODC, 2019). O consumo de opioides alcançou 53 milhões de usuários no mundo, um aumento significativo em relação ao ano anterior. Esse cenário reforça a necessidade de atenção integral às pessoas que fazem uso abusivo de SPA.

Apesar dos avanços, as políticas públicas permanecem tensionadas entre a punição e o cuidado. Essas instabilidades refletem disputas ideológicas que moldam as estratégias de intervenção (Alves, 2009, p.35).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), é essencial reconhecer a singularidade das pessoas em uso de SPA. Cada sujeito possui trajetórias de vida, experiências e redes de apoio distintas. A integralidade da atenção requer escuta qualificada, respeito à autonomia e articulação intersetorial.

A concepção ampliada de saúde, conforme apresentada por Buss e Pellegrini Filho (2007), entende a saúde como um fenômeno humano complexo, resultante da articulação entre necessidades, modos de vida e estruturas sociais que produzem desigualdades nas possibilidades de viver e adoecer. Essa compreensão reconhece que o estado de saúde é profundamente influenciado pelas condições históricas, econômicas e culturais que moldam a organização da vida em sociedade.

A avaliação subjetiva da saúde, como destaca Lindemann (2019), expressa o modo como o indivíduo percebe seu estado de bem-estar. Essa autopercepção envolve dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Agostinho, 2010). Assim,

compreender como o sujeito percebe sua saúde é essencial para entender o processo saúde-doença.

O uso de álcool e outras drogas acompanha a humanidade em todos os tempos e sociedades. Afetam o humor, a consciência, o pensamento do indivíduo (WHO, 2015), desenvolvem transtornos relacionados ao uso, causam prejuízos físicos, mentais, sociais e ocupacionais. Tais danos afetam também familiares e a sociedade como um todo, configurando-se como problema de saúde pública (Medeiros, *et al.*, 2013).

Na Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11) - a dependência química é categorizada no capítulo 6C, que reúne os *Transtornos devido ao uso de substâncias ou comportamentos de dependência* e organiza os transtornos conforme a substância envolvida, especificando padrões clínicos e repercussões funcionais. Ao fazer isso, reconhece a complexidade e a diversidade dos padrões de uso de substâncias psicoativas (OMS, 2019). Pessoas com dependência química frequentemente fazem uso de múltiplas substâncias psicoativas, agravando o estado de saúde mental e dificultando o tratamento (Crives, 2018).

A reforma psiquiátrica (Brasil, 2011) incita, até os dias de hoje, mudanças importantes na vida de pessoas com sofrimento psíquico grave. Por vezes excluídas em hospitais psiquiátricos, essas pessoas retomam o direito ao convívio familiar e comunitário, o que gera novos desafios para as famílias, responsáveis pela reorganização do cuidado. Nesse contexto, a RAPS tornou-se referência para o usuário e seus familiares. É um ponto de apoio, atenção e orientação no território (Oliveira, 2022).

A RAPS estrutura-se em seis eixos assistenciais articulados. O primeiro eixo corresponde à Atenção Primária à Saúde, responsável pela porta de entrada preferencial no cuidado territorial. O segundo eixo refere-se à Atenção Psicossocial Especializada, que inclui, entre outros serviços, os Centros de Atenção Psicossocial. O terceiro contempla a Atenção às Urgências e Emergências, voltada ao manejo de crises e intervenções imediatas. O quarto envolve a Atenção Residencial de Caráter Transitório, destinada ao acolhimento provisório em contextos de vulnerabilidade. O quinto diz respeito à Atenção Hospitalar, que acolhe situações clínicas e psiquiátricas de maior complexidade. E o sexto eixo abrange as Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, que visam à autonomia, inclusão

social e continuidade do cuidado, onde também se encontram as comunidades terapêuticas (CT) (Brasil, 2011).

As CTs são orientadas por diretrizes universais fundamentadas em abordagens validadas pela ciência do tratamento da dependência química. Entretanto, ainda há desafios significativos para sua consolidação como componente legítimo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2022). É importante ressaltar que o período no qual a pessoa em uso abusivo de SPA permanece nesse serviço é vivido como um “respiro” para a família e para a comunidade devido ao maior tempo de permanência e de afastamento do convívio familiar do indivíduo em uso abusivo.

Porém não estão submetidas ao controle social de qualquer conselho nacional e que, em sentido oposto, há posicionamentos formais dos principais órgãos de controle como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Assistência Social e o Conselho Nacional de Direitos Humanos, expressos por meio de recomendações e resoluções críticas a esses serviços, evidencia-se um cenário de fragilidade institucional e de questionamento quanto à sua legitimidade e conformidade com as políticas públicas vigentes (Brasil, 2024).

Cada componente da RAPS apresenta funções específicas, porém complementares, e deve ser fortalecido para garantir integralidade, continuidade assistencial e efetividade das políticas públicas em saúde mental.

A RAPS é fruto da reforma psiquiátrica e propõe um novo modelo de cuidado em saúde mental que visa à reabilitação psicossocial, com práticas centradas no *cuidado e na cidadania*. A proposta da RAPS inclui a substituição do modelo de internação como principal recurso de assistência, a substituição do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que significam um novo tipo de cuidado, pautado na territorialidade, na assistência interprofissional em liberdade, e em especial a lógica de Redução de Danos (RD). Este modelo psicossocial foi institucionalizado pela Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2010b).

Os princípios do modelo incluem desinstitucionalização, cuidado integral e apoio comunitário. Além disso, também envolvem promoção da autonomia e combate ao estigma por meio de campanhas educativas. A reforma psiquiátrica promoveu o conceito de atenção psicossocial como novo paradigma de cuidado, considerando os

determinantes psicossociais do sofrimento e dos transtornos mentais através da lei nº 10.216 (Brasil, 2001).

A qual valoriza a escuta qualificada, o vínculo, a equipe multiprofissional e o cuidado no território, além de buscar promover inserção social, cidadania e garantia de direitos aos usuários. No Brasil, foram criados diferentes tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS ij (infanto juvenil), CAPS ad (álcool e outras drogas), CAPS ad II e CAPS ad III.

Nesta pesquisa, o foco foi o CAPS I e a Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios pequenos, onde não há CAPS II, CAPS III, CAPS i e ou CAPS ad, a Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes multi (eMulti) (Brasil, 2023) e CAPS I assumem essa função.

A abordagem de cuidado integral a pessoas em uso abusivo de SPA deveria estar apoiada na lógica da redução de danos (RD), que não parte do princípio obrigatório e exclusivo da abstinência como pré-condição ao tratamento. A RD visa *minimizar* os impactos negativos do consumo de SPA na saúde e na vida social, a partir de estratégias cotidianas de ajustes singulares entre as necessidades dos usuários e as possibilidades de cuidado. A RD busca respeitar a autonomia do usuário e propor estratégias singulares (Ferreira, 2018), valorizando o diálogo, a reflexão e a corresponsabilidade do sujeito no cuidado à saúde.

## **1.1 SUS (Sistema Único de Saúde)**

Em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil garantiu o direito à saúde e este como um dever do Estado. A Lei 8080 criou o SUS e iniciou o curso da reforma sanitária brasileira. O início desse processo de reforma reconheceu a saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado. Foi, então, criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal, com equidade e com atenção integral à saúde. A proposta visava superar o modelo biomédico (teoria Flexneriana), previdenciário curativo, centrado na medicina especializada e privada que, embora tenha contribuído para avanços no diagnóstico e no tratamento, apresentava limites como: a centralidade no corpo biológico, a medicalização, o foco curativo, a cultura hospitalocêntrica e a insuficiente consideração dos determinantes sociais, culturais e éticos do processo saúde-doença. Esse modelo articulava-se ao capital internacional e privilegiava o produto privado em saúde (Oliveira, 1989).

Os princípios organizadores do SUS — universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação social — constituem diretrizes fundamentais para superar as limitações históricas do modelo biomédico. No entanto, a efetivação de um modelo assistencial coerente com esse arcabouço normativo ainda enfrenta obstáculos significativos, demandando a contínua reorganização dos serviços de saúde conforme os pressupostos da reforma sanitária (Brasil, 1990).

Apesar da conquista da saúde como direito, sua implementação enfrentou grandes contradições. Durante as décadas de 1990 e 2000, houve embate entre a universalização e o controle de gastos públicos, o que dificultou a efetivação do trabalho em equipe e o cuidado em rede (Mendes *et al.*, 2009; Medeiros *et al.*, 2019). Tais limitações comprometeram princípios do SUS, como a integralidade e a corresponsabilização. Para superar essa fragmentação, é necessário investir em ações intersetoriais no SUS.

A intersectorialidade apoia-se em um pensamento sistêmico e relacional, ampliando a cooperação entre setores. A noção de rede social se concretiza por meio de relações organizacionais e pessoais de cooperação (Canato, P; Bichir, R, 2021). Essas relações devem construir pactos que reconheçam a complexidade do sistema e promovam integração. Para alcançar esses objetivos, é essencial valorizar a união entre saberes técnicos e saberes populares, além disso, a participação de usuários, profissionais e familiares contribui para diminuir a distância entre o conhecimento científico e a prática cotidiana.

A promoção da saúde é uma das ferramentas para essa transformação no modo de viver, pois estimula o aprendizado da população sobre saúde e fortalece a autonomia dos sujeitos. Segundo Brasil (2002), promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade”, visando melhorar a qualidade de vida e ampliar o controle sobre a própria saúde.

Em definições mais recentes, promoção da saúde é vista como “estratégia de produção individual e coletiva da saúde”. Ela se caracteriza pela articulação intra e intersetorial, com participação popular e controle social (Brasil, 2014). Ao reconhecer o *sujeito* como coautor do seu cuidado, a prática em saúde torna-se mais humana.

No modelo assistencial em saúde, a doença deixa de ocupar o centro exclusivo das intervenções, deslocando o foco para o sujeito em sua complexidade, e não apenas para sua condição clínica. Nesse processo, ampliam-se as dimensões

consideradas no cuidado, incorporando as necessidades de saúde, o contexto de vida e a reprodução social dos indivíduos. Tal perspectiva visa o fortalecimento de sujeitos individuais e coletivos, conforme destaca Campos (2000). Trata-se de uma mudança paradigmática que orienta as práticas pela compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, situando o indivíduo em seu ambiente familiar, comunitário e sociocultural, além de integrar ações fundamentais da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde.

Para efetivar essa abordagem, torna-se necessária a Educação Permanente em Saúde (EPS), que promove múltiplos olhares sobre o cuidado e a construção compartilhada de saberes. Essas ações exigem investimentos públicos em recursos humanos e estruturais.

É essencial garantir equipes compatíveis com as demandas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da RAPS. A promoção da saúde e a saúde coletiva devem ser eixos centrais do SUS e a articulação entre essas dimensões é indispensável para a consolidação de um cuidado integral.

## **1.2 Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) atua em três eixos: promoção e prevenção, atenção clínica e reabilitação, e urgência e emergência (Campos, 2000). Esse trabalho é realizado por equipes interdisciplinares e multissetoriais, e envolve familiares, profissionais e usuários do SUS em ações contínuas e integradas (Campos, 2000).

A RAS deve organizar-se de forma horizontal, sem hierarquização entre seus diferentes pontos de cuidado e estruturar-se para responder a condições específicas de saúde em múltiplos níveis, considerando a diversidade de complexidades e especificidades dos serviços, de modo a assegurar a integralidade da atenção. Esse cuidado abrange ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e manejo de condições crônicas. Embora cada ponto da rede possua distinta densidade tecnológica, todos desempenham papel igualmente relevante no conjunto da atenção, pois a lógica que orienta essa organização é poliárquica,

fundamentada na integração técnica, logística e gerencial dos serviços (Mendes, 2011).

Pinho *et al.* (2009) apontam que a organização em rede permite trabalhar a singularidade do sujeito e possibilita uma retomada de seu lugar no território e em sua rede social.

O cuidado ofertado pela RAS caracteriza-se por redes poliárquicas, também chamadas de “redes em malha”. Nessas redes, cada ponto se conecta a vários outros, permitindo percursos diversos entre os nós (pontos) desta rede (Mendes, 2001). Seus ramos estão interligados de forma dinâmica e flexível (Oliveira *et al.*, 2022), tendo como centralidade a Atenção Primária à Saúde (APS).

É a APS que provoca e aciona a rede de atendimentos/ cuidados junto à população adscrita, por ser a porta de entrada para o SUS. Diante de um território repleto de particularidades no âmbito individual, familiar e coletivo e organiza as ações intersetoriais e de promoção da saúde (Brasil, 2017). Ela deve contar com equipes multiprofissionais que atendam toda a população de um território definido.

Tais equipes da APS devem coordenar o cuidado, integrar os serviços de saúde, garantir continuidade, vínculo e prestação de serviços especializados de forma oportuna. A atenção deve ser centrada no sujeito, na sua família e na sua comunidade.

É necessário considerar os determinantes sociais de saúde e doença e as interseccionalidades que se referem à interação entre múltiplos marcadores sociais — como gênero, raça, classe social e sexualidade — que atuam de maneira simultânea e interdependente, produzindo formas específicas e situadas de desigualdades (COLLINS; BILGE, 2016). Esses determinantes sociais configuram as diferentes vulnerabilidades no processo saúde e doença, visando um planejamento adequado e equânime do cuidado. A rede de cuidados exige escuta ativa e participação do usuário. Ele deve conhecer a estrutura dos serviços e interferir nos fluxos conforme suas experiências (Franco; Magalhães Jr, 2003).

Fazendo parte da RAS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada em 2011, com a reforma psiquiátrica (Brasil, 2011), para atender pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias e reorganizar os serviços de saúde mental, objetivando integrar os cuidados nos diferentes níveis de atenção do SUS (Brasil, 2019).

Uma RAPS articulada exige mudanças nos arranjos organizacionais e integração das práticas de cuidado. É fundamental investir na autonomia dos usuários e na participação social. É preciso criar políticas públicas baseadas nas necessidades da população e no trabalho territorial. A corresponsabilidade entre os serviços é essencial para o cuidado integral e longitudinal (Brasil, 2011).

A RAPS é articulada a partir de serviços territoriais (Oliveira, 2022), conforme Figura 1 abaixo:

Figura 1 – Componentes da RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	Centros de Convivência e Cultura
	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
	Unidade de Acolhimento
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Serviço de Atenção em Regime Residencial
	Enfermaria especializada em Hospital Geral
<b>Atenção Hospitalar</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
	Serviços Residenciais Terapêuticos
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Programa de Volta para Casa
	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: COSEMS-SP, 2022. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/o-que-e-uma-raps-rede-de-atencaopsicossocial>.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel central na coordenação do cuidado, exigindo revisão crítica das práticas profissionais e mudanças nos modos de produzir saúde para consolidar o paradigma psicossocial (Dimentein et al., 2017). A atenção psicossocial constitui um movimento dinâmico e instituinte, que confronta práticas normativas e promove transformações na organização dos serviços, impulsionando a criação e articulação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico no âmbito da RAPS (Brasil, 2020). Contudo, evidenciam-se desafios persistentes relacionados à reprodução de práticas manicomialis nos CAPS, revelando tensões estruturais entre inovação e manutenção do instituído. Essas contradições presentes no cotidiano dos serviços explicitam disputas políticas, institucionais e subjetivas que marcam a implementação da

Reforma Psiquiátrica e a efetivação de suas diretrizes no SUS (Onocko-Campos, 2022).

As práticas de trabalho em saúde demandam a articulação de diferentes tecnologias, utilizadas de forma adequada às necessidades de saúde dos sujeitos, compreendidas como ações e serviços necessários à melhoria das condições de vida. Segundo Merhy (2007), as tecnologias em saúde classificam-se em leves, leve-duras e duras, considerando todo o processo produtivo do cuidado. As tecnologias leves referem-se às relações, como acolhimento e vínculo; as leve-duras correspondem aos saberes estruturados, como teorias e protocolos; e as duras envolvem os recursos materiais e equipamentos. A incorporação das tecnologias leves destaca-se por favorecer a humanização do cuidado, a atenção integral e a organização dos processos de trabalho em saúde como empatia, vínculo e responsabilização compartilhada (Brasil, 2013).

Reuniões de equipe e redes ampliadas devem promover a integração dos serviços. A qualificação dos profissionais é fundamental para consolidar linhas de cuidado emancipatórias (Sampaio *et al.*, 2021).

Os serviços de saúde mental têm dificuldades na adoção de tecnologias e fundamentos teóricos eficazes, e a implantação da RAPS ainda enfrenta obstáculos em todo o território nacional (Silva, 2007). Segundo Lima e Guimarães (2019), persistem entraves à consolidação do modelo psicossocial, entre os principais desafios estão: distribuição desigual dos serviços, subfinanciamento e articulação precária entre setores. Também se destacam o estigma social, a dificuldade de reinserção e a fragmentação do cuidado.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se como um instrumento de cuidado desenvolvido por equipes interdisciplinares de saúde, voltado ao acompanhamento de casos específicos de indivíduos ou coletivos que demandam atenção ampliada. A escolha do caso a ser trabalhado ocorre a partir da avaliação da equipe, considerando situações de maior complexidade e necessidade de cuidado integral. O PTS objetiva responder de forma singular às necessidades do sujeito, por meio de ações personalizadas que extrapolam a dimensão clínica e farmacológica, incorporando aspectos psicossociais e contextuais do processo saúde-doença (Brasil, 2012). A falta de articulação entre os pontos da RAPS compromete a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Esse cenário favorece a centralização do cuidado no CAPS, no entanto, mesmo realizando ações extramuros, os CAPS ainda mantêm uma forma de operar fragmentada e eventualmente manicomial. Algumas práticas permanecem tutelares e cronificantes, centradas nos serviços especializados (Bermudez *et al.*, 2017).

A Portaria nº 3.088/11 consolidou os CAPS AD como protagonistas do cuidado territorial, contínuo e intersetorial aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2011). No CAPS AD, a redução de danos configura-se como ética do cuidado (Souza, 2013). Tal ética atravessa o acolhimento, a escuta, a busca ativa e a atenção contínua.

Apesar disso, a política nacional de saúde mental incluiu comunidades terapêuticas na RAPS. Esse paradoxo revela contradições entre o paradigma da redução de danos e práticas institucionalizadas (Quintas, 2020, p. 198-209).

### 1.2.1 Linha de cuidado em atenção psicossocial e política de redução de danos

A noção de cuidado não se limita a procedimentos técnicos, envolve acolhimento, respeito, escuta e reconhecimento do sofrimento como expressão de desigualdades sociais (Luz, 2004).

A integralidade, enquanto princípio legal e institucional do sistema de saúde, é compreendida como a articulação contínua e integrada de ações e serviços de saúde, de natureza preventiva e curativa, voltados tanto para o cuidado individual quanto coletivo, organizados segundo os diferentes níveis de complexidade do sistema. Quando concretizada como prática cotidiana nos serviços de saúde, a integralidade transcende modelos normativos idealizados, materializando-se em experiências singulares de cuidado que produzem transformações significativas na vida dos sujeitos, evidenciando práticas eficazes e contextualizadas de atenção à saúde (Pinheiro & Mattos, 2007).

Atualmente, há uma diversidade de termos que expressam a centralidade do cuidado em saúde no sujeito. Esses termos variam conforme o contexto de prestação dos serviços (Lines, 2015). Evidências apontam que o cuidado centrado no paciente gera efeitos clínicos positivos: estimula a cooperação e fortalece os direitos do usuário no sistema de saúde a partir deste modelo que busca romper com paradigmas do modelo biomédico e propõe superar a fragmentação do cuidado por meio de uma atenção integral e centrada no sujeito (Zhao, 2016).

A participação do indivíduo nas decisões terapêuticas melhora os resultados clínicos. Tal prática, no entanto, exige responsabilidade ética dos profissionais diante da assimetria de saberes (Batalden, 2016).

"O cuidado centrado no paciente adota uma abordagem holística, considerando o indivíduo em sua totalidade, incluindo preferências, bem-estar e contexto social." (Araujo *et al.*, 2024, p. 2). Esse modelo valoriza as necessidades reais do sujeito, pois o que é essencial para um, pode ser irrelevante para outro, variando conforme o momento e o contexto (*op. cit.*). Segundo Picker (2017), os princípios desse cuidado incluem dignidade, respeito, compaixão, apoio emocional, coordenação, autocuidado, continuidade e acesso à saúde.

O cuidado deve ir além do controle da doença. É preciso promover saúde como potência, com autonomia, vínculos e práticas intersetoriais (Merhy, 1997). A perspectiva biomédica reduz a saúde a um produto. No cuidado psicossocial, ela é compreendida como processo, experiência e transformação social (WHO, 1991).

A linha de cuidado envolve trabalho vivo, interativo e compartilhado, requer compromisso ético, conhecimento técnico e corresponsabilidade entre profissionais, gestores e usuários (Ceccim; Ferla; Pelegrini, 2003). A organização das linhas de cuidado deve articular fluxos resolutivos, pois o foco está no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento na rede de atenção (Merhy, 1997). Implantar linhas de cuidado no SUS é um desafio. Trata-se de inovação assistencial que exige ordenamento em rede e ações contínuas de promoção da autonomia (Cecílio, 1997).

Os projetos terapêuticos singulares (PTS) desenvolvidos com a rede, usuários e familiares devem se ajustar às demandas dos usuários. É necessário acolher mudanças e flexibilizar os caminhos da rede (Ceccim; Ferla; Pelegrini, 2003).

As linhas de cuidado para usuários de substâncias psicoativas seguem os princípios da saúde pública (Cruz, 2017). Essas ações visam reduzir riscos e danos, valorizam estratégias singulares e ampliam o acesso ao cuidado com tolerância, acolhimento e respeito à diversidade (Cruz, 2017).

No Brasil, as estratégias de redução de danos emergem com o enfrentamento do HIV. A troca de seringas foi uma das primeiras iniciativas (Quintas *et al.*, 2020, p. 198-209). Nos anos 2000, as políticas sobre drogas deslocaram o foco da justiça para a saúde. Isso fortaleceu o papel da saúde mental na atenção aos usuários (Quintas *et al.*, 2020). O Decreto nº 7.179/10 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao

Crack, criou, também, o Comitê Gestor e previu o financiamento via SUS (Brasil, 2010a).

A redução de danos ultrapassa técnicas e protocolos ao reconhecer a singularidade de cada sujeito, seus desejos, saberes e experiências (Ferreira, 2018). Esse modelo se opõe à lógica da abstinência como meta única, foca na relação do sujeito com a substância e seu território existencial (Quintas, 2020). Privar o usuário de experiências subjetivas empobrece o cuidado. A redução de danos busca escuta, vínculo e transformação da realidade vivida (Quintas, 2020).

Trata-se de um cuidado para além das drogas. Visa promover autocuidado, reinserção social e autonomia decisória dos usuários (Brasil, 2004; Ferreira, 2018). A International Harm Reduction Association (IHRA) define a redução de danos como um conjunto de práticas voltadas a usuários que não podem ou não querem parar de usar SPAS (IHRA, 2010, p.1).

### **1.3 CUIDADO EM SAÚDE E USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

O uso de drogas é uma preocupação mundial, com impactos que extrapolam a esfera individual. Entre 2000 e 2015, houve um aumento de 60% nas mortes diretamente relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2019). Esse dado representa apenas uma das muitas consequências do problema, que se configura como uma questão de saúde pública. Os impactos se estendem à segurança pública, educação, justiça, assistência social, famílias e espaços comunitários.

A política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), criada em 2003, transformou o modelo de cuidado existente. A Resolução nº 3/2005 do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) diferenciou o uso do tráfico de drogas, permitindo novas abordagens. Essa distinção possibilitou uma abordagem específica para o uso abusivo, sem contradições legais evidentes.

O abuso de drogas se caracteriza por causar danos físicos, psicológicos e sociais, aumentando vulnerabilidades e conflitos (Medeiros *et al.*, 2017). Nesse cenário, consolidou-se um novo paradigma no cuidado, com base na atenção psicossocial e na redução de danos.

Tais práticas, ligadas à saúde coletiva, passaram a compor o que se denomina paradigma psicossocial (Santos, 2013; Brites, 2015), que valoriza a autonomia do usuário e rompe com a lógica da abstinência obrigatória como única meta terapêutica.

Importa destacar que nem todo consumo de substâncias psicoativas causa prejuízos à saúde ou à vida do usuário. O uso recreativo ou ocasional, quando não compromete a funcionalidade do indivíduo, pode ocorrer com qualquer substância psicoativa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) afirma que o abuso de drogas não deve ser definido apenas por frequência ou quantidade. A dependência é identificada pela presença de ao menos três sinais ou sintomas ao longo de doze meses (CEBRID, 2024):

1. Desejo intenso ou compulsivo de consumir drogas;
2. Dificuldade de controle sobre o uso;
3. Uso para aliviar sintomas de abstinência, com consciência desse padrão;
4. Presença de sintomas de abstinência;
5. Tolerância, com necessidade de doses maiores;
6. Consumo em ambientes inadequados ou a qualquer momento;
7. Redução de interesses e prazeres em função do uso;
8. Persistência no uso, apesar de danos evidentes;
9. Retorno rápido ao padrão anterior após abstinência.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2024) propõe a seguinte classificação do uso:

- **Uso na vida:** pelo menos uma vez na vida.
- **Uso no ano:** ao menos uma vez nos últimos 12 meses.
- **Uso no mês:** ao menos uma vez nos últimos 30 dias.
- **Uso frequente:** seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.
- **Uso de risco:** padrão com risco elevado, mas sem doença instalada.
- **Uso prejudicial:** padrão com danos à saúde física ou mental.
- **Não-usuário:** nunca utilizou drogas.
- **Usuário leve:** uso no último mês, menos de uma vez por semana.
- **Usuário moderado:** uso semanal, mas não diário.
- **Usuário pesado:** uso diário no último mês.

Os tratamentos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas estão cada vez mais voltados à melhora dos padrões de consumo. Quando aplicados de maneira adequada e no momento apropriado, esses tratamentos impactam positivamente a qualidade de vida do usuário e de seus familiares, contribuem de

forma decisiva para o processo de recuperação dos indivíduos e para sua reinserção como membros ativos em suas comunidades. Entretanto, apenas um em cada onze usuários que necessitam de atendimento na América Latina acessa tratamentos especializados (Ribeiro, 2021).

As principais barreiras ao tratamento incluem: serviços inapropriados, poucas opções terapêuticas e medicamentosas, falta de profissionais qualificados, longas esperas e horários reduzidos. Adicionam-se a isso a distância geográfica dos serviços, a ausência de transporte e o estigma social relacionado ao uso de drogas (Silva, 2020).

As diretrizes de cuidado para dependentes apresentam lacunas entre o previsto e o executado pelos serviços. Há fragilidade na descentralização e na articulação entre os diferentes pontos de atenção da rede. Zanardo, G. *et al.* (2023) discorreram sobre como é desafiador superar o cuidado fragmentado e centrado na doença, especialmente diante da ausência de direitos. As diretrizes de trabalho muitas vezes não correspondem às demandas dos serviços ou às equipes mínimas previstas em portarias federais.

Diante disso, tornam-se necessários movimentos constantes da reforma sanitária voltada à efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa reforma deve considerar a subjetividade, o sofrimento psíquico e os direitos humanos como centrais ao cuidado (Brasil, 2011). É preciso promover uma abordagem interdisciplinar e sistêmica da saúde, articulada a políticas públicas de liberdade e equidade.

Neste contexto, a presente pesquisa se insere nesse esforço, ao investigar, de forma empírica, as possibilidades e limites da construção pactuada de estratégias de operacionalização de linhas de cuidado voltadas a usuários de substâncias psicoativas em uma região de saúde composta por municípios de pequeno porte. Trata-se de compreender os atravessamentos institucionais, políticos e subjetivos que configuram as práticas de cuidado e suas potencialidades de transformação.

## 2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa tem como fundamento o processo de articulação do cuidado em saúde mental. O foco recai sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais dispositivos sociais e comunitários. Busca-se construir estratégias de operacionalização de uma linha de cuidado para usuários com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Como problema de pesquisa, evidencia-se a fragilidade na articulação do fluxo de atendimentos da RAPS. Considera-se, portanto, de extrema importância a construção de estratégias para operacionalizar diretrizes em rede específicas para o uso prejudicial de substâncias psicoativas. Tal processo requer diálogo entre as equipes de saúde das diferentes localidades da região. A proposta busca atender às necessidades reais de saúde da população de forma coletiva, pactuada e integrada. A estrutura da RAPS nesses municípios apresenta características singulares e desafios específicos.

Quatro municípios contam com Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I), responsáveis por casos de transtornos mentais moderados e graves. Esses CAPS I também atuam em parceria com as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Os dois municípios restantes não possuem CAPS I, o que transfere à APS a responsabilidade integral pelo cuidado em saúde mental. Essa situação sobrecarrega os profissionais da atenção básica e compromete a qualidade do cuidado oferecido. Trata-se de uma realidade comum em municípios de pequeno porte, marcados por lacunas assistenciais e estruturais expressivas. Mesmo nos municípios que possuem equipamentos da RAPS, há carências na integração e na efetividade do cuidado em rede.

A fragilidade na formação profissional e a ausência de suporte técnico especializado agravam o cenário regional. Essas deficiências comprometem a aplicação efetiva das diretrizes das políticas públicas de saúde mental. Diante disso, os municípios da região exigem um olhar ampliado, diferenciado e sensível às suas especificidades territoriais. Ao propor metodologias que promovam o diálogo intermunicipal e a articulação em rede, esta pesquisa amplia sua relevância.

Este estudo visa contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais resolutivas, equitativas e coerentes com os princípios do SUS e destacar a integralidade, a universalidade e a equidade na atenção à saúde.

Dessa forma, o estudo justifica-se por sua relevância acadêmica, social e política. Contribui ao subsidiar estratégias efetivas de cuidado em saúde mental adaptadas às realidades dos territórios locais. Seu compromisso é com a promoção da saúde vinculada à justiça social, à dignidade e à garantia dos direitos humanos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Produzir, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estratégias de operacionalização de uma linha de cuidado para pessoas em uso de substâncias psicoativas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Mapear as unidades e atenção à saúde existentes, suas capacidades, fluxos e lacunas assistenciais;
- Identificar, com os trabalhadores da área da saúde, junto aos profissionais de saúde dos municípios envolvidos, as diretrizes e práticas já existentes, bem como reconhecer as necessidades percebidas para operacionalização de uma linha de cuidado singularizada, adequada às especificidades territoriais e aos recursos locais;
- Realizar oficinas de trabalho no processo de pactuação das estratégias de operacionalização da linha de cuidado, adequadas à realidade local.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Fundamento teórico-metodológico

Esta pesquisa adotou uma abordagem qualitativa-interpretativa, fortemente vinculada à realidade empírica. O estudo dialoga com a perspectiva da pesquisa dialógica, relacional e colaborativa, a qual tem como eixo central a valorização das relações interpessoais, do diálogo e do trabalho coletivo como elementos constitutivos do processo investigativo. Essa abordagem compreende o conhecimento como uma construção compartilhada, produzida a partir da interação entre os sujeitos envolvidos, reconhecendo a intersubjetividade, a escuta qualificada e a corresponsabilização como dimensões fundamentais da produção científica (Infante, 2003).

A pesquisadora encontra-se na intersecção entre o universo acadêmico e a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), objeto de investigação, pois também atua como trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O estudo foi desenvolvido no âmbito de um programa de pós-graduação *stricto sensu*, na modalidade mestrado profissional em saúde, voltado ao SUS. Essa condição legitima o processo de construção da pesquisa, que surgiu a partir das problematizações da realidade local, vivenciada no cotidiano de trabalho.

A problemática delineou-se como multidimensional, exigindo, portanto, uma resposta coletiva e interventiva. Tal abordagem visa comprometer-se com a transformação das práticas assistenciais, de gestão e de formação profissional.

Esse problema possui alta relevância na região de saúde da Alta Mogiana do DRS VIII – Franca, no estado de São Paulo. As demandas impostas à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e à RAPS local são significativas e crescentes.

A região da Alta Mogiana é composta por seis municípios de pequeno porte. A população total da região é de 111.606 habitantes, distribuída da seguinte forma: Aramina (5.420), Buritizal (4.356), Miguelópolis (19.441), Guará (18.606), Igarapava (26.212) e Ituverava (37.571). Neste cenário, observa-se o aumento do número de pacientes em crise psiquiátrica decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA).

O elemento empírico da pesquisa está situado na vivência de trabalhadores e usuários da RAPS, os quais experienciam e constroem ações e significados sobre o fenômeno do uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA) e suas formas de

cuidado. A aproximação à realidade vivida objetiva produzir evidências mais contextualizadas e densas. Essa escolha metodológica é coerente com os objetivos e enfoques deste estudo.

A dimensão qualitativa do estudo fundamenta-se na perspectiva hermenêutica, segundo a qual a compreensão da realidade é mediada pela linguagem e pela experiência subjetiva dos sujeitos. Parte-se do pressuposto de que há uma relação intrínseca entre o humano e o mundo, e que o conhecimento é sempre produzido por meio de processos de simbolização, significação e linguagem (Nogueira-Martins, 2004). A abordagem orienta-se, portanto, pela valorização da experiência, dos sentidos individuais e sociais, das percepções, vivências e analogias sobre a realidade.

A abordagem qualitativa valoriza o protagonismo dos participantes ao reconhecer que suas experiências, percepções, sentimentos e significados constituem elementos centrais para a compreensão dos fenômenos investigados. Essa perspectiva prioriza a apreensão da intensidade vivencial dos acontecimentos e das relações humanas, considerando a dimensão subjetiva e contextual da realidade social (MINAYO, 2010).

Considerando que o desenho da pesquisa se aproxima da pesquisa dialógica de acordo com DeFehr, 2008, o pesquisador deve estar sempre atento, visando construir uma pesquisa “com” e não “sobre” os seus sujeitos de pesquisa, a ponto de haver uma diluição de papéis, em que os sujeitos participantes são convidados, sempre que possível, a tomar decisões e participar ativamente da pesquisa.

Desta forma, também se desenvolve, dentro dos padrões da pesquisa, interferência. Nessa perspectiva, o corpo da pesquisa é compreendido a partir das relações que é capaz de estabelecer, do que pode ser e fazer, bem como daquilo que afeta e é afetado no encontro com o campo. Cada interferência produz deslocamentos que reconfiguram o próprio processo investigativo, mantendo a pesquisa em um estado permanente de afetação, no qual pesquisar se constitui como um processo necessariamente inacabado (Passos, et al, 2015).

O caráter inacabado da pesquisa não deve ser entendido como desleixo acadêmico ou insuficiência metodológica, mas como expressão de uma provisoriedade constitutiva, que sustenta a abertura às multiplicidades e às interferências do campo. É precisamente nessa construção de aberturas que se torna possível acolher a heterogeneidade dos saberes e produzir conhecimentos capazes

de provocar deslocamentos nos modos tradicionais de fazer pesquisa no campo da saúde (Merhy, 2014).

Longe de significar fragilidade metodológica, esse movimento exige elevado rigor ético-político, uma vez que se orienta por uma ética da vida, comprometida com a produção de encontros potentes e com a ampliação das possibilidades de existência. Conforme aponta Andrade (2012), trata-se de apostar em uma ética que convoca os sujeitos à reinvenção contínua de seus modos de se relacionar consigo mesmos, com os outros e com as próprias verdades.

Considerando o recorte da pesquisa dialógica e a interferência, nosso desenho metodológico pauta-se em formato de oficinas, pois são estratégias pertinentes por criarem espaços de diálogo entre os profissionais de diferentes municípios. Essa estratégia favoreceu a reflexão crítica e a construção coletiva de diretrizes para uma linha de cuidado mais efetiva e contextualizada. Tal construção é especialmente importante em municípios de pequeno porte, cuja RAPS apresenta número reduzido de equipamentos e sobrecarga de serviços.

Após esta descrição teórico-metodológica, apresenta-se, a seguir, o contexto da pesquisa, os participantes envolvidos, o desenho do estudo e, por fim, os aspectos éticos.

## **4.2 Contexto empírico da pesquisa**

A Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13 localiza-se na macrorregião Nordeste do estado de São Paulo. É composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. A RRAS 13 abrange um total de 90 municípios, distribuídos em 12 Regiões de Saúde, atendendo a uma população estimada de 3.307.320 habitantes (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2012).

A região de saúde do DRS VIII – Franca, denominada Alta Mogiana, é formada por seis municípios de pequeno porte populacional. São eles: Aramina, com 5.420 habitantes; Buritizal, com 4.356 habitantes; Miguelópolis, com 19.441 habitantes; Guará, com 18.606 habitantes; Igarapava, com 26.212 habitantes; e Ituverava, com 37.571 habitantes. A população total da região é de 111.606 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024).

No sentido de caracterizar a composição desta região de saúde, descreve-se a seguir a organização político-administrativa que sustenta sua gestão regional. A Diretora Técnica do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca, vinculado à Coordenadoria de Regiões de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, regulamentou, por meio de dispositivos legais, a criação e organização do Colegiado de Gestão Regional (CGR) da Alta Mogiana.

Essa regulamentação baseou-se nas Portarias GM nº 399/2006 e nº 699/2006, na Deliberação CIB nº 153/2007 e na Resolução SS nº 125, de 13 de agosto de 2009. A partir desses dispositivos, o Colegiado de Gestão Regional da Alta Mogiana foi oficialmente instituído pela Portaria DRS VIII nº 011, de 16 de dezembro de 2009.

Na Reunião Ordinária realizada em 13 de novembro de 2009, o referido colegiado aprovou seu Regimento Interno, o qual passou a regulamentar as atividades e atribuições da instância de gestão regional. O artigo 1º da Portaria DRS VIII nº 011/2009 determinou a divulgação do Regimento Interno, que passou a compor a própria portaria, em consonância com os dispositivos legais anteriormente citados. Já o artigo 2º estabeleceu que sua vigência teria início a partir da data de publicação oficial.

O Regimento Interno do CGR da Alta Mogiana normatiza suas atividades conforme disposto na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Em seu Capítulo I, define-se o colegiado como instância responsável pela pactuação e pela cogestão solidária entre os entes municipais e estadual. No Capítulo II, estabelece-se que a área de abrangência do CGR compreende os municípios de Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis.

A base econômica dos municípios está centrada na agropecuária, com ênfase na produção de cana-de-açúcar. Esses municípios apresentam baixo produto interno bruto (PIB), pequena densidade demográfica e população reduzida, conforme evidenciado na Tabela 1 dos resultados.

A estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nesses municípios apresenta fragilidades significativas, especialmente no que se refere à presença de equipes de saúde mental. Dois municípios – Buritizal e Aramina – contam exclusivamente com a estrutura da Atenção Básica. Três municípios – Ituverava, Miguelópolis e Igarapava – possuem, além da Atenção Básica, unidades do Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I). O município de Guará dispõe de estrutura mais ampla, composta por Atenção Básica, CAPS I e uma Residência Terapêutica.

Essas características dificultam a consolidação do modelo de cuidado em saúde mental orientado pela Atenção Psicossocial. A situação se agrava diante da complexidade dos casos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA), impondo inúmeros desafios aos gestores e equipes locais. Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender as limitações existentes e apoiar a construção de estratégias específicas de enfrentamento, voltadas especialmente aos municípios de pequeno porte.

### **4.3 Articulação junto aos cenários da pesquisa**

Este tópico tem como objetivo descrever o processo de apresentação, negociação e viabilização da pesquisa junto aos atores estratégicos dos municípios envolvidos e à equipe da DRS VIII – Franca.

Após contato prévio com a diretora da DRS VIII, a pesquisadora solicitou a oportunidade de apresentar o projeto de pesquisa intitulado “*Construção coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas*” durante a reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), realizada em junho de 2024.

O projeto foi aprovado por todos os gestores municipais da região da Alta Mogiana e pelos representantes da equipe técnica da DRS VIII – Franca. Na mesma semana, a pesquisadora enviou, por *e-mail*, o projeto de pesquisa a todos os gestores dos seis municípios participantes. No mesmo envio, foi solicitado que cada município indicasse dois profissionais, com respectivos nomes e contatos, para representarem sua cidade nas oficinas. Após o recebimento da lista com os nomes dos profissionais indicados, a pesquisadora iniciou os contatos individualizados via *WhatsApp* e *e-mail*.

Durante esse primeiro contato, a pesquisadora se apresentou formalmente e apresentou os objetivos da pesquisa. Ademais, também encaminhou o convite oficial para participação no estudo, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com a devolução dos TCLEs devidamente assinados, a pesquisadora enviou aos participantes o formulário exploratório eletrônico, elaborado no *Google Forms*. Além disso, compartilhou o cronograma das oficinas previstas. Na semana anterior a cada oficina, foram enviados lembretes personalizados por meio de mensagens de *WhatsApp*. As mensagens continham a data, o horário e o tema do encontro. Essa

ação teve como objetivo reforçar o compromisso e promover o engajamento dos participantes nas atividades propostas.

#### **4.4 Participantes**

Os participantes desta pesquisa foram definidos com base no cenário da região de saúde composta por seis municípios de pequeno porte. Consideraram-se os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de cada município.

Inicialmente, foi definido como grupo de participantes dois trabalhadores da saúde por município, preferencialmente com vínculo como servidor público, e um gestor com vínculo no Sistema Único de Saúde (SUS), que atuasse como protagonista da RAPS, totalizando 18 pessoas. Complementarmente, foram convidados dois profissionais da Diretoria Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca, com vivência em saúde mental e/ou em construção de linha de cuidado. O número total de participantes previstos foi de 20 pessoas.

A definição dos participantes foi pactuada entre a pesquisadora e a assessora técnica de Saúde Pública II do DRS VIII - Franca. A proposta da pesquisa foi apresentada na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), onde, junto aos representantes dos municípios, definiu-se tanto os participantes indicados quanto as melhores estratégias de convite à participação. Essa definição respeitou os objetivos e o delineamento metodológico do estudo.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: I) ser trabalhador do SUS atuante nos equipamentos definidos para o cenário da pesquisa; II) ser gestor local ou regional desses mesmos equipamentos; III) possuir, no mínimo, um ano de experiência no SUS; e IV) no caso dos profissionais da DRS VIII, possuir vivência em saúde mental e/ou em construção de linha de cuidado. Adicionalmente, buscou-se, sempre que possível, priorizar profissionais com vínculo efetivo como servidor público.

Os critérios de exclusão foram: I) possuir menos de um ano de experiência no SUS, tanto na assistência quanto na gestão; II) estar em férias ou afastamento durante o período empírico da pesquisa (oficinas); III) não ter disponibilidade para participação nas oficinas, seja de forma presencial ou remota.

No caso de recusa por parte dos indicados, foi solicitado ao gestor municipal que indicasse outro(s) profissional(is), repetindo o procedimento até completar um ou dois representantes por município. Foi assegurado a todos os profissionais que

recusaram o convite que a recusa não implicaria em qualquer prejuízo ou constrangimento, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012).

A participação na pesquisa envolveu duas etapas: o preenchimento de um formulário exploratório individual — destinado apenas aos gestores dos municípios e da DRS VIII — e a participação nas seis oficinas previstas no desenho metodológico, para todos os participantes.

A representatividade por município foi distribuída da seguinte forma: Ituverava contou com duas participantes que se revezaram nas oficinas; Guará, com três participantes alternando a presença; Miguelópolis teve um participante presente em dois encontros; Aramina contou com dois participantes presentes em todos os encontros; Buritizal teve dois representantes em dois encontros; e a DRS VIII – Franca participou com um representante em dois encontros. Esses foram os participantes fixos. No entanto, durante as oficinas, alguns profissionais foram convidados pelas equipes locais, totalizando 17 participantes efetivamente presentes nas seis oficinas realizadas.

#### **4.5 Etapa de campo - processos e instrumentos da pesquisa**

Conforme já mencionado, esta pesquisa é de natureza empírica, o que exigiu, como apoio inicial, o mapeamento do contexto a ser investigado. Nesse sentido, como etapa preliminar, foi realizado um levantamento dos dispositivos de atendimento em álcool e outras drogas na RAPS da Alta Mogiana (DRS VIII – Franca), bem como um levantamento populacional a partir de dados do IBGE (2024).

A coleta de dados foi feita por meio dos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Censo Demográfico. No CNES, foram obtidas informações sobre os equipamentos de saúde de cada município, organizados por nível de atenção: primária (Atenção Básica, postos de saúde, ambulatórios e centros de especialidades), secundária (CAPS e residências terapêuticas) e terciária (pronto-socorro e SAMU). Além disso, foram levantadas as equipes cadastradas em cada equipamento e a quantidade de profissionais atuantes por área. Os dados populacionais atualizados de cada município foram obtidos no site do IBGE. Essas informações foram organizadas nas Tabelas 1 e 2, facilitando a análise da RAPS da região composta por municípios de pequeno porte.

Com isso, iniciou-se a etapa de rastreamento, que sistematizou a composição das RAPS de cada município da região de saúde da Alta Mogiana (DRS VIII), por meio de formulário exploratório eletrônico (*Google Forms*) aplicado aos gestores municipais e à gestora do DRS VIII.

O formulário foi enviado para seis gestores municipais e uma gestora do DRS VIII, conforme pactuação realizada previamente na Comissão Intergestores Regional (CIR). Os formulários (Apêndices A e B) continham 15 questões, entre perguntas abertas e de múltipla escolha. Os dados foram organizados em planilhas do *Google Forms*, analisados de forma descritiva e estruturados por categorias, compondo um painel sintético da assistência em SPA na região.

Através dele, caracterizou-se a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de cada município. Dentre as informações coletadas, destacam-se: a quantidade de usuários de SPA atendidos mensalmente nos níveis de atenção primária, secundária e terciária; a média anual de internações compulsórias realizadas ou solicitadas; e a existência ou não de um fluxo estruturado da RAPS, incluindo como esse fluxo era operacionalizado.

O instrumento teve caráter exploratório e buscou caracterizar a RAPS de cada município, com perguntas sobre: número de usuários de substâncias psicoativas atendidos mensalmente por nível de atenção; média de internações compulsórias em um ano; existência e funcionamento do fluxo da RAPS; e sugestões de melhoria para a linha de cuidado em SPA.

Os formulários (entrevistas) com profissionais e gestores, tanto dos municípios quanto da DRS, foram respondidos por meio de formulário eletrônico (*Google Forms*), com geração automática das respostas. Esses dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Minayo (2010), permitindo a produção de categorias analíticas que atendessem aos objetivos da pesquisa.

Os registros referentes aos dados do Censo, CNES e dos formulários foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel* e analisados de forma descritiva. Os dados provenientes do Censo e do CNES permitiram traçar um perfil dos equipamentos, dos serviços e do quantitativo da assistência em saúde mental na região. Inclusive, esses dados parciais serviram como elementos disparadores para a etapa empírica, especialmente nos encontros grupais realizados com os participantes da pesquisa.

A terceira etapa da pesquisa ofertou espaços e ferramentas para pactuação coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes para a linha de cuidado em SPA, com base na identificação das necessidades regionais, por meio de oficinas dialógicas e reflexivas com profissionais do SUS.

As oficinas foram registradas como atividade de extensão da PROEX/UFSCar, O título do projeto foi: *Capacitação de profissionais de saúde e gestores locais para construção de linha de cuidado em álcool e outras drogas*. Programa: 23112.002929/2016-87 – Ações de Integração em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho. Processo: 23112.023606/2024-37. O projeto proporcionou articulação entre a graduação (estagiário) e pós-graduação da UFSCar, o serviço de CAPS e Atenção Básica dos seis municípios que compõem a região de saúde da Alta Mogiana do DRS VIII – Franca, DRS VIII- Franca e com graduação de IES particular através da estagiária do CAPS I.

Essa fase configurou-se como uma pesquisa participativa, desenvolvida em seis oficinas com os participantes já descritos. As oficinas foram realizadas presencialmente no DRS VIII – Franca e no CAPS I de Guará e, remotamente, por videoconferência. Cada oficina teve duração de até duas horas.

Para as oficinas presenciais, os voluntários precisaram se deslocar, sendo previstos ressarcimentos em caso de necessidade. Já as oficinas remotas não exigiram deslocamento.

A opção por oficinas fundamenta-se no objetivo de construir, coletivamente, uma linha de cuidado em SPA que seja condizente com a realidade local. Estratégias coletivas, interativas e reflexivas são potentes para promover trocas e aprendizagens significativas entre os participantes (Spink; Menegon; Medrado, 2014).

Os temas de cada oficina foram previamente planejados e trataram do cuidado a usuários de SPA. Os encontros se pautaram na investigação participativa e na pedagogia freireana (Freire, 1983, 1998), promovendo um processo de construção de conhecimento e ação educativa.

O espaço das oficinas serviu como fonte de discussão crítica e de construção de estratégias de operacionalização de diretrizes, atribuindo valor epistemológico ao diálogo (Souza *et al.*, 2020). A atividade laboral dos participantes foi tomada como material central das diretrizes propostas, com base nos princípios da ação educativa: diálogo, problematização e reflexividade crítica (Freire, 1983, 1998).

O intervalo entre as oficinas foi de 15 dias. Conforme cronograma apresentado no Quadro 1, observa-se o planejamento detalhado das oficinas:

Quadro 1- Cronograma, formato, intencionalidade e produto esperado das oficinas

<b>Data + Número da oficina</b>	<b>Formato</b>	<b>Intencionalidade</b>	<b>Produto esperado</b>
1ª Oficina	Presencial DRS VIII	Identificação de concepções e práticas sobre SPA.	Síntese das concepções e práticas assistenciais realizadas.
2ª Oficina	Remoto	Apresentar um modelo de atenção psicossocial para redução de danos para conduta no cuidado de SPA.	Análise da síntese do encontro anterior com a leitura do material apresentado sobre cuidados em SPA.
3ª Oficina	Presencial CAPS I GUARÁ	Simular a construção da linha de cuidado através da mesa de negociação.	Construção de um painel com explicação da linha de cuidado e apresentação para todos.
4ª Oficina	Remoto	Pontes e impedimentos sobre a linha de cuidado para SPA, construída pelo grupo, através da ferramenta <i>Matriz Swot</i> .	Identificação e análise dos quadrantes da <i>Matriz Swot</i> sobre a RAPS e cuidado realizado para os usuários com uso abusivo de SPA.
5ª Oficina	Presencial CAPS I GUARÁ	Sistematização das diretrizes e fluxos para a linha de cuidado em SPA através de 3 grupos de trabalho.	Construção de um pacto de articularem-se como grupo de trabalho para linha de cuidado em SPA, para além da etapa empírica da pesquisa.
6ª Oficina 01/10/24	Remoto	Concluir a proposta da linha de cuidado. Dividir em subgrupos para as partes mais críticas da proposta, visando concluir o desenho da proposta.	Documento propositivo com as diretrizes e fluxos orientadores para a linha de cuidado em SPA.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.6 Registro e análise dos dados

A pesquisadora conduziu e registrou os encontros por meio de diário de campo, contando com o apoio de dois auxiliares de pesquisa no formato presencial e quatro no formato online. Esses auxiliares colaboraram no registro e no apoio à condução das atividades.

Foram realizados momentos prévios de treinamento e encontros piloto com o objetivo de garantir a qualidade das observações e da facilitação dos encontros. Os

registros dos grupos foram efetuados manualmente, por meio de fotografias dos produtos coletivos (e não das pessoas), além de gravações em áudio, possibilitando maior detalhamento do processo e dos resultados dessa etapa da pesquisa. A seguir, o detalhamento de cada oficina com descrição de planejamento e diário de campo encontra-se descrito nos resultados.

Cada instrumento adotado nas oficinas teve uma forma específica de registro e análise.

As informações obtidas a partir dos gestores permitiram compor um painel representativo das experiências locais, das formas de gestão da assistência em SPA e das percepções dos gestores sobre a organização da RAPS na região. Esse painel foi analisado sob uma abordagem descritiva-interpretativa.

Os registros das oficinas foram gravados em áudio e também transcritos manualmente, por meio de diário de campo. A pesquisadora convidou quatro profissionais para co-facilitação e apoio ao registro dos encontros.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Após análise do projeto, o estudo foi aprovado conforme o parecer consubstanciado número 6.887.938, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil (Brasil, 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, foram apresentados os dados produzidos ao longo da pesquisa e suas respectivas análises. A organização dos resultados seguiu a mesma ordem dos instrumentos metodológicos utilizados, conforme descrito na seção de procedimentos metodológicos.

Inicialmente, procedeu-se à descrição do cenário empírico da investigação, compreendendo a região de saúde da Alta Mogiana. Este recorte territorial foi fundamental para contextualizar as práticas em saúde mental, especialmente em relação à atenção a pessoas em uso de álcool e outras drogas.

Em seguida, foram apresentados os dados provenientes do questionário eletrônico (*Forms*). As respostas obtidas permitiram compreender a percepção dos gestores sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local, seus desafios e potencialidades.

Por fim, realizou-se a descrição e a análise preliminar dos processos vivenciados nas seis oficinas de intervenção. Essas oficinas foram concebidas como espaços coletivos de construção participativa das estratégias de operacionalização para a linha de cuidado em saúde mental, com ênfase no cuidado relacionado ao uso de substâncias psicoativas.

As análises consideraram, especialmente, as singularidades dos municípios de pequeno porte que compõem a região estudada, reconhecendo suas especificidades geográficas, institucionais e socioculturais. Essas características são determinantes para a construção de diretrizes mais adequadas à realidade local e coerentes com os princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da política pública de saúde mental (Brasil, 2011; Yasui, 2010).

### 5.1 Primeira etapa – dados descritivos dos municípios

A primeira etapa da pesquisa consistiu no mapeamento do contexto da Região de Saúde da Alta Mogiana, vinculada ao Departamento Regional de Saúde VIII – Franca.

Este levantamento inicial teve como objetivo identificar os dispositivos de atendimento relacionados ao cuidado em álcool e outras drogas nos seis municípios que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região.

Tais dados permitiram o rastreamento, o levantamento, a sistematização e a compilação das principais características dos serviços existentes, fornecendo uma visão panorâmica da organização da rede local.

Os resultados dessa etapa foram organizados em duas tabelas (Tabela 1 e Tabela 2), com o intuito de facilitar a visualização e a análise da composição da RAPS nos municípios de pequeno porte pertencentes à referida região de saúde.

O mapeamento inicial foi fundamental para a compreensão das especificidades territoriais e institucionais que influenciam a implementação de políticas públicas de saúde mental no interior paulista (Brasil, 2011; Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Tabela 1 – Descrição geográfica e estatística dos municípios da região de saúde Alta Mogiana – DRS VIII

<b>Cidade</b>	<b>Quantidade de habitantes</b>	<b>Densidade demográfica, habitantes por quilômetro quadrado</b>	<b>PIB per capita</b>
Aramina	5.420	26,72	R\$ 26.415,31
Buritizal	4.356	16,35	R\$ 53.769
Guará	18.606	51,37	R\$ 28.896,21
Igarapava	26.212	55,97	R\$ 42.208,35
Ituverava	37.571	53,32	R\$ 45.131,05
Miguelópolis	19.441	23,68	R\$ 45.201,82

Fonte: IBGE, 2024.

Tabela 2 – Descrição sobre a RAPS loco-regional

Equipamentos – Região de Saúde Alta Mogiana - RAPS - DRS VIII - FRANCA - SP									
Cidades	Habitantes censo 2022	Equipamentos Atenção Primária			Equipamentos atenção Secundária		Equipamentos Atenção Terciária		TOTAL DE EQUIPAMENTOS NA RAPS POR CIDADE
		Atenção Básica	PAS (Posto Atendimento em saúde)	Ambulatório Centro de Especialidades (Centro de Saúde/ Centro de atendimentos/ NGA23)	CAPS I	RT (Residência Terapêutica)	Pronto Socorro	SAMU	
Aramina	5.420	4	0	0	0	0	0	0	4
Buritzal	4.356	1	0	1	0	0	0	0	2
Miguelópolis	19.441	6	1	1	1	0	1	1	11
Guará	18.606	5	1	2	1	1	1	1	12
Igarapava	26.212	7	0	2	1	0	1	1	12
Ituverava	37.571	11	0	2	1	0	1	1	16
TOTAL região de saúde	111.606	34	2	8	4	1	4	4	57
TOTAL POR CLASSIFICAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE		Total de equipamentos de Atenção Primária na região = 4			Total Equipamentos Atenção Secundária = 5		Total equipamentos Atenção Terciária = 9		

Fonte: IBGE, 2024; Ministério da Saúde, 2020.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram coletados os dados referentes à composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em cada um dos municípios participantes da pesquisa. Os dados abrangeram a quantidade de equipamentos vinculados aos diferentes pontos de atenção. Na atenção primária, foram considerados os serviços como Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e Centros de Especialidades. Na atenção especializada foram mapeados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas eventualmente disponíveis nos municípios. Já no âmbito da atenção hospitalar e de urgência/emergência, foram identificados os serviços de pronto-socorro e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quando existentes.

Também foram coletadas informações sobre as equipes cadastradas em cada equipamento e a quantidade de profissionais atuantes por área, permitindo uma análise mais precisa da cobertura e da estrutura da rede.

Adicionalmente, os dados demográficos atualizados de cada município foram obtidos a partir do Censo 2024 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE). Esses dados populacionais possibilitaram cruzamentos e análises comparativas entre a oferta de serviços e a demanda potencial da população local.

A coleta e a organização dessas informações foram essenciais para a compreensão da estrutura da RAPS nos municípios de pequeno porte da Alta Mogiana, destacando lacunas, potencialidades e disparidades na distribuição dos recursos em saúde mental (Brasil, 2011; Lopes *et al.*, 2013)

## 5.2 Segunda etapa – respostas ao formulário exploratório eletrônico

A segunda etapa da pesquisa correspondeu ao rastreo de informações junto aos seis gestores municipais e à gestora do Departamento Regional de Saúde VIII – Franca. Essa etapa foi realizada por meio da aplicação de um formulário exploratório eletrônico construído na plataforma *Google Forms*. Os dados obtidos foram sistematizados por categorias de perguntas e analisados de forma descritiva.

As respostas obtidas permitiram compreender tanto a organização atual dos serviços quanto os desafios enfrentados pelos gestores para consolidar práticas intersetoriais e integradas no cuidado às pessoas em uso de álcool e outras drogas. Os formulários utilizados encontram-se disponíveis nos Apêndices A e B desta dissertação. A utilização de formulários exploratórios em pesquisas qualitativas tem se mostrado uma estratégia eficiente para captar percepções institucionais e mapear processos em contextos complexos como a saúde mental (Minayo, 2010; Turato, 2003).

Quadro 2 – Quantidade, setor e município das pessoas que responderam formulário

Quantidade	Setor de trabalho no SUS	Município
1	DRS VIII – Franca	Franca
1	Santa Casa de Guará	Guará
1	Unidade de Saúde da Família	Ituverava
1	CAPS I	Guará
1	CAPS I	Ituverava
1	Atenção Básica de Saúde	Aramina
1	CAPS I	Igarapava

Fonte: Elaborado pela autora.

A resposta da DRS VIII – Franca/SP revela contato indireto com demandas de uso prejudicial de álcool e outras drogas em seu cotidiano de trabalho, *evidenciando* lacunas de informação sobre dados quantitativos de atendimentos realizados mensalmente para usuários de SPA na Atenção Básica, na Atenção Especializada (CAPS e ambulatórios) e em internações em leitos de hospitais gerais ou psiquiátricos na RAPS da Alta Mogiana. Além disso, não há informações disponíveis sobre encaminhamentos para comunidades terapêuticas no último mês ou trimestre, assim como solicitações de internações relativas ao uso prejudicial de SPA, voluntária ou compulsoriamente. Também não foi possível identificar conhecimento sobre o fluxo de atendimentos para essa demanda.

Considerando as respostas dos profissionais de saúde dos municípios, dois indicaram que possuem contato indireto com demandas de uso prejudicial de SPA, enquanto quatro afirmaram ter contato direto com os usuários dessa demanda.

Cinco respondentes relataram não possuírem dados quantitativos mensais de atendimentos nas unidades ou na RAPS do município referentes a usuários de SPA. Um deles possui apenas os dados do CAPS. Quando questionados sobre a quantidade de atendimentos na Atenção Primária, apenas um respondeu que, em Ituverava, houve 10 atendimentos nesse nível de atenção. Os demais profissionais não tinham essa informação.

No que se refere aos atendimentos na Atenção Especializada (ambulatório e CAPS) para essa demanda, três respondentes não souberam informar. Um relatou 76 atendimentos na Atenção Básica de Ituverava, outro mencionou 37 atendimentos no CAPS I de Guará, e um terceiro afirmou ter realizado 230 atendimentos em Ituverava.

Quanto ao quantitativo de internações em hospitais gerais ou leitos psiquiátricos para usuários com uso abusivo de SPA no último mês ou trimestre de 2024, os dados disponíveis indicam que a Santa Casa de Guará realizou seis internações, enquanto a Atenção Básica de Ituverava e o CAPS de Guará tiveram nove internações cada. O CAPS de Ituverava registrou 12 internações, e o CAPS de Aramina, duas. Um respondente não soube responder a essa questão.

Sobre os encaminhamentos para comunidades terapêuticas, os dados indicam cinco encaminhamentos na Santa Casa de Guará, quatro na UBS de Ituverava, um no CAPS I de Guará, seis no CAPS I de Aramina e nove no CAPS I de Ituverava. Um respondente não soube informar essa quantidade. Quanto às solicitações de internações compulsórias e voluntárias, os resultados (as médias) foram: Santa Casa

de Guará, 80 solicitaes; UBS de Ituverava, nove; e CAPS I de Guará e de Ituverava, quatro solicitaes cada.

Quando questionados sobre a existência ou a história de fluxo para ateno em álcool e outras drogas na RAPS da cidade, dois respondentes afirmaram que não há fluxo, dois não souberam responder, e dois disseram que sim, há fluxo. Ressalta-se que um desses respondentes que afirmou a existência do fluxo  da mesma cidade de um que disse não saber, e o outro que afirmou que há fluxo  da mesma cidade de um que relatou não ter essa informao.

Um profissional de Ituverava relatou que o fluxo consiste na referência de pacientes das UBS para o CAPS, após avaliao médica. Outro acrescentou que os pacientes que se declaram usuários e desejam tratamento são encaminhados das UBS para o CAPS; caso contrário, a UBS mantm o acompanhamento na Ateno Básica.

Na cidade de Guará, os pacientes identificados são encaminhados ao CAPS via Ateno Básica, Santa Casa ou demanda espontânea. Atendimento no CAPS: Avaliao multidisciplinar e elaborao de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) personalizado. Acompanhamento e Continuidade: Consultas regulares, participao em grupos terapêuticos e manuteno do vínculo com a Ateno Básica. Reinsero Social: Suporte para reinsero social, incluindo parcerias com assistência social e, se necessário, acolhimento em Residência Terapêutica.

A 16. pergunta do formulário indagou sobre as formas de cuidado em SPA e os maiores desafios encontrados nas experiências dos respondentes. O quadro 3 aponta a síntese a partir das respostas.

Quadro 3- síntese a partir das respostas da pergunta 16.

<b>Equipamento/ município</b>	<b>Aoes de cuidado</b>	<b>Desafios</b>
Santa Casa - Guará	Cuidados pontuais e sem continuidade.	Capacitao da Equipe de Saúde para cuidado em SPA; Fragilidade em abordar o cuidado familiar no contexto de abuso de SPA.

CAPS I – Guará	<p>Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tendo o CAPS papel central;          Processo singularizado considerando as características locais: Identificação e Encaminhamento;          Triagem inicial: avaliação de risco e a necessidade de cuidados especializados;          Acesso ao CAPS: através da Atenção Básica, Santa Casa ou por demanda espontânea.</p>	<p>Educação Permanente: atualização sobre novas abordagens terapêuticas, técnicas de redução de danos, manejo de comorbidades psiquiátricas e estratégias de motivação para adesão ao tratamento;          Treinamentos Específicos: treinamentos práticos sobre manejo de crises, intervenções em casos de urgência, e técnicas de comunicação com pacientes e familiares;          Supervisão Clínica (discutir casos complexos, compartilhar experiências e receber orientação de especialistas);          Apoio psicológico ao profissional de saúde (natureza emocionalmente desgastante do trabalho, prevenir Burnout e promover o bem-estar);          Infraestrutura e Ferramentas (ambiente de trabalho adequado, infraestrutura apropriada, equipamentos e materiais)          Acesso a medicamentos e tratamentos (opções de tratamento, programas de desintoxicação);          Integração e trabalho em rede;          Comunicação eficaz (ferramentas e protocolos claros para comunicação entre os diferentes níveis de atenção e serviços);          Reconhecimento e valorização profissional;          Ambiente de trabalho que valoriza a colaboração, respeito e suporte mútuo;          Envolvimento na formulação de políticas;          Ferramentas de avaliação e monitoramento.</p>
APS - Ituverava	<p>Atenção multiprofissional no CAPS (avaliações e construção de Projeto Terapêutico Singular);          Acompanhamento psiquiátrico;          Psicoterapia individual e em grupo;          Oficinas terapêuticas e grupos de apoio;          Trabalho integrado com a rede de assistência social local para apoiar a reinserção social dos pacientes.</p>	<p>Reinserção social das pessoas em abuso de SPA e resgate dos vínculos familiares como complemento para continuidade no tratamento.</p>
Aramina	<p>Acolhimento do paciente, propondo informações sobre opções de recuperação.</p>	<p>Dificuldade de adesão do paciente e da família para com os tratamentos e as orientações.</p>
CAPS I – Ituverava		<p>Lidar com os efeitos das internações: estigma do usuário e a necessidade de colocá-lo afastado da sociedade;          Direcionamento, apoio, ferramentas de trabalho.</p>
Igarapava	<p>Oferta de atenção em saúde no CAPS, Narcóticos Anônimos e ABRACE;          Nas situações de crise: internação na ala psiquiátrica da Santa Casa</p>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Apresenta-se a síntese do quadro anterior, elaborada a partir das respostas à pergunta 16, que versou sobre as ações desenvolvidas e os desafios enfrentados pelos equipamentos de saúde dos municípios de Guará, Ituverava, Aramina e Igarapava no cuidado às pessoas em uso abusivo de SPA.

No município de Guará, a Santa Casa relatou a realização de cuidados pontuais, sem garantia de continuidade assistencial. Em contrapartida, o CAPS I de Guará reconheceu a existência de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estruturada, atribuindo ao CAPS papel central no cuidado, com foco em processos singularizados e alinhados às especificidades do território. O acesso aos serviços ocorre por meio de encaminhamentos da Atenção Básica, da Santa Casa ou por demanda espontânea. Após a identificação do usuário, o atendimento é organizado a partir de uma triagem inicial, que contempla avaliação de risco e definição da necessidade de cuidados especializados.

Em Ituverava, a Atenção Básica descreveu que o CAPS realiza atendimento multiprofissional, incluindo avaliações clínicas, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), acompanhamento psiquiátrico, psicoterapia individual e em grupo, oficinas terapêuticas e grupos de apoio. Destaca-se a articulação com a rede local de assistência social, com vistas à reinserção social dos usuários. Entretanto, o CAPS de Ituverava não respondeu ao item referente às ações desenvolvidas.

No município de Aramina, as ações descritas concentram-se no acolhimento do usuário, com oferta de informações e orientações relacionadas às possibilidades de recuperação. Em Igarapava, o cuidado é ofertado por meio do CAPS e da participação em grupos como Narcóticos Anônimos e ABRACE, sendo que, em situações de crise, recorre-se à internação na ala psiquiátrica da Santa Casa.

Quanto aos desafios, a Santa Casa de Guará apontou a necessidade de capacitação das equipes de saúde para o cuidado em SPA, bem como fragilidades na abordagem do cuidado familiar. O CAPS de Guará destacou desafios relacionados à Educação Permanente em Saúde, incluindo atualização sobre novas abordagens terapêuticas, técnicas de redução de danos, manejo de comorbidades psiquiátricas e estratégias de motivação para adesão ao tratamento. Foram, ainda, mencionadas: a necessidade de treinamentos específicos para manejo de crises e situações de urgência, a supervisão clínica para discussão de casos complexos, o apoio psicológico aos profissionais visando à prevenção do burnout, a melhoria da infraestrutura e das ferramentas de trabalho, a ampliação do acesso a medicamentos

e tratamentos, o fortalecimento da integração em rede, a comunicação eficaz entre os serviços, o reconhecimento e valorização profissional, a participação na formulação de políticas públicas e a utilização de ferramentas de avaliação e monitoramento.

A Atenção Primária à Saúde de Ituverava destacou, como desafio central, a reinserção social das pessoas em uso abusivo de SPA, bem como o resgate dos vínculos familiares como elemento complementar à continuidade do tratamento. O CAPS do município relatou dificuldades relacionadas aos efeitos das internações, especialmente o estigma associado ao usuário e à lógica de afastamento social, além da necessidade de maior direcionamento, apoio institucional e ferramentas de trabalho.

Em Aramina, os principais desafios referem-se à baixa adesão dos usuários e de seus familiares aos tratamentos e orientações propostas. O município de Igarapava não relatou desafios no instrumento aplicado.

Aspectos transversais dos desafios para o cuidado de pessoas em uso prejudicial de SPA nos 6 municípios:

- i) Recursos Limitados: municípios de pequeno porte enfrentam limitações de recursos humanos, infraestrutura e financiamento, impactando negativamente na oferta de cuidado especializado de forma contínua;
- ii) *Nos municípios de pequeno porte, a comunidade se conhece e isto favorece a reprodução de estigmas e exclusão social (o estigma associado ao uso de SPA constitui uma barreira significativa, dificultando o acesso ao tratamento e a adesão dos pacientes ao cuidado oferecido);*
- iii) Pouca integração da Rede de Atenção: a articulação entre os diferentes níveis de atenção (APS, Atenção especializada, atenção hospitalar) é um desafio, especialmente em termos de comunicação e encaminhamentos oportunos;
- iv) Desafio de vincular os pacientes ao tratamento ofertado.

Em relação ao que deveria ser transformado para a construção e implementação de Linha de Cuidado em SPA, as respostas podem ser observadas no Quadro 4 abaixo.

Quadro 4 - Síntese a partir das respostas da pergunta 17

Equipamento/município	Ações
CAPS I - Guará	<p>Fortalecimento da integração entre serviços: melhoria na comunicação e na forma de realizar os encaminhamentos, tanto entre os equipamentos do SUS quanto na articulação intersetorial;</p> <p>Padronização de protocolos de encaminhamento e a criação de canais de comunicação eficientes para garantir que os pacientes sejam acompanhados de forma contínua e coordenada;</p> <p>Aumento de recursos e infraestrutura: mais profissionais qualificados e em infraestrutura adequada para atender a demanda crescente por cuidados em saúde mental e uso de SPA, criação de espaços adequados para atividades terapêuticas e grupos de apoio.</p> <p>Educação e Treinamento para os profissionais da RAPS (manejo de comorbidades psiquiátricas, estratégias de motivação para adesão ao tratamento e técnicas de redução de danos);</p> <p>Integração com a Assistência Social (necessário estreitar as parcerias entre saúde, assistência social, educação e outras áreas para oferecer um suporte abrangente e que vá além do tratamento médico);</p> <p>Acesso facilitado e ampliado aos serviços;</p> <p>Envolvimento da comunidade e redução do estigma (campanhas de sensibilização e educação realizadas em parceria com escolas, igrejas e grupos comunitários);</p> <p>Oferecer suporte e orientação para as famílias com vistas a aumentar a adesão ao tratamento e proporcionar um ambiente mais favorável à recuperação;</p> <p>Desenvolvimento de protocolos e linhas de cuidado personalizadas;</p> <p>Sistema de avaliação e <i>feedback</i>.</p>
Aramina	Orientação para a família, protocolos e fluxos para auxiliar os profissionais nas tomadas de decisões.
CAPS I - Ituverava	Ampliação do cuidado em todos os pontos da rede, grupos na APS para pessoas em uso prejudicial de SPA, cuidado territorial e estratégias para inserção no mercado de trabalho.
Igarapava	<p>Maior comunicação entre as equipes, visando troca de informações sobre os usuários;</p> <p>Melhor comunicação com os usuários, informando possibilidades de tratamento, direitos e forma de acesso aos serviços disponíveis.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

O formulário exploratório eletrônico também indagou sobre as necessidades que profissionais de saúde do SUS teriam para poder trabalhar de forma adequada com a demanda de SPA, abaixo sistematizamos as respostas em eixos:

- I) Capacitação e Educação Permanente: preparo teórico-técnico-científico, preparo para desenvolver um cuidado humanizado e integral, suporte clínico institucional (supervisão clínica regular), atualização sobre novas abordagens e protocolos, conhecer e se apropriar do da abordagem de Redução de Danos, manejo de comorbidades psiquiátricas, treinamento para intervenção em

situação de crise, técnicas de comunicação adequada com pacientes e seus familiares, capacitação dos profissionais para atuarem como defensores dos direitos dos pacientes;

II) Apoio de outros equipamentos da RAS e intersetorial;

III) Saúde Mental do trabalhador da saúde;

IV) Recursos materiais: infraestrutura adequada para realização das ações de cuidado individual e grupal, medicamentos;

V) Valorização e reconhecimento profissional;

VI) Envolvimento do profissional de saúde com a dimensão de gestão das políticas públicas.

### **5.3 Terceira etapa - oficinas para construção das estratégias de operacionalização das diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas**

A realização das oficinas com os respectivos representantes da RAPS da região de saúde Alta Mogiana, incluindo gestão, atenção primária, CAPS, ambulatorios, urgência/emergência e leitos psiquiátricos, proporcionou um espaço de troca coletiva e reflexão. Essas atividades tiveram como objetivo a construção coletiva e efetiva de estratégias para a operacionalização de uma linha de cuidado para usuários de álcool e drogas.

#### **5.3.1 Primeira oficina**

Realizada no formato presencial, na segunda quinzena de junho de 2024.

##### **5.3.1.1 Intencionalidade**

A oficina teve como objetivo identificar concepções e práticas relacionadas ao cuidado em saúde direcionado a pessoas que fazem uso problemático ou abusivo de substâncias psicoativas (SPA).

##### **5.3.1.2 Dinâmica da oficina**

A atividade iniciou-se com a apresentação do projeto de pesquisa, seguida da apresentação dos participantes e da pesquisadora responsável. Posteriormente, promoveu-se um momento de problematização, no qual buscou-se compreender, em conjunto com os participantes, quais eram as concepções sobre o cuidado em saúde

para pessoas que fazem uso abusivo de SPA, bem como as práticas já realizadas nos respectivos serviços ou equipamentos de saúde.

Para conduzir esse processo, utilizou-se a técnica de visualização móvel, com o uso de tarjetas. Nelas, os participantes registraram suas compreensões sobre práticas de cuidado voltadas a pessoas em situação de uso abusivo de SPA.

Com essa técnica, construiu-se um painel coletivo inicial, representando as concepções e práticas identificadas pelo grupo. Cada participante teve até cinco minutos para escrever três tarjetas, sendo que cada uma continha uma palavra-chave representando sua compreensão sobre o cuidado necessário e a prática realizada.

Na sequência, cada participante apresentou suas tarjetas ao grupo e fixou-as em dois painéis distintos: um destinado às compreensões e outro às práticas. O encontro foi encerrado com uma discussão coletiva dos registros, seguida de análise e síntese reflexiva da atividade.

### **5.3.1.3 Desenvolvimento**

A primeira oficina foi realizada na sede do DRS VIII, em Franca. A equipe responsável foi composta por uma pesquisadora e psicóloga, que conduziu a oficina, um psicólogo e uma estagiária de psicologia, responsáveis por observações e considerações pontuais para o objetivo do encontro. Os três integrantes da equipe são profissionais do CAPS I de Guará/SP.

O encontro foi estruturado em três momentos: apresentação dos participantes, compartilhamento de ações realizadas nos municípios da região da Alta Mogiana por meio da dinâmica das tarjetas, acompanhado a um momento de lanche após a discussão crítica, e a formação do painel com tarjetas.

Cinco municípios confirmaram presença dois dias antes do encontro, por mensagens enviadas à mestrandia. Os profissionais de Igarapava, por falta de transporte, não puderam comparecer. No entanto, a equipe da Santa Casa de Igarapava, que participava de uma reunião anterior ao encontro no DRS VIII, foi representada por uma psiquiatra responsável pelos leitos psiquiátricos da instituição e sua equipe, convidadas pela assessora técnica do DRS VIII.

Após apresentações iniciais, a equipe aos participantes explicou os objetivos da pesquisa. Todos confeccionaram um crachá de papel com canetinhas coloridas, no qual escreveram nome, função e uma brincadeira de criança, o que promoveu um momento de descontração e facilitou a vinculação. As brincadeiras lembradas pelos

participantes e pela equipe impulsionaram (promoveram) engajamento e integração, criando um ambiente lúdico, alegre e humanizado. Todos remeteram às suas raízes, reforçando o tema “Lembranças das nossas raízes”.

Em seguida, o grupo foi provocado a refletir sobre a importância de falar das brincadeiras de infância e de conhecer um pouco da vida de cada um, ressaltando que esse entendimento também é fundamental nos atendimentos aos pacientes, a fim de compreender seus contextos.

#### 5.3.1.3.1 Segundo momento: Dinâmica - Tarjetas

Os representantes de cada município, juntamente com a representante do DRS VIII – Franca, construíram tarjetas sobre: *Como realizam o cuidado com álcool e outras drogas? E como entendem que deveria ser o cuidado para álcool e outras drogas?* Cada município elaborou a quantidade de tarjetas que considerou importante, não havendo limitação de quantidade.

Todos os representantes dos municípios interagiram de forma positiva, realizando questionamentos sobre as condutas adotadas. Cada município apresentou suas tarjetas e justificativas, compondo, assim, o painel coletivo.

Houve ampla participação entre os municípios, e foram discutidos pontos que necessitam de desenvolvimento para além da importância de respeitar as diretrizes de cada equipamento de saúde.

#### 5.3.1.3.2 Terceiro momento: Agrupamento das tarjetas

Observou-se intensa participação dos municípios, com discussões sobre pontos a serem desenvolvidos e a necessidade de respeitar as diretrizes de cada equipamento de saúde. A seguir, são apresentadas as tarjetas construídas por cada município.

1º Município a apresentar:

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
Internação psiquiátrica.	Articulação de rede.
Redução de danos.	Definir melhor fluxo.
Medicação.	Apoio da equipe multiprofissional.
Acolhimento.	Respeito com os pacientes.
Grupos de psicoterapia, oficinas.	Rede de apoio familiar.

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
	Escuta social qualificada.
	Qualificação dos profissionais da assistência social.

## 2º Município a apresentar:

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
Acolhimento.	Melhor atendimento das famílias.
Reuniões de rede.	Implantar Alcoólicos Anônimos.
Vínculo familiar.	Adesão melhor.
	Palestras nas escolas (como reativar o proerd).
	Atendimento humanizado.

## 3º Município a apresentar:

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
Reunião de rede.	Grupo álcool e drogas.
Reuniões de paciente de álcool e drogas.	Melhor adesão do paciente.
<i>“Fazer o paciente entender que frustração sempre vai ter”.</i>	Informações nas escolas.
Reunião com as famílias.	Atendimento humanizado.

## 4º Município a apresentar:

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizam:</b>
Acolhimento.	Direcionamentos para profissionais de saúde mental.
Escuta especial.	Escuta qualificada.
<i>Elaboração de relatórios para internação psiquiátrica.</i>	Articulação.
Estudo social.	Início de grupo.
	Redução de danos.

## 5º Município a apresentar:

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
Encaminhamento para o CAPS	TER RETORNO DE CONTRATRANSFERÊNCIA.
	Acolhimento da família.
	Projetos sociais.
	Grupos em parceria com o CAPS.

#### 6º Município a apresentar: SANTA CASA

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
Acolhimento.	Atendimento humanizado.
Direcionamento.	Tem que falar a verdade para o paciente.
Tratamento medicamentoso; T.O; Psiquiatria, psicologia e assistente social.	Melhor adesão do paciente, família e rede.
Grupos orientativos de inserção na sociedade.	
Orientações e focar no que deve ser tratado.	
Reunião semanal com a equipe.	
Revisão geral.	
Departamento de contrarreferência.	

#### 7ª Apresentação: DRS

<b>Cuidado que realizam:</b>	<b>Cuidado que desejam realizar:</b>
Apoio de implementação nas políticas do SUS.	Ampliação da discussão de redução de danos (trazer o usuário para ter conhecimento).
Voltado para leito de internação, nunca para o cuidado.	Pontos de atenção.
	Fortalecer e apoiar o monitoramento.
	Implantar linha de cuidado.

Todos os participantes dirigiram-se ao painel previamente construído pelos municípios para agrupar ideias e ações semelhantes. Apenas uma participante permaneceu sentada durante parte da atividade, participando de forma superficial.

Inicialmente, as tarjetas relacionadas ao acolhimento foram separadas pelos participantes. Em seguida, organizaram aqueles referentes ao direcionamento, trocando explicações entre si sobre o conteúdo e o significado de cada frase.

A mestrandia provocou o grupo com a afirmação: “Estamos organizando o que a nossa região tem realizado em termos de cuidado para álcool e outras drogas.”

Diante da provocação, os participantes responderam: “Internação, acolhimento e discussão de caso.” Indagaram, ainda: “O que fazer quando a gestão ou o Ministério Público solicita algo que não é atribuição do equipamento?”

Foi sugerido que deveriam existir orientações claras sobre as responsabilidades de cada serviço da rede. Destacaram, também, questões relacionadas à gestão, como: “*O que ela espera da equipe?*” Perceberam que nenhuma tarjeta abordava essa temática. Por isso, decidiram incluir: “*Capacitação dos profissionais é necessária.*” Registraram, ainda, a necessidade de organização por parte da gestão: “*A gestão precisa organizar fluxo, capacitação, protocolos e pactuação.*” A participante C. comentou: “*Tudo isso deveria ser pensado em conjunto, pois hoje temos fragmentação do cuidado, (...) uns planejam e outros executam, ou nem executam*”, reforçando que “*cada profissional gere seu próprio trabalho.*”

O grupo relatou que os processos de trabalho estavam banalizados nos serviços. Destacaram os seguintes cuidados realizados: acolhimento, internação, matriciamento em Guará e Ituverava e articulação em rede com a comunidade. Mencionaram, também, a importância da autonomia do paciente e do aproveitamento da sala de espera como espaço de cuidado. L. observou que “*os médicos esquecem que os pacientes podem ser psiquiátricos, não enxergam o todo.*”. A participante C. concordou e afirmou que: “*a equipe da Atenção Básica não estava preparada para receber esses casos, complementando que a família não sabia como lidar e faltava articulação para devolução de informações sobre o cuidado prestado*”. D. acrescentou que “*a Unidade Básica não estava capacitada para atender pessoas com problemas psiquiátricos ou uso de álcool e outras drogas.*”, seguida por L., que reforçou que “*estava tudo fragmentado.*” M., profissional do equipamento hospitalar, destacou que os pacientes eram encaminhados sob a justificativa de que tudo seria resolvido no hospital. Apontou que as equipes “*mentiam para o paciente*” quanto ao motivo da

internação, fazendo com que acreditassem que fariam apenas exames. Sublinhou, ainda, a dificuldade de adesão dos pacientes ao tratamento.

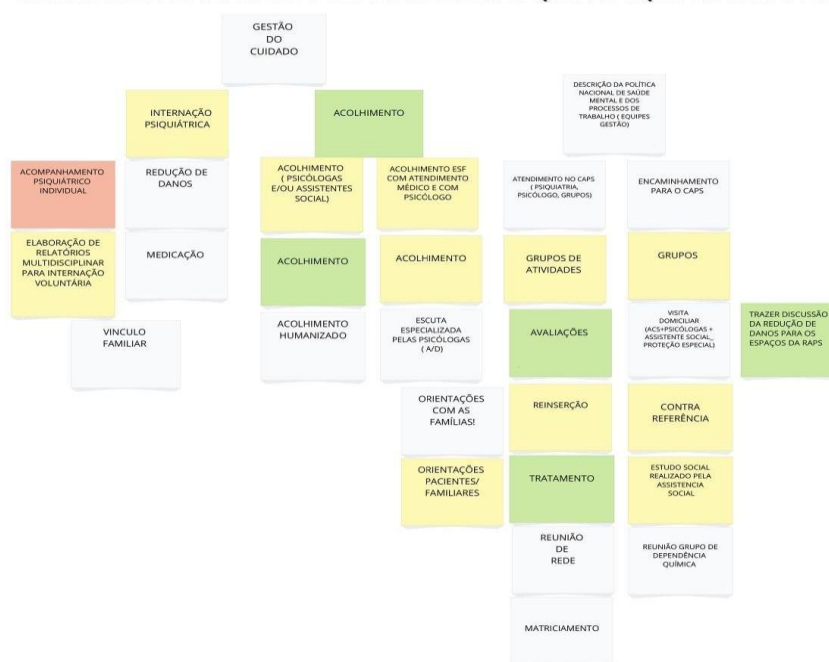
Após a intervenção, numa conversa entre C. e os profissionais de equipamento hospitalar, surgiram reflexões espontâneas: *“Saúde mental não funciona”*; *“Falta cultura e lazer”*; *“Falta investimento.”*

Observou-se que o grupo não conseguiu concentrar os esforços exclusivamente na área de álcool e outras drogas. As discussões ampliaram-se para os cuidados em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (APS) como um todo. Os registros de diário de campo da pesquisadora apontam que houve participação ativa e o engajamento do grupo nas discussões propostas. Na primeira oficina, os participantes demonstraram coesão e coerência quanto às ações já realizadas nos territórios. Além disso, também apontaram necessidades de novas implantações específicas em cada município.

Como produto da oficina, sistematizou-se uma síntese das concepções e práticas assistenciais realizadas nos serviços representados pelos participantes. A seguir, apresenta-se, em formato de painel, as ações realizadas e aquelas desejadas pelos seis municípios participantes.

Figura 2 - Cuidado para álcool e outras drogas que as equipes realizam

CUIDADOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS QUE AS EQUIPES REALIZAM



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 3 – Cuidado para álcool e outras drogas que as equipes gostariam de desenvolver.

## Cuidado para álcool e outras drogas que as equipes gostariam de desenvolver



Fonte: Elaborada pela autora.

A partir das tarjetas produzidas por cada município, realizou-se a nucleação por sentido. Utilizou-se, para isso, a técnica do painel móvel, que permitiu a síntese das ações desenvolvidas pelo conjunto dos municípios participantes.

Essa síntese foi organizada em três eixos principais: cuidado, gestão e educação. A categorização buscou discriminar as ações segundo suas naturezas, favorecendo a compreensão integrada das práticas locais.

O Quadro 5 apresenta, de forma sistematizada, os resultados obtidos por meio desse processo.

Quadro 5 – síntese por nucleação (educação, gestão e processos de trabalho)

<b>EDUCAÇÃO</b>	<b>GESTÃO</b>	<b>PROCESSO DE TRABALHO/ ASSISTÊNCIA</b>
Reunião de rede e matriciamento.	Gestão do Cuidado.	Acolhimento.
Reinserção na sociedade e tratamento.	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e SUS, processos de trabalho, equipe e gestão, discussão sobre redução de danos na RAPS.	Internação em leito psiquiátrico.
Capacitação.	Reunião de rede e matriciamento.	Escuta especializada.
	Reinserção na sociedade e tratamento.	Atendimento multidisciplinar para internação voluntária.
	Encaminhamentos e atendimentos eMulti na UBS e CAPS I.	Elaboração de relatórios.
	Fluxo, capacitação, protocolos e pactuação.	Acompanhamento psiquiátrico individual.
		Orientações para pacientes e familiares e melhoria dos vínculos.
		Encaminhamentos e atendimentos equipe multi na UBS e CAPS I.
		Grupos de atendimentos em SPA.
		Visita domiciliar.
		Reinserção na sociedade e tratamento.

		Reunião de rede e matriciamento.
		Fluxo, capacitação, protocolos e pactuação.
		Estudo social realizado pelo SUS.
		Discussão de caso.

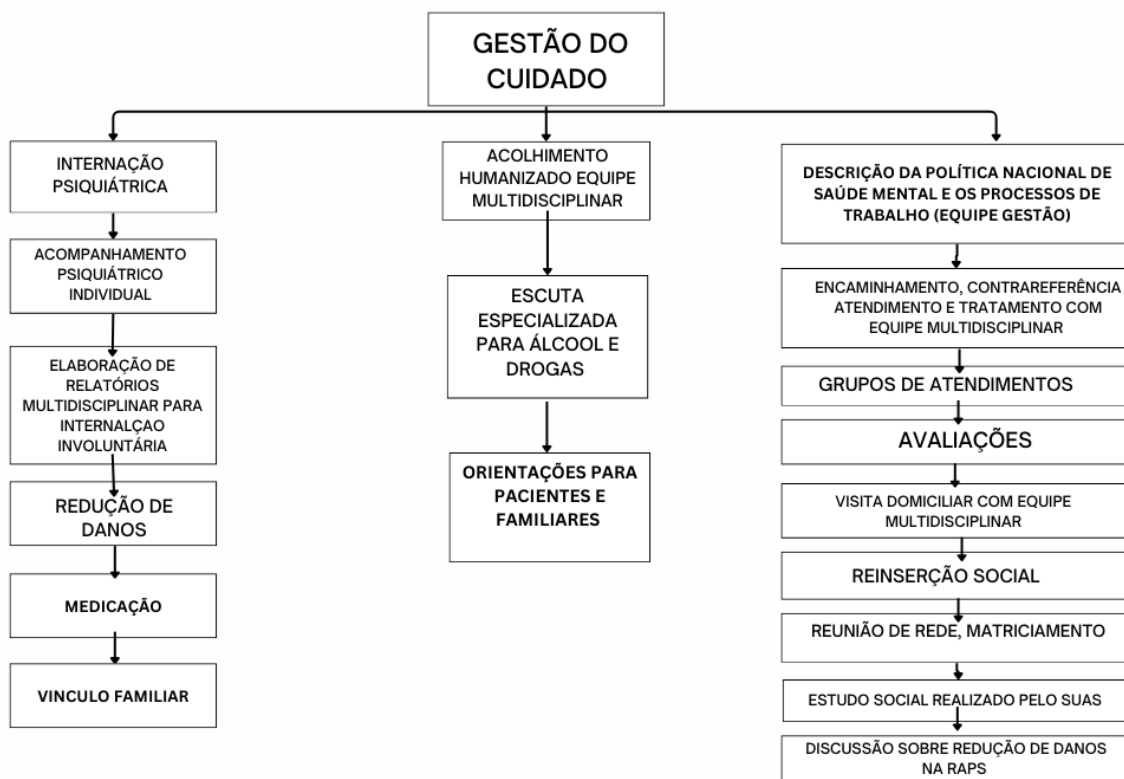
Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando o conjunto transversal de ações realizadas, elaborou-se o Quadro 6, o qual retoma o conteúdo apresentado na Figura 2. Como produto da análise desses dados, construiu-se a Figura 4.

Essa figura foi organizada de modo a articular as ações com maior proximidade conceitual e operacional entre si. O eixo central da figura (representado como "perna") refere-se às ações transversais em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O eixo à direita representa as ações interprofissionais e aquelas desenvolvidas entre os diferentes pontos da RAS. Tais ações visam à articulação dos serviços, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto nas interfaces intersetoriais. Por fim, o eixo à esquerda abrange as ações relacionadas à internação, acionando pontos específicos da RAS.

Figura 4 – Ações realizadas na região da Alta Mogiana DRS VIII – Franca/ SP

ações realizadas na região da alta mogiana drsviii - franca/sp para o cuidado dos usuários do sus em uso abusivo de álcool e outras drogas



Fonte: Elaborada pela autora.

As ações realizadas pelas equipes da região de saúde da Alta Mogiana indicaram alinhamento com a Política Nacional de Humanização (PNH) e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Ademais, observou-se a promoção de uma cultura de cuidado que respeita a *dignidade* dos usuários, com base em vínculos, escuta qualificada e singularidade.

Os principais dados levantados relacionaram-se à educação permanente, gestão e organização dos processos de trabalho. O grupo destacou a importância de capacitações voltadas ao matriciamento, aos fluxos e aos protocolos no âmbito do SUS. Foi referida a necessidade de formação sobre a Política Nacional de Saúde Mental e a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011.

As discussões também abordaram a redução de danos, a reinserção social e o cuidado integral às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Segundo a referida portaria, a RAPS deve promover ações de cuidado integral, com foco na autonomia dos sujeitos e nos determinantes sociais da saúde (Brasil,

2011). A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve desenvolver ações de promoção da saúde mental, prevenção, cuidado aos transtornos e redução de danos de forma articulada com a rede (Brasil, 2011).

Durante a primeira oficina, as interações e falas evidenciaram a importância das pactuações funcionais estabelecidas pela gestão. Destacou-se, também, a elaboração, pelas equipes municipais, de fluxos e protocolos intersetoriais e interdisciplinares. Apontou-se a necessidade de ampliar equipes multiprofissionais, criar projetos sociais e qualificar a escuta realizada pelos trabalhadores do SUAS. (SUS?) Foram citadas como fundamentais: a articulação de rede e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essas ações favorecem maior adesão dos usuários aos tratamentos ofertados pela RAPS. Em suma, o cuidado ofertado pela região da Alta Mogiana contempla aspectos da PNH, como a escuta ativa e o respeito às singularidades dos usuários (Brasil, 2006a).

No entanto, foram relatadas dificuldades relacionadas à falta de capacitação técnica e de estrutura adequada para o trabalho em alguns serviços. Apesar disso, o acolhimento e a escuta foram preservados, assegurando que as vozes dos usuários fossem consideradas nas decisões de cuidado. O acolhimento, segundo a PNH, deve legitimar as necessidades do usuário e construir vínculos de confiança entre equipes e população (Brasil, 2006a). A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, com vistas a enfrentar relações hierárquicas que produzem práticas desumanizadoras (Brasil, 2006a). Além disso, também propõe a transformação das relações de trabalho, fortalecendo a corresponsabilidade e o reconhecimento dos saberes dos usuários (Brasil, 2006a).

Nas ações desejadas pelo grupo, destacaram-se: qualificação da atenção, elaboração de PTS, fortalecimento da articulação de rede e implementação de práticas interdisciplinares. Na gestão, sugeriu-se a ampliação dos pontos de atenção, monitoramento dos municípios e construção coletiva dos fluxos de cuidado. A gestão participativa e a intersectorialidade foram apontadas como fundamentais para a efetivação da integralidade do cuidado.

No campo da redução de danos, foram reconhecidas ações que consideram o uso de SPA como questão social. Entretanto, a ausência de estrutura, financiamento, apoio político e legislações alinhadas dificultam a consolidação dessas práticas. Queiroz (2001) define a redução de danos como estratégia que vai além da abstinência, promovendo o cuidado às pessoas em uso abusivo de substâncias.

Sanchez (2017) apresenta três níveis de prevenção: primária (antes do uso), secundária (uso ocasional) e terciária (uso problemático) (Alvarenga; Soares, 2020).

A falta de ações estruturadas deixa de contemplar aspectos centrais, como promoção da saúde e bem-estar, prevenção de doenças e intervenções baseadas em evidências (Brasil, 2006a).

Os participantes enfatizaram a importância da redução das internações psiquiátricas e da ampliação dos cuidados em serviços comunitários. Contudo, relataram que muitos municípios, especialmente os menores, não possuem CAPS e enfrentam dificuldades na articulação da rede. Essas limitações comprometem a integralidade do cuidado e prejudicam a atenção à crise, à reinserção familiar e à continuidade do tratamento.

A intersectorialidade foi reconhecida como necessária, porém raramente efetivada, dificultando o diálogo com políticas de assistência, de educação e de direitos humanos.

Predomina um cuidado centrado na clínica da patologia, subordinando o sujeito aos sintomas, como descrito por Wagner (1997). Dimensões como cidadania, combate ao estigma e emancipação social permanecem *invisibilizadas* e fora das prioridades das equipes.

Ressaltou-se, também, a necessidade urgente de formação e qualificação profissional nas políticas psicossociais, de humanização e de redução de danos. Capacitações adequadas devem considerar as demandas do território e respeitar as singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. No discurso, buscam a construção de um sistema justo e eficiente, passando pelo respeito à dignidade e aos direitos humanos no cuidado em saúde mental.

### **5.3.2 Segunda oficina**

Realizada no formato remoto, na primeira quinzena de agosto de 2024.

#### **5.3.2.1 Intencionalidade**

A segunda oficina teve como objetivo apresentar o modelo de atenção psicossocial orientado para a redução de danos. Tal modelo foi compreendido como um horizonte ético, técnico e político para o cuidado de pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas (SPA).

Como recurso disparador para o diálogo, foi utilizada uma cartilha elaborada pela pesquisadora em parceria com a turma da disciplina optativa *As Drogas Psicoativas na Modernidade: Contextos e Especificidades*. Essa disciplina foi ministrada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Margarita Antonia Villar Luis, na Universidade de São Paulo – campus de Ribeirão Preto (USP-RP).

A cartilha apresentou fundamentos teóricos e práticos sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas, com abordagem interdisciplinar e crítica. O material buscou contextualizar o uso de drogas na contemporaneidade, considerando aspectos históricos, sociais, culturais e de saúde pública.

Também sintetizou elementos da Política Nacional sobre Redução de Danos (PNRD), da Política Nacional sobre Drogas (PND) e das diretrizes da linha de cuidado em saúde mental.

Esses conteúdos foram articulados com os princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo subsídios teóricos para o diálogo e a construção coletiva de estratégias de cuidado.

### **5.3.2.2 Dinâmica da oficina**

A atividade ocorreu por meio de plataforma virtual e foi organizada em formato dialogado, com a participação de dois grupos.

A oficina teve início com uma breve apresentação da cartilha, conduzida pela pesquisadora.

Posteriormente, os participantes foram divididos em dois subgrupos, com o objetivo de aprofundar a leitura do material e discutir os elementos apresentados. Cada subgrupo teve cerca de 60 minutos para desenvolver o debate e registrar as principais reflexões. Foi escolhido um relator por grupo, responsável por sintetizar as ideias e sugerir formas de cuidado relacionadas ao uso de SPA.

Após esse período, os grupos retornaram à sala virtual comum para socializar as reflexões construídas, durante aproximadamente 30 minutos. Um dos participantes destacou a ausência de metodologias específicas, conhecimento técnico e políticas públicas para o cuidado em álcool e outras drogas. Enfatizou, ainda, a presença de julgamentos morais que atravessam as práticas nesse campo.

Nesse contexto, a entrevista motivacional e o modelo transteórico foram apontados como recursos que fornecem uma base teórica importante. Além disso, ressaltou-se que o fortalecimento de espaços de discussão contribui para superar o

paradigma médico hegemônico que ainda se mantém, de forma implícita, nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), impactando negativamente a integralidade do cuidado (Brasil, 2006a).

Durante os debates, tornou-se evidente que equipes não inseridas em serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), demonstram interesse em aplicar os conhecimentos discutidos. Contudo, enfrentam dificuldades devido à falta de apoio institucional e de vivências práticas.

As psicólogas presentes relataram desafios enfrentados ao tentarem implementar estratégias de redução de danos, especialmente em situações de resistência por parte da gestão municipal. Ademais, também foi apontada a existência de um hiato entre os conteúdos apresentados e sua efetiva aplicação no cotidiano do cuidado aos usuários.

A atividade favoreceu o compartilhamento de experiências e a construção coletiva de possibilidades de atuação orientadas pela perspectiva da redução de danos. A segunda oficina buscou promover o aprofundamento de conhecimentos por meio da educação, da articulação e da troca de vivências entre os participantes.

### **5.3.2.3 Eixos temáticos**

As discussões se concentraram em quatro eixos centrais: entrevista motivacional, modelo transteórico de mudança, redução de danos e prevenção à recaída. Os participantes foram organizados em dois subgrupos para facilitar o diálogo e a sistematização dos conteúdos.

O primeiro grupo foi responsável por discutir a entrevista motivacional e o modelo transteórico de mudança de comportamento. Refletiram sobre a importância da escuta ativa, da empatia e da autonomia do sujeito no processo de mudança. Destacaram, ainda, a aplicabilidade prática dessas abordagens no cuidado em saúde mental e no enfrentamento do uso prejudicial de substâncias.

O segundo grupo discutiu temas relacionados à redução de danos e à prevenção à recaída. As falas enfatizaram a relevância de práticas que respeitem os direitos e a singularidade dos usuários. Debateram estratégias para prevenir recaídas, com foco na continuidade do cuidado, no fortalecimento de vínculos e no monitoramento clínico e psicossocial.

#### **5.3.2.4 Socialização e construção coletiva**

Após as discussões em subgrupos, todos os participantes retornaram à sala principal para socializar os aprendizados e reflexões. Esse momento permitiu a valorização das experiências diversas e a construção coletiva de novas possibilidades de atuação nos serviços.

#### **5.3.2.5 Produto da oficina**

Como produto, foi realizada uma análise crítica da síntese produzida na oficina anterior, articulada à leitura do material apresentado.

O resultado refletiu as concepções dos participantes sobre o cuidado em SPA, à luz do modelo psicossocial. Essa construção colaborativa contribuiu para o fortalecimento do pensamento crítico dos profissionais envolvidos. Além disso, promoveu a articulação entre teoria e prática nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Verificou-se que o grupo demonstrou capacidade de desenvolver conhecimentos, articulações e trocas de experiências sobre os temas propostos: entrevista motivacional, modelo transteórico, redução de danos e prevenção à recaída.

Tais processos estão alinhados com as dimensões de assistência, gestão e educação no SUS, sendo coerentes com a Política Nacional sobre Drogas e com os princípios da redução de danos (Brasil, 2006b).

A oficina possibilitou um processo de aprendizagem significativo entre os participantes, contribuindo para a qualificação profissional e o fortalecimento de saberes sobre a abordagem de redução de danos.

Destaca-se a compreensão de que o uso — prejudicial ou não — de substâncias psicoativas configura uma realidade social complexa. Portanto, o cuidado e as políticas públicas devem focar na minimização dos riscos, e não apenas na erradicação do uso (Brasil, 2006b).

A relevância da promoção da saúde mental e física também foi destacada, com foco na redução dos danos associados ao uso de substâncias, como: doenças infecciosas, overdoses e práticas de risco. Foram mencionadas estratégias como programas de troca de seringas, acesso facilitado aos serviços de saúde, ambientes seguros para consumo supervisionado e ações de educação sobre drogas (Brasil, 2006b).

Essas propostas dialogam com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), ao valorizarem o acolhimento, a escuta qualificada, o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários, e a integração de diferentes saberes (Brasil, 2010b).

Por meio de uma gestão participativa e de serviços organizados em rede, a oficina evidenciou a importância de práticas que favoreçam ambientes acolhedores e o cuidado no território, com participação ativa da comunidade.

Reforçou-se, ainda, a necessidade de reduzir internações psiquiátricas, priorizando o cuidado nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulada com outros setores da gestão pública. Essa proposta reafirma o compromisso com os direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou com uso problemático de álcool e outras drogas, conforme preconizado pela reforma psiquiátrica e pelas normativas do SUS (Brasil, 2011).

### **5.3.3 Terceira oficina**

Realizada no formato presencial, na segunda quinzena de agosto de 2024.

#### ***5.3.3.1 Intencionalidade da oficina***

A terceira oficina teve como objetivo simular a construção de uma linha de cuidado em saúde mental voltada às pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA). A atividade foi realizada por meio da dinâmica de uma mesa de negociação.

A proposta buscou pactuar o processo de implementação e operacionalização das diretrizes de uma linha de cuidado em SPA, considerando o contexto de uma região de saúde composta por municípios de pequeno porte.

#### ***5.3.3.2 Intencionalidade educacional***

Pretendeu-se construir uma compreensão coletiva sobre os elementos que envolvem a negociação e a pactuação em saúde. A ênfase esteve nos fatores facilitadores e dificultadores do processo, permitindo a formulação de estratégias formativas para profissionais do SUS.

O principal objetivo foi o desenvolvimento de competências relacionadas à tomada de decisão compartilhada, por meio de práticas de negociação e construção

de consensos. Buscou-se, ainda, fomentar a corresponsabilização e o fortalecimento de relações éticas e solidárias.

Reconheceu-se que os conflitos são inerentes às relações interpessoais. Por isso, é essencial seu enfrentamento de forma positiva e construtiva. Além disso, visou-se a definição conjunta de metas, levando em conta o contexto político, a gestão de pessoas e os aspectos de infraestrutura.

### **5.3.3.3 Dinâmica da atividade**

A mesa de negociação foi proposta para seis atores sociais, considerados fundamentais para a pactuação da linha de cuidado:

1. Gestores(as) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
2. Profissionais de saúde dos municípios;
3. Gestores(as) de Instituições de Ensino Superior (IES);
4. Representantes do Departamento Regional de Saúde (DRS VIII);
5. Usuários(as) do sistema de saúde;
6. Familiares de usuários(as).

Inicialmente, a atividade foi proposta para 18 pessoas participantes, distribuídas em três subgrupos com seis integrantes cada. A pesquisadora atuaria como coordenadora da mesa.

A simulação seria composta por quatro rodadas, nas quais os grupos davam continuidade ao ponto de parada da rodada anterior. Na última etapa, os participantes finalizariam as estratégias de operacionalização da construção da linha de cuidado para usuários de substâncias psicoativas.

### **5.3.3.4 Produto esperado**

Ao final da atividade, esperava-se a elaboração de um painel explicativo com as diretrizes pactuadas, apresentado a todos os participantes.

### **5.3.3.5 Desenvolvimento da dinâmica**

Considerando-se que participaram 9 profissionais na oficina, foi necessária uma reorganização da atividade. Os participantes foram divididos em dois grupos, o primeiro grupo com quatro participantes e, o segundo, com 5 participantes.

Devido ao número menor que o previsto, precisou-se retirar duas categorias de atores sociais, considerados fundamentais para a pactuação da linha de cuidado prevista na programação da atividade.

Os integrantes ficaram em dúvida de qual categoria retirar, e definiram excluir o gestor de instituição de ensino superior, pois na rede de atendimentos regional não há um representante. Unificaram-no na categoria de usuário a família, e compreenderam que nem sempre o usuário consegue ir aos atendimentos, podendo ser inserido na família.

Definiram manter a secretaria da saúde e DRS, pois retirar a secretaria da saúde ou o representante do DRS tiraria a possibilidade de melhorias nas políticas públicas e de financiamentos.

Foram distribuídos em 2 grupos, nos quais cada um possuiu um representante para: gestores municipais, grupo das equipes de saúde, dos usuários e dos seus familiares. No grupo 2, ficaram definidos dois representantes para o DRS, por possuir um participante a mais que o grupo 01.

A cada rodada, os próximos atores/participantes se trocavam, entre si, e continuavam de onde o grupo anterior havia parado, no tempo de 15 minutos cada. Na última rodada, (quarta) foi finalizada a negociação da operacionalização da linha de cuidado para o usuário em questão, na qual ficou ajustada e sistematizada a articulação e pactuação intersetorial.

### **5.3.3.6 Consigna da atividade**

*"Considerando a proposta de implementação e operacionalização das diretrizes do cuidado em SPA em municípios de pequeno porte, quais diretrizes devem ser pactuadas para que esta atividade resulte na melhor decisão, aprendizagem e cuidado possíveis para todos os envolvidos?"*

### **5.3.3.7 Estrutura da Oficina**

#### **5.3.3.7.1 Momento 1: Preparação para a negociação**

A atividade teve duração de quinze (15) minutos. A pesquisadora entregou dois textos: um com a história do usuário fictício "Marco" e outro com fundamentos teóricos sobre entrevista motivacional, modelo transteórico e riscos de recaída (Prochaska; Diclemente, 1983; Miller; Rollnick, 2013).

Com base nesses materiais, os grupos tiveram como objetivo construir diálogos e definições para o cuidado do usuário “M.”, em situação de uso abusivo de SPA. Cada grupo discutiu, a partir de sua perspectiva, as diretrizes que defenderia durante a negociação.

#### 5.3.3.7.2 Momento 2: Rodadas de negociação

Foram realizadas quatro rodadas de 15 minutos. Os grupos foram reorganizados a cada rodada, garantindo continuidade às deliberações. Na última rodada, finalizaram a conduta do cuidado para o usuário em questão e seus familiares.

O Grupo 01, representado por S., L., F. e W., iniciou ouvindo o relato do tio de Marco. Defenderam a inclusão da família no PTS, priorizando o cuidado em rede e no território. Consideraram a internação apenas como última alternativa e sugeriram articulação com a assistência social, uma vez que Marco estava em situação de rua.

Além disso, reforçaram que comunidades terapêuticas não configuram tratamento em saúde (Brasil, 2003). Diante de relatos de agressões, recomendaram boletim de ocorrência e medida protetiva para a mãe.

Na sequência, o Grupo 02, composto por A., L., R., M.T. e S., reforçou a importância do boletim de ocorrência e da notificação compulsória. Consideraram a possibilidade de internação compulsória e explicaram o trâmite judicial à família.

Na rodada seguinte, o Grupo 01 retornou e destacou o fortalecimento da rede familiar durante o período de internação, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica (Brasil, 2001).

O tio de Marco manifestou temor quanto a represálias policiais. A equipe se comprometeu a apoiá-lo e a dialogar com a mãe sobre os procedimentos legais.

Posteriormente, Grupo 02 informou que a mãe havia decidido registrar o boletim de ocorrência e dar entrada na solicitação de internação compulsória.

A equipe orientou que, após a internação, Marco fosse vinculado ao CAPS e à Unidade Básica de Saúde (UBS), com continuidade do cuidado e inserção em atividades sociais.

Foram garantidos atendimentos à família, com articulação intersetorial para inclusão em ações do CRAS, CREAS, cursos e oficinas.

A tia foi informada sobre os trâmites da internação. Após decisão judicial, Marco seria conduzido à Santa Casa com apoio da Polícia Militar. Caso necessário, haveria contenção física.

Durante a internação, recomendou-se participação da mãe em grupos de apoio, reforçando a importância de um ambiente familiar acolhedor.

Na quarta rodada, finalizou-se a negociação. Como resultado, pactuaram-se diretrizes de cuidado e articulação intersetorial, reforçando o compromisso com redes de atenção integradas.

#### 5.3.3.7.3 Momento 3: Avaliação da atividade

Com duração de 30 minutos, cada grupo apresentou uma devolutiva, considerando os seguintes critérios:

- Abertura e tolerância às diferenças;
- Empatia nas discussões;
- Atenção e respeito às falas;
- Fundamentação das argumentações;
- Compromisso com decisões compartilhadas.

#### **5.3.3.8 Comentários sobre a dinâmica**

A oficina iniciou-se com relatos significativos. A participante A. expressou sentimento de impotência frente às demandas das famílias. Relatou que os esforços realizados, como grupos e acolhimentos, nem sempre resultavam em mudanças visíveis.

A participante L. complementou, afirmando que o processo de mudança exige tempo, sendo comum o retorno ao uso. Ressaltou a dificuldade de lidar com as oscilações do cuidado.

O participante W. apontou a rigidez dos protocolos municipais, que limitavam o diálogo intersetorial. Defendeu maior autonomia profissional para efetivar o cuidado compartilhado.

#### **5.3.3.9 Produto da oficina**

Ao final, foi elaborado o seguinte documento coletivo com as aprendizagens da oficina:

*"Ao revisitar o processo de cuidado da família no território, identificaram-se determinantes sociais que incidem na saúde, como o padrão de uso de substâncias, vulnerabilidade socioeconômica, dependência de programas sociais e histórico de cumprimento de pena.*

*Reconhece-se a importância da formação permanente em saúde, alinhada às diretrizes do SUS, com foco no acolhimento e escuta qualificada. Destaca-se a necessidade de intersetorialidade, garantindo espaços de diálogo e corresponsabilização.*

*A participação familiar na construção do projeto terapêutico singular (PTS) é essencial para a autonomia e tomada de decisão, considerando os limites e possibilidades da mudança. O cuidado deve ser territorial, valorizando a construção coletiva e os recursos comunitários."*

#### 5.3.3.10 Observações da Pesquisadora

A pesquisadora observou que a adesão dos usuários aos serviços de saúde está diretamente relacionada à qualidade do acolhimento. Além disso, destacou a escuta qualificada como promotora de vínculo e de efetividade no cuidado.

Reconheceu, entretanto, as limitações estruturais enfrentadas pelos serviços do SUS, como metas rigorosas, escassez de recursos humanos e elevada demanda. Ressaltou a necessidade de formação permanente dos profissionais para qualificar o cuidado (Brasil, 2004).

#### **5.3.3.11 Encaminhamentos para a quarta oficina**

Propôs-se uma reflexão individual sobre o pacto construído, com o objetivo de fomentar a análise crítica sobre os desafios na implementação das diretrizes em SPA.

Solicitou-se que os participantes identificassem limites e potencialidades do cuidado em seus territórios, considerando a formação dos profissionais e a organização da rede SUS

#### **5.3.3.12 Produto da Oficina 03**

O produto dessa oficina foi desenvolvido na Quadro 7, considerando os fluxos de trabalho como: educação, gestão e processo de trabalho/ assistência.

Quadro 7 – Fundamentos do cuidado

EDUCAÇÃO	GESTÃO	PROCESSO DE TRABALHO/ ASSISTÊNCIA
		Foram definidas as seguintes categorias e seus representantes: profissionais de saúde (L grupo 01 e L grupo 02); usuários e familiares (W. grupo 01 e S grupo 02); secretaria da saúde (A e D grupo 01 e S grupo 02) e DRS D grupo 01; M. T grupo 02).
		Os grupos pensaram e negociaram o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o usuário Marco, o qual está em uso abusivo de SPA, considerando as informações dos textos e as discussões das oficinas.
		O grupo se comprometeu e analisou, durante a articulação, os seguintes pontos, pois os compreenderam como fundamentais: o percurso do cuidado no território de Marcos e sua família, os padrões de comportamentos, funcionamento e constituição da família; como ela foi atendida e recebida na unidade de saúde (pois, na primeira vez que a mãe de Marco chegou na UBS, sofreu preconceito e não foi acolhida). O acolhimento é fundamental para vinculação e desenvolvimento do cuidado.
É necessário treinamento para toda a equipe de saúde para um cuidado acolhedor.	É necessário treinamento para toda a equipe de saúde para um cuidado acolhedor.	É necessário treinamento para toda a equipe de saúde para um cuidado acolhedor.
Trabalhar em reunião de equipe esse acolhimento. Como acolher. A humanização. A escuta, o olhar e a conduta empática.		Trabalhar em reunião de equipe esse acolhimento. Como acolher. A humanização. A escuta, o olhar e a conduta empática.
		<i>“Porque ele não está tendo resolução. E aí, quando o profissional a escuta e entende a sua realidade e suas necessidades de saúde, ele se sente acolhido. Faz com que o usuário sinta que tem alguém que o apoia. E que entende que sua luta não é fácil, mas que esses profissionais prosseguiram nos atendimentos e cuidados, e os usuário se sentirem à vontade para aderir os serviços oferecidos.”</i>

Capacitação sobre acolhimento e compreensão de necessidades básicas dos usuários.	Capacitação sobre acolhimento e compreensão de necessidades básicas dos usuários.	Capacitação sobre acolhimento e compreensão de necessidades básicas dos usuários.
		Fundamentais reuniões: de equipe, de rede de atendimentos do município, reuniões intersetoriais e matriciamentos. O diálogo, a articulação sobre os casos e a corresponsabilização do cuidado.
	O grupo refletiu muito sobre como construir um espaço de compartilhamento de informações e decisões.	O grupo refletiu muito sobre como construir um espaço de compartilhamento de informações e decisões.
	<i>“Conversaram sobre os critérios de internação, que poderia ser caso internação em leito psiquiátrico, porém deveriam esgotar as possibilidades de atendimentos dentro da rede e no território. Comunidade terapêutica não é tratamento em saúde.”</i>	<i>“Conversaram sobre os critérios de internação, que poderia ser caso para internação em leito psiquiátrico, porém deveriam esgotar as possibilidades de atendimentos dentro da rede e no território. Comunidade terapêutica não é tratamento em saúde.”</i>
		Solicitação de internação compulsória.
No fortalecimento com a mãe, deveria ser compreendido o ciclo do uso em SPA, que a reforma psiquiátrica considera o cuidado em território como central e a internação nas crises.		No fortalecimento com a mãe, deveria ser compreendido o ciclo do uso em SPA, que a reforma psiquiátrica considera o cuidado em território como central e a internação nas crises.

		<p>A equipe orientou que, após a internação compulsória em leito psiquiátrico, breve, Marco deveria realizar as terapias e atendimentos com eMulti no CAPS e/ou UBS, assim como projetos sociais, futebol.</p> <p>A equipe possibilitou atendimentos para a família: a mãe, o irmão e o Marco, também ficou acordado que os representantes dos profissionais de saúde entrariam em contato com as outras secretarias para ver a possibilidade de inserir os familiares e Marco em seus atendimentos como: grupos do CRAS, CREAS, atividades físicas, cursos profissionalizantes, entre outros.</p>
<p>Nesse momento, a equipe do município de Buritizal relatou que eles não possuem quase nada de internações em leito psiquiátrico e/ou problemas com uso abusivo de SPA. E quando têm esse tipo de demanda, o município dá suporte e financia o atendimento.</p> <p>Em Buritizal, está instalada uma usina, que ajuda em projetos sociais, educacionais e saúde. Todo o grupo, admirado com a administração, compreende sobre a importância de descentralizar o cuidado no tratamento e focar no preventivo. Afinal, a saúde está em todos os lugares e setores, sendo necessária a pactuação de financiamentos não governamentais e a responsabilização de toda a comunidade para possibilidades a população municipal.</p>	<p>Nesse momento, a equipe do município de Buritizal relatou que eles não possuem quase nada de internações em leito psiquiátrico e/ou problemas com uso abusivo de SPA. E quando têm esse tipo de demanda, o município dá suporte e financia o atendimento.</p> <p>Em Buritizal, está instalada uma usina que ajuda em projetos sociais, educacionais e de saúde. Todo o grupo, admirado com a administração, compreende sobre a importância de descentralizar o cuidado no tratamento e focar no preventivo. Afinal, a saúde está em todos os lugares e setores, sendo necessária a pactuação de financiamentos não governamentais e a responsabilização de toda a comunidade para possibilidades a população municipal.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Durante a articulação, foram indicados os seguintes pontos fundamentais: o percurso do cuidado no território para o usuário e sua família; os padrões de comportamento, funcionamento e constituição familiar (itinerário terapêutico); e a

forma como a família foi recebida na unidade de saúde (destacando-se que, na primeira vez em que a mãe do usuário chegou à UBS, sofreu preconceito e não foi acolhida). Ressalta-se que o acolhimento é fundamental para a vinculação e o desenvolvimento do cuidado.

Para além das ações vinculadas às políticas públicas, é importante considerar o olhar das pessoas frente às suas demandas, condutas e subjetividades relacionadas ao uso abusivo de drogas. A abordagem socioantropológica, denominada “itinerário terapêutico”, descreve a busca por cuidados terapêuticos de acordo com as necessidades de saúde das pessoas e a resolutividade de seus problemas, possibilitando a compreensão do cuidado assistencial e das práticas de gestão. É primordial conhecer as trajetórias terapêuticas percorridas pelos usuários, pois elas revelam a singularidade da vida e a relação estabelecida entre o território e o contexto social (Soccol *et al.*, 2021).

Quando o cuidado não é resolutivo, mas o profissional escuta o usuário e/ou familiares, e entende sua realidade e suas necessidades de saúde, há maior sensação de acolhimento e apoio, favorecendo a adesão aos serviços oferecidos. No caso em análise, o início do cuidado com os familiares não foi acolhedor nem valorizou o ser humano, prejudicando a vinculação da família com o serviço.

Para a efetivação de um cuidado acolhedor, são necessários e fundamentais espaços de articulação entre profissionais e equipes, como reuniões, rede de atendimentos municipais, encontros intersetoriais e matriciamentos. O diálogo, a articulação sobre os casos e a corresponsabilização do cuidado desenvolvem-se nesse processo de trabalho compartilhado, por meio da troca de informações e decisões.

No caso de “M”, verificaram-se dificuldades de inserção em determinados serviços em razão de discriminação, estigmas e maus-tratos praticados por profissionais. A discriminação e o preconceito interferem negativamente no tratamento, sendo necessárias estratégias para reduzi-los; como capacitações, ampliação do acesso a informações científicas e educação permanente.

No que se refere à assistência, observa-se que o modelo de cuidado instituído permanece centrado na doença e na medicalização, demonstrando resquícios do modelo manicomial que se busca superar. Essa prática histórica, punitiva e prejudicial às pessoas em sofrimento mental persiste mesmo após décadas de reforma psiquiátrica, tratando o usuário de drogas como culpado pela sua condição. É

essencial que o cuidado a essa população seja pautado em acolhimento, vínculo, confiança e responsabilização entre profissionais e serviços de saúde (Delfini; Bastos; Reis, 2017).

Considerando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é fundamental a integração com outras políticas públicas e áreas como: saúde, assistência social, educação e direitos humanos, promovendo uma abordagem multidisciplinar, com foco na cidadania e na participação comunitária no cuidado.

A rede intersetorial no cuidado ao usuário de drogas é uma tarefa em construção, que requer o envolvimento dos profissionais de saúde, recursos materiais e humanos e apoio da gestão. A atenção deve ser planejada de forma interprofissional, com base na comunicação empática entre os atores da saúde, usuários e familiares. O processo comunicativo, além de resolver problemas do cotidiano dos usuários e de seus familiares, potencializa o cuidado em rede. Ele deve ser construído de maneira colaborativa, visando ampliar o cuidado para que atenda ao princípio da integralidade (Soccol *et al.*, 2021).

No contexto do cuidado compartilhado, a definição de critérios para internação em leito psiquiátrico deve ocorrer apenas após esgotadas todas as possibilidades de atendimento dentro da rede territorial, reservando a internação compulsória para casos extremos. É fundamental o cuidado e apoio à família do usuário, fortalecendo-a e orientando-a sobre os ciclos do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Nos casos de internação, após a alta médica recomenda-se que o usuário tenha a oportunidade de realizar terapias e atendimentos com equipe multiprofissional no CAPS ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como participar de projetos sociais, de lazer e de educação.

No caso discutido durante a mesa de negociações, optou-se por solicitar internação compulsória. Durante o processo, a equipe se comprometeu a oferecer atendimento à família do usuário e acordou que os representantes dos profissionais de saúde entrariam em contato com outras secretarias para verificar a possibilidade de inserir o usuário (após alta) e seus familiares em atividades como grupos do CRAS, CREAS, práticas esportivas, cursos profissionalizantes, entre outros.

Para a promoção de um cuidado compartilhado, são essenciais a assistência e o suporte psicossocial aos familiares, pois estes enfrentam problemas, dificuldades e eventos adversos que podem afetar significativamente sua vida socioafetiva e econômica. As demandas que surgem durante o processo de cuidar também colocam

as famílias em situação de sofrimento. Assim, entende-se que, além de aliados no tratamento, os familiares necessitam de atenção e cuidado específicos (Soares *et al.*, 2021).

A reabilitação psicossocial, segundo Soares *et al.* (2021), deve ser compreendida como um arranjo terapêutico em constante construção, avaliação e engajamento, visando a produção de novos territórios e a desconstrução de regimes de saber-poder que se mostram incapazes de lidar com práticas e discursos divergentes, os quais muitas vezes dificultam o diálogo e a negociação social.

Ficou evidente que a equipe compreendeu e tentou manter, nas deliberações da mesa de negociação, os princípios das políticas nacionais de redução de danos, atenção psicossocial e humanização. No entanto, a falta de estrutura (equipamentos de saúde), de fluxos e de condições de trabalho que possibilitassem o cuidado no território resultou na decisão pela internação em leito psiquiátrico. Assim, compreende-se que a própria estrutura dos serviços, na prática, dificulta a efetivação das três políticas citadas, conduzindo a uma resolutividade de caráter biomédico, e não integral, como no caso da internação compulsória.

Considerou-se fundamental que toda a equipe do SUS e das secretarias municipais receba formação específica sobre acolhimento e humanização, com ênfase na escuta ativa e em condutas empáticas, além de noções básicas sobre o cuidado aos usuários com uso abusivo de substâncias psicoativas.

Observou-se e registrou-se, no diário de campo, que as representantes do município de Buritizal, durante o intervalo para o lanche, relataram que quase não há demanda de internações psiquiátricas ou de problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) no município. Quando essas demandas surgem, a cidade oferece suporte e financia o atendimento. Esse recurso é viabilizado porque, em Buritizal, está instalada uma usina de açúcar e etanol; que mantém projetos sociais e ações educacionais e de saúde.

Esse relato causou surpresa positiva no grupo, desencadeando uma discussão sobre a importância de descentralizar o cuidado, investir em ações preventivas, buscar recursos financeiros governamentais e estabelecer parcerias com o setor privado.

#### **5.3.4 Quarta oficina** - Planejamento de Estratégias para o Cuidado em Situações de Crise Relacionadas ao Uso de SPAs

A proposta da 4ª oficina consistiu em envolver o grupo de profissionais da DRS VIII no planejamento de estratégias voltadas ao cuidado de pacientes em sofrimento psíquico agudo decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs).

Foram apresentados três cenários gerais de demandas a serem atendidas pela rede:

1. Usuário em crise devido ao uso de SPAs;
2. Usuário com uso abusivo de SPAs sem crise;
3. Usuário com intoxicação por SPAs.

Após o preenchimento das categorias de cuidado em cada cenário, solicitou-se que o grupo realizasse uma análise de contexto por meio da matriz SWOT (*Strengths* – pontos fortes; *Weaknesses* – pontos fracos; *Opportunities* – oportunidades; *Threats* – ameaças), visando identificar potencialidades e limitações.

Durante a construção coletiva, o grupo concluiu que, considerando a estrutura da RAPS nos seis municípios envolvidos, seria mais adequado trabalhar apenas dois cenários:

- Usuário em crise (considerada qualquer situação em que o cuidado em território não fosse possível).
- Usuário sem crise.

Dessa forma, foi excluído o cenário do “usuário intoxicado”.

A matriz SWOT não foi preenchida formalmente devido ao tempo reduzido e à complexidade dos cenários, que demandaram maior reflexão. No entanto, a análise foi realizada verbalmente, identificando “pontes” e “impedimentos” para a construção da linha de cuidado em SPAs, tanto para usuários em crise, quanto para os sem crise.

Segundo Björn (2008), a análise SWOT adota uma abordagem integrada, contemplando o cuidado intersetorial e suas variáveis ambientais. O objetivo é confrontar forças internas e fraquezas, bem como oportunidades externas e riscos, para gerar ações estratégicas viáveis. Trata-se de uma metodologia que permite decisões mais equilibradas e abrangentes.

Cada município dispôs de 15 minutos para refletir sobre cada ação do cuidado. Após esse período, discutiram coletivamente quais setores poderiam executá-las, quais ações deveriam permanecer ou ser retiradas da linha de cuidado, e quais necessitariam ser acrescentadas. O primeiro cenário analisado foi o “usuário em situação de crise”.

A atenção à crise em saúde mental constitui um eixo estratégico da RAPS, promovendo a substituição de práticas hospitalocêntricas por serviços territoriais e não segregativos, fortalecendo a política de desinstitucionalização. Nesse contexto, o conceito de “território” assume relevância, contrapondo modelos centrados no hospital e nos serviços comunitários (Coutinho *et al.*, 2024).

#### **5.3.4.1 Primeira demanda: pacientes em situação de crise**

No cenário de usuários em crise por uso abusivo de SPAs, a primeira ação discutida foi o acolhimento. O grupo ressaltou que todos os profissionais podem realizá-lo, desde que recebam a capacitação adequada.

A Política Nacional de Saúde Mental e a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS, constituíram referenciais para a discussão sobre reorganização dos serviços. Considerou-se a ideia de “rede viva”, formada pela circulação e interação de gestores, trabalhadores e usuários, extrapolando os limites normativos e legais (Mendes, 2011).

Após o acolhimento coletivo, o grupo adotou como referência o modelo do CAPS de Ituverava, que mantém esquema de plantão entre profissionais de nível superior. Definiu-se que todos devem realizar o acolhimento inicial, mas o aprofundamento deve ser feito por profissionais técnicos.

Em Igarapava, até mesmo técnicos de enfermagem realizam encaminhamentos para o hospital, que possui leitos psiquiátricos. Em Guará, a Santa Casa passou a aceitar pacientes desacompanhados devido à dificuldade de encontrar familiares, articulando o cuidado via grupo de *WhatsApp*.

No CAPS de Miguelópolis, a enfermeira coordenadora tornou-se referência para articulação com hospital, ESF e outros setores, mas a centralização gerou sobrecarga. Já em Aramina, sem CAPS ou pronto-socorro, o encaminhamento é feito para o hospital de Ituverava, preferencialmente por médico.

As discussões revelaram que o acolhimento psicossocial abrange dimensões instrumentais, burocráticas e práticas. Contudo, a ausência de fundamentação epistemológica reduz seu potencial terapêutico, transformando-o em triagem.

Destacou-se a importância de que o acolhimento seja terapêutico, permitindo ao paciente expressar seu sofrimento e participar do planejamento de seu cuidado.

Após o encaminhamento para urgência ou emergência, cabe à equipe avaliar a necessidade de outros cuidados, articulando com a rede. As parcerias intersetoriais foram apontadas como essenciais para a continuidade da atenção em território (Lima; Silva; Guimarães, 2023).

O atendimento médico deve ocorrer de forma integrada à equipe multiprofissional. O preenchimento de fichas de referência e contrarreferência foi considerado fundamental e deve ser feito pelo pronto-socorro, garantindo o retorno ao território.

Houve consenso de que o atendimento deve superar o modelo biomédico, responsabilizando também outros profissionais técnicos. Além disso, ressaltou-se a necessidade de incluir serviços como a Assistência Social.

Por fim, discutiu-se a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) emergencial para pacientes em crise, seguido do PTS de alta, elaborado pelo pronto-socorro em conjunto com a equipe que realizou o encaminhamento.

**Quadro 7 - Demanda acolhimento em situação de crise – Oficina 04**

<b>AÇÕES</b>	<b>Nome das equipes responsáveis</b>	<b>Possíveis condutas</b>
Acolhimento.	- Todos os profissionais podem acolher um usuário quando este procura o serviço; - Profissionais técnicos é que deverão aprofundar este acolhimento; - Plantão de um técnico para isto.	Articulação com eMulti; Da recepção até o encaminhamento.
eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e assistente social	Equipe multiprofissional.	- Articulação com outros profissionais da eMulti; - Quebra do modelo biomédico.
eMulti para esclarecer dúvidas.	Da recepção até o encaminhamento.	Poderão utilizar a tecnologia para boa comunicação.
Realizar fichas de referência e contrarreferências.	Não só o médico. Outros técnicos poderão fazer.	Articulação com os serviços do mesmo setor.
Acompanhamento familiar.	- eMulti; - Outros serviços (como CRAS e CREAS).	

Conectar serviço adequado.	- eMulti; - Outros serviços (como CRAS e CREAS).	
PTS emergencial temporário.	Serviço de Urgência e Emergência.	Traçar o cuidado no período do serviço e articular com outros serviços para PTS de Alta.
PTS da alta.	Serviço de Urgência e Emergência.	Deverá ser realizado em articulação com equipe da Urgência e Emergência e setores que darão sequência no tratamento.
Equipe e/ou profissional de referência pós-alta médica.	UBS, CAPS, CREAS e CRAS.	
Reacolhimento.	Técnico referência ou o profissional que ficar definido no setor.	- Acolhimento; - Entrevista Motivacional.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### **5.3.4.2 Segunda demanda: pacientes sem crise**

As ações voltadas ao usuário em uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA), sem sintomas de crise, são realizadas de maneira distinta em cada município.

No município de Igarapava, um profissional relatou a falta de articulação, especialmente com os médicos, que realizam um atendimento denominado “esteira”. Tal prática prioriza a quantidade de atendimentos, sem integração ou troca com a equipe, resultando em relações profissionais distantes. Há a oferta de grupos de álcool e outras drogas e, em geral, os pacientes passam pelo atendimento psiquiátrico.

Em Guará, a Santa Casa recebe, eventualmente, pacientes sem crise. O próprio usuário reconhece que será atendido ao buscar ajuda no hospital. Em seguida, o grupo discutiu outras demandas do usuário, que extrapolam o consumo de álcool e outras drogas.

Além das articulações com a rede pública, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os profissionais destacaram a importância de ampliar a clínica por meio de parcerias com entidades da sociedade civil, como o grupo Amor-Exigente, os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

Uma profissional do CAPS de Ituverava destacou a necessidade de “sair do CAPS”, atuando para além do matriciamento, com ações no território. Como exemplo, citou a experiência de Aramina, que já realizou diversas ações de promoção da saúde.

Foi sugerido incluir na planilha de ações propostas como “trabalho específico da comunidade” e “atividades esportivas”.

A clínica ampliada considera fundamental a ampliação do “objeto de trabalho” da prática clínica. Na medicina tradicional, este objeto se restringe ao tratamento de doenças. Já na clínica ampliada, inclui-se, além das doenças, problemas de saúde que aumentam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. A maior ampliação, contudo, consiste em compreender que não há problema de saúde ou doença dissociados dos sujeitos que os vivenciam. Trata-se da chamada “clínica do sujeito” (Campos; Amaral, 2007).

Observa-se que, na maioria dos municípios, é necessário estruturar fluxos de atendimento, acolhimento, encaminhamento e ações, a fim de orientar melhor o usuário e promover sua corresponsabilização no tratamento. Nos serviços, essa organização evita que a responsabilidade se concentre em poucos profissionais. Para Campos e Amaral (2007), é fundamental repensar a “organização do trabalho clínico, objetivando facilitar a construção explícita de responsabilidade macro e microssanitária”.

As atividades discutidas fundamentaram a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O grupo concordou com as propostas apresentadas e acrescentou formas de trabalho junto à comunidade. Decidiu-se retirar a proposta de acolhimento noturno, por não se aplicar ao contexto de ausência de crise.

Quadro 8 - Demanda acolhimento em situação de uso abusivo em SPA sem crise – Oficina 4

<b>AÇÕES</b>	<b>Nome das equipes responsáveis</b>	<b>Possíveis condutas</b>
eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e assistente social	UBS, CAPS, CREAS e CRAS	- Articulação com outros profissionais da eMulti; - Quebra do modelo biomédico; - Esclarecer dúvidas; - Fichas de referências e contrarreferências.
Conectar serviço adequado.	eMulti; Outros serviços (como CRAS e CREAS).	Articulação através de <i>e-mail</i> , <i>WhatsApp</i> , ligação. De forma rápida e eficaz.
PTS (Intensivo – 4x semana – reavaliar PTS a cada 1 mês; Semi-intensivo – 1 a 3x semana – reavaliar PTS a cada 4 meses; Não intensivo – 1x semana – reavaliar PTS a cada 6 meses).	eMulti; Família; Usuário.	-Reuniões de equipe (setor) semanais ou mensais; -Reunião de rede; -Matriciamento.

Acompanhamento familiar.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS	Grupos de apoio e psicoterapia e visitas domiciliares.
Equipe e/ou profissional de referência.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS	Responsável pelo apoio e orientação ao usuário e equipes que o acompanham.
Grupos de Psicoterapia.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS	
Oficinas Terapêuticas.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS	
Oficinas de geração de renda.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, educação técnica e Sindicato Rural	Cursos profissionalizantes de curta, média e longa duração; Oficinas.
Atendimento em eMulti.	eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, Assistente Social...	Grupos, individual e visita domiciliar.
Atividades Territoriais.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural e Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólatras anônimos)	Grupos e atividades extramuros; Visitas domiciliares.
Acolhimento convivência.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural e Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólatras anônimos)	Durante atendimentos em grupos nos setores e/ou extramuros.
Reacolhimento.	Profissional Responsável.	Acolher novamente o paciente que já tem vínculo. Entrevista Motivacional.
Usuário não aderiu – Busca Ativa.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural e Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólatras anônimos)	Busca Ativa; Ligação telefônica, mensagem de <i>WhatsApp</i> , visita domiciliar, ação em conjunto: saúde, assistência social, educação...

Fonte: Elaborado pela autora.

Compreender o fluxo, os manejos e as necessidades de saúde para as duas demandas de atendimentos garantem um atendimento mais acolhedor, respeitoso e digno, tanto para usuários, quanto para os profissionais de saúde através da integralidade e intersetorialidade, conforme propõe a política de humanização.

### **5.3.5 Quinta oficina**

A oficina foi realizada em formato presencial, na segunda quinzena de agosto de 2024.

Três dias antes da oficina, a mestranda (psicóloga) enviou mensagens no grupo de *WhatsApp* e individualmente aos participantes, lembrando que a 5ª Oficina ocorreria no dia 20/09, das 9h às 12h, em formato presencial. Alguns profissionais justificaram ausência devido a compromissos de trabalho.

Os participantes da 5ª Oficina, realizada em formato presencial no período das 9h às 12h, foram os seguintes: equipe organizadora composta pela mestranda (psicóloga, CAPS I – Guará), C. (psicólogo, CAPS I – Guará), T. (estagiária, CAPS I – Guará) e G. (estagiária voluntária, CAPS I – Guará). Os municípios representados foram: Aramina, com a participação de F. e S., além da médica Dra. L. (convidada especial voluntária); Igarapava, representado por W.; Guará, por A. e G. (convidada especial voluntária); Ituverava, por D.; e Buritizal e Miguelópolis, que não tiveram representantes.

#### **5.3.5.1 Intencionalidade**

A intenção foi sistematizar as diretrizes e os fluxos para a linha de cuidado em SPA. O encontro iniciou-se com o fortalecimento do grupo por meio de apresentação e acolhimento, seguido da leitura coletiva do material desenvolvido na 4ª Oficina.

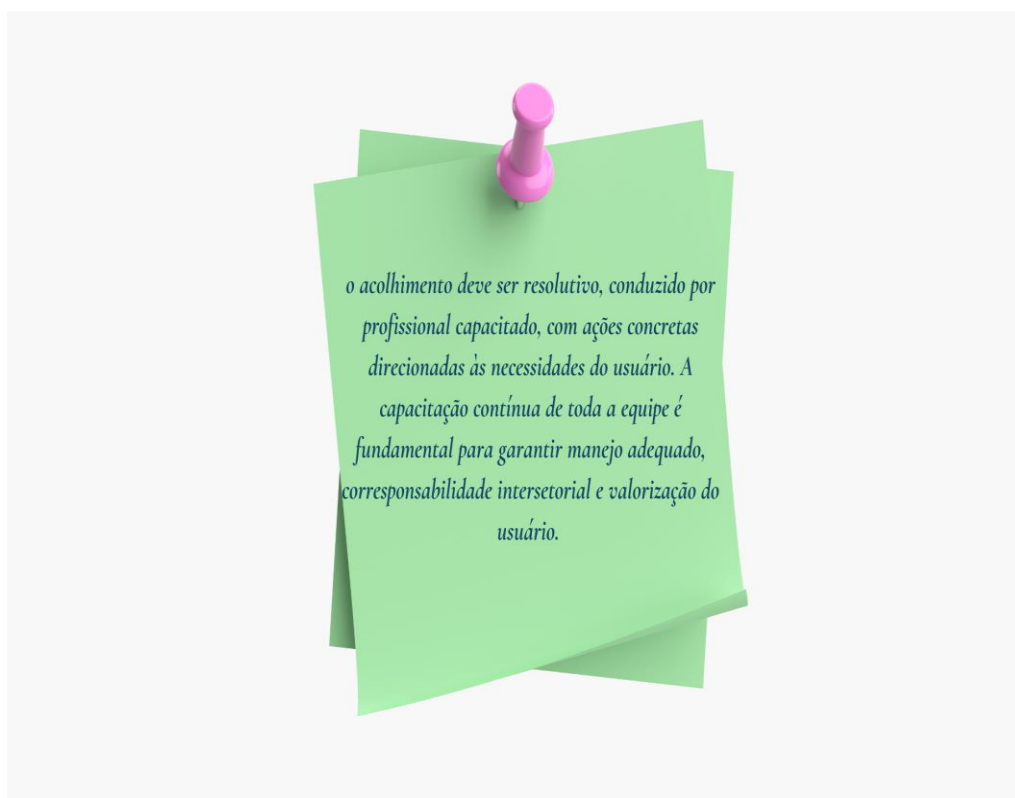
#### **5.3.5.2 Dinâmica da oficina**

A pesquisadora iniciou o encontro apresentando ao grupo os processos e produtos desenvolvidos até o momento. Em seguida, os participantes foram subdivididos em três subgrupos (seis pessoas em cada), organizados como grupos de trabalho (GTs), com a finalidade de elaborar e sistematizar as diretrizes e fluxos para a linha de cuidado em SPA.

#### **5.3.5.3 Discussões e construções coletivas**

O grupo debateu amplamente o acolhimento como porta de entrada da rede de atenção. Definiu-se que: O acolhimento deve ser resolutivo, conduzido por profissional capacitado e com ações concretas direcionadas às necessidades do usuário (Brasil, 2004; Merhy, 2007). A capacitação contínua de toda a equipe é fundamental para garantir manejo adequado, corresponsabilidade intersetorial e valorização do usuário.

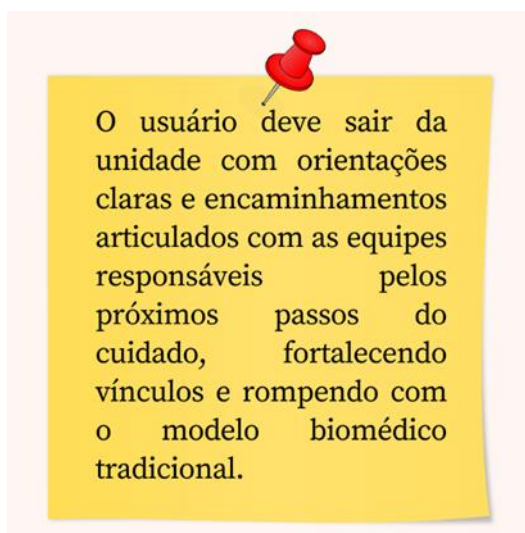
Imagem 1 - Destaque do grupo para orientar a Linha de Cuidado



Fonte: Elaborada pela autora.

O usuário deve sair da unidade com orientações claras e encaminhamentos articulados com as equipes responsáveis pelos próximos passos do cuidado, fortalecendo vínculos e rompendo com o modelo biomédico tradicional. O debate também destacou a redução de danos como eixo central do cuidado em álcool e outras drogas, visando: I) autonomia e corresponsabilização do usuário em seu processo de cuidado; II) apoio às famílias no convívio com o usuário, inclusive por meio da substituição de substâncias por alternativas menos prejudiciais; III) capacitação de profissionais sobre redução de danos, comunicação com a rede, protocolos emergenciais e definição de técnicos de referência para cada setor da Atenção Básica. Tais definições do grupo vão ao encontro do que a literatura também valoriza e recomenda para o cuidado psicossocial no contexto de uso prejudicial de SPA, conforme sugeriram Machado e Boarini (2013).

Imagem 2 - Destaque do grupo sobre como as equipes devem orientar os usuários



Fonte: Elaborada pela autora.

No segundo momento, os participantes concluíram que: I) o acolhimento fortalece a articulação com os fluxos de cuidado e deve ser formalizado por meio de estratégias como ofícios, *e-mails* e documentação institucional; II) o Projeto Terapêutico Singular (PTS) potencializa o trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial, reforçando que os usuários pertencem a todos os serviços da rede, não apenas ao setor da saúde. Tais destaques se alinham ao recomendado por Campos (2000). As reuniões intersetoriais foram apontadas como fundamentais para garantir essa integração.

Durante a oficina, alguns depoimentos ilustraram percepções práticas:

G.: *“Até as meninas da limpeza acolhem.”*

A.: *“O treinamento fortalece toda a equipe.”*

S.: *“É necessário desenvolver um organograma visível na recepção, para orientar os usuários.”*

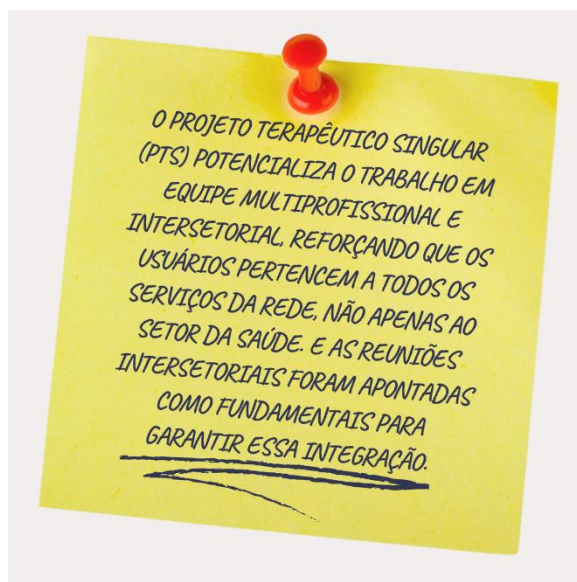
C.: *“O paciente precisa de referência, e a equipe deve articular-se em torno disso.”*

L.: *“Nem sempre os profissionais têm preparo para o manejo, o que acaba levando à exclusão do usuário de SPA.”*

W.: *“A redução de danos começa com a escolha do paciente; é uma responsabilidade compartilhada.”*

Sobre internação e práticas do SUS, observou-se que a Atenção Básica prioriza atendimentos coletivos (grupos de orientação), enquanto psicoterapia individual é direcionada aos serviços especializados (CAPS).

Imagem 3 - Destaque do grupo sobre: Projeto Terapêutico Singular (PTS)



Fonte: Elaborada pela autora.

Alguns participantes apontaram a necessidade de mudanças culturais no SUS, ampliando espaços de escuta qualificada e apoio familiar, na direção do que enfatizam Onocko-Campos e Furtado (2006).

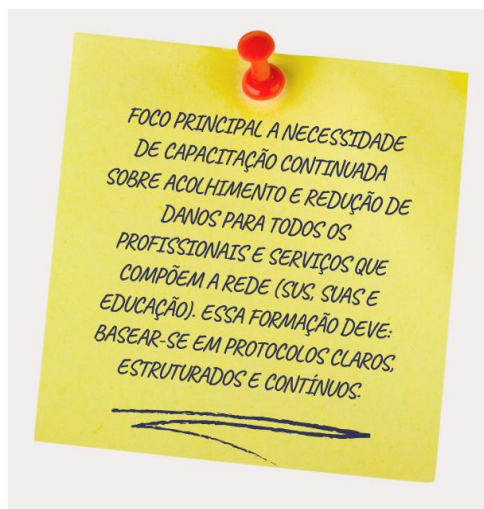
#### **5.3.5.4 Síntese e encaminhamentos**

No terceiro momento, os subgrupos retornaram ao grupo geral e compartilharam suas propostas, visando articular e integrar os produtos. O encontro foi finalizado com a construção de um pacto entre os participantes para a continuidade da articulação em grupo de trabalho, para além da etapa empírica da pesquisa. Foi realizada a leitura coletiva da construção de diretrizes iniciada na oficina 04, modificada e repensada a partir desta oficina 05.

O grupo definiu como foco principal a necessidade de capacitação continuada sobre acolhimento e redução de danos para todos os profissionais e serviços que compõem a rede (SUS, SUAS e Educação). Essa formação deve basear-se em protocolos claros, estruturados e contínuos. Além disso, deve assemelhar-se, em termos de organização e eficiência, a experiências como o Poupatempo, sem caráter

tutelar, mas sim de promoção da autonomia do usuário e corresponsabilização do cuidado. Por fim, os participantes reforçaram a inclusão de aspectos que estavam ausentes no quadro de diretrizes, consolidando o processo coletivo de fortalecimento da linha de cuidado em SPA.

Imagem 4 - Destaque do grupo sobre: Capacitação continuada



Fonte: Elaborada pela autora.

Quadro 9 - Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas – Oficina 5

<b>AÇÕES</b>	<b>Nome das equipes responsáveis</b>	<b>Possíveis condutas</b>	<b>FORTALECE</b>
Capacitação de redução de danos e acolhimento para todos os setores e funcionários do município que realizam atendimento ao usuário de SPA.	ESF, UBS, CRAS, CREAS, EDUCAÇÃO, ESPORTES e Líderes religiosos.	Equipes e setores articulados, falando a mesma linguagem e orientação.  Elaboração de um Organograma simples para a orientação do usuário de SPA e familiares.	Cuidado adequado, desenvolvimento de autonomia e responsabilização do usuário de SPA e seus familiares pelo processo de cuidado.
Acolhimento (com Resolutividade) de Protocolo de Redução de Danos e entrevista motivacional.	Todos os profissionais podem acolher um usuário quando procura o serviço; Profissionais técnicos é que deverão aprofundar este acolhimento; eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e assistente social.	Articulação com eMulti;  Quebra do modelo biomédico  A recepção, e/ou outros profissionais, irão acolher e direcionar para o técnico responsável.	Autonomia para outros profissionais; Vinculação com o usuário de SPA; Corresponsabilização.

Realizar fichas de referência e contrarreferência.	Não só o médico, outros técnicos poderão fazer.	Articulação com os serviços do mesmo setor e intersetorial se necessário.	
Conectar serviço adequado.	eMulti; Outros serviços (como CRAS e CREAS).	Através de <i>e-mail</i> , <i>WhatsApp</i> e ligação telefônica.	Conecta as ferramentas de referência e contrarreferência aos profissionais e setores, garantindo cuidado integralizado para o usuário de SPA.
Acompanhamento familiar dentro da política de redução de danos.	eMulti-UBS e CAPS; Outros serviços (como CRAS e CREAS).	Apoiar a família para que possam conseguir conviver com o usuário de SPA; Compreender a demanda da família no momento de intoxicação por SPA.	A família passa a conseguir “dar conta” e a receber o seu familiar usuário de SPA.
Conduta Emergencial.	Serviço de Urgência e Emergência.	Traçar o cuidado no período do serviço de urgência e emergência.	
Alta da Urgência responsável e ou evasão.	Serviço de Urgência e Emergência; Enfermeira chefe do plantão registrará como foi feita alta responsável; Alguns profissionais da Urgência deverão entrar em contato com as equipes que darão sequência no tratamento territorial.	Deverá ser realizado, em articulação com equipe da Urgência e Emergência, e setores que darão sequência no tratamento	Grupo de <i>WhatsApp</i> de alta responsável; Ficha/relatório de evasão local; B.O; relatório de evasão e evolução no prontuário.
Equipe e/ou profissional de referência pós-alta médica.	UBS, CAPS, CREAS e CRAS;  Técnico de referência ou o profissional que ficar definido no setor.	Reacolhimento com protocolo de redução de danos e entrevista motivacional.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10- Usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado longitudinal/ territorial – Oficina 05

<b>AÇÕES</b>	<b>Nome das equipes responsáveis</b>	<b>Possíveis condutas</b>	<b>FORTALECE</b>
--------------	--------------------------------------	---------------------------	------------------

Capacitação de redução de danos e acolhimento para todos os setores e funcionários do município que realizam atendimento ao usuário de SPA.	ESF, UBS, CRAS, CREAS, EDUCAÇÃO, ESPORTES e líderes religiosos.	Equipes e setores articulados falando a mesma linguagem e orientação;  Elaboração de organograma simples para orientação do usuário de SPA e familiares.	Cuidado adequado, e desenvolvimento de autonomia e responsabilização do usuário de SPA e seus familiares pelo processo de cuidado.
MATRICIAMENTOS E CAPACITAÇÕES.	DRS, Secretarias da saúde; CAPS e equipe multiprofissional.	Reuniões de matriciamentos e capacitações.	Portarias para comissão intersectorial.
ACOLHIMENTO (COM RESOLUTIVIDADE); Protocolo de Redução de Danos e entrevista motivacional.	UBS, CAPS, CREAS, CRAS; eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, assistente social...	Articulação com outros profissionais da eMulti; Quebra do modelo biomédico; Assistência apoiada na redução de danos (esclarecer dúvidas...); Encaminhamentos intersectoriais; A recepção, e/ou outros profissionais, irão acolher e direcionar para o técnico responsável.	Autonomia para outros profissionais; Vinculação com o usuário de SPA; Corresponsabilização
Conectar os serviços que acompanham o usuário	eMulti Outros serviços (como CRAS e CREAS)	Articulação através de email, <i>WhatsApp</i> e/ou ligação telefônica. De forma rápida e eficaz	Ofícios, <i>e-mails</i> , Fichas de encaminhamentos, portarias validando contato <i>WhatsApp</i> como oficial.
PTS (Intensivo – 4 x semana – reavaliar PTS a cada 1 mês; Semi-intensivo – 1 a 3 x semana – reavaliar PTS a cada 4 meses; Não intensivo – 1 x semana – reavaliar PTS a cada 6 meses) o PTS é um dispositivo/ferramenta para fazer o cuidado Intersetorial e nos próprios equipamentos do SUS.	Equipe multi; Família; Usuário; Outros setores.	Reuniões de equipe (setor), semanais e mensais. Reunião de rede Matriciamento	Portarias municipais estabelecendo reuniões intersectoriais, de rede e setorial e sua periodicidade.  Comissão intersectorial de condutores para usuários de SPA.

Acompanhamento familiar dentro da política de redução de danos.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS esporte e educação.	Grupos de apoio e psicoterapia, visitas domiciliares Obs: Com perspectiva que considere que os familiares convivam com usuário em abuso de SPA.	A família passa a conseguir “dar conta” e receber o seu familiar usuário de SPA. Reuniões mensais intersetoriais com familiares. Responsabilização compartilhada. O usuário só evolui quando passa a ter escolhas.
Equipe profissional e/ou referência.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS.	Responsável pelo apoio e orientação ao usuário e equipes que acompanham.	Divisão do território e Corresponsabilização.
Grupos de Psicoterapia.	CAPS	Em equipes especializadas como tratamento.	Obs.: Os psicólogos que participaram dessa oficina consideraram de extrema importância os grupos de psicoterapias nas UBS para os casos leves e moderados de saúde mental, por compreenderem que é necessário elaboração do usuário do seu processo psíquico para não se tornar uma doença grave.
Grupos de Saúde Mental para álcool e outras drogas.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS.	Grupos em geral, PEC solicita a coletividade do cuidado.	Grupos de orientação e promoção, grupo atenção primárias estabelecidos no PEC.
Oficinas Terapêuticas.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS.	Vários tipos de oficinas.	
Oficinas de geração de renda.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica e Sindicato Rural	Cursos profissionalizantes de curta, média e longa duração; Oficinas.	
Atendimento em eMulti.	eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e assistente social	Grupos, individual e visita domiciliar.	

Atividades Territoriais.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, e CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural, Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos) e ações religiosas.	- Grupos e atividades extramuros; - Visitas domiciliares.	Projetos articulando e integrando todos os cuidados ofertados.
Manejo de Demanda.	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural, Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólicos anônimos).	Durante atendimentos em grupos nos setores e/ou extramuros	
Usuário Ausente – Busca Ativa	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural, Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólicos anônimos)	Busca Ativa Ligação telefônica, mensagem de <i>WhatsApp</i> , visita domiciliar, ação em conjunto: saúde, assistência social, educação...	

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3.5.5 Quarto Momento

A mestrande, psicóloga do CAPS I de Guará, apresentou ao grupo a construção de um diagrama elaborado de forma lúdica e pedagógica, com o objetivo de facilitar a compreensão coletiva da proposta. Todos os participantes puderam opinar sobre a organização do material. Após alguns ajustes sugeridos pelo grupo, houve consenso em relação ao formato final, o qual foi elogiado e reconhecido como representativo do processo coletivo.

O grupo relatou sentir-se contemplado na construção conjunta da linha de cuidado em SPA para a região da Alta Mogiana, destacando a importância da metodologia participativa como estratégia de corresponsabilização e fortalecimento da rede.

Na sequência, foram apresentados dois diagramas (Figuras 1 e 2), que sintetizam o trabalho desenvolvido ao longo das oficinas, constituindo representações visuais das diretrizes e fluxos discutidos.

### 5.3.5.6 Produto das oficinas 4 e 5

Quadro 11 – Produto oficina 04 e 05

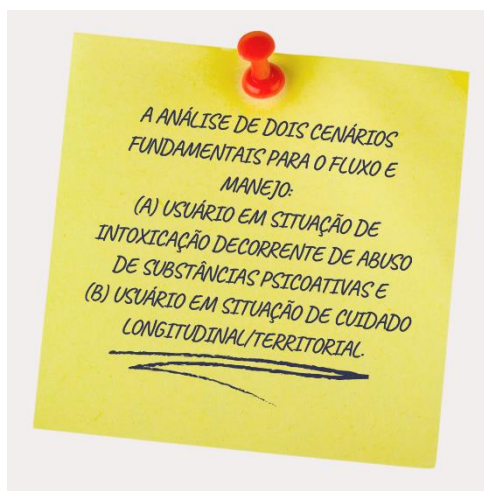
Educação	Gestão	Assistência
		Usuário em situação de intoxicação recorrente e abuso de substâncias psicoativas.
		Usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado longitudinal/territorial em municípios com Unidade Básica de Saúde.
		Usuário em uso de substância psicoativa <u>em situação de cuidado</u> longitudinal/territorial em municípios com Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Optou-se por realizar a análise conjunta da 4ª e da 5ª oficinas, considerando o caráter sequencial do trabalho desenvolvido.

Na 4ª Oficina, a mestranda sugeriu a análise de três quadros de processos de trabalho, referentes às seguintes situações: (I) demanda de acolhimento de usuário em crise; (II) demanda de acolhimento de usuário em uso abusivo de SPA sem crise; e (III) usuário em situação de intoxicação. Entretanto, o grupo considerou mais pertinente a análise de dois cenários fundamentais para o fluxo e manejo: (a) usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas e (b) usuário em situação de cuidado longitudinal/territorial.

Imagem 5 - Destaque do grupo sobre: Cenários para o cuidado em SPA



Fonte: Elaborada pela autora.

#### 5.3.5.6.1 Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas

O grupo destacou o aprendizado adquirido ao longo das oficinas, adaptando-o para a construção do fluxo de atendimento em casos de intoxicação. A proposta inicial consistiu na capacitação em redução de danos e no acolhimento para todos os setores e trabalhadores do município que atuam com usuários de substâncias psicoativas. Tal perspectiva está em consonância com a Política Nacional de Humanização e com a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que enfatizam a necessidade de práticas intersetoriais e da corresponsabilização entre equipes (Brasil, 2004; Brasil, 2013).

A articulação das equipes em torno de uma linguagem e orientação comuns possibilitaria a oferta de cuidado adequado, além de promover a autonomia e a corresponsabilização do usuário e de seus familiares (Machado; Boarini, 2013).

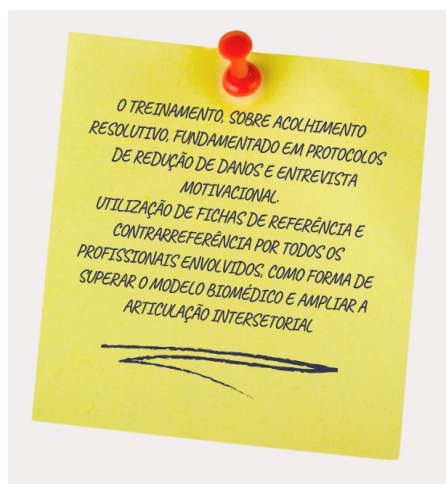
Após o treinamento, seria possível realizar acolhimento resolutivo, fundamentado em protocolos de redução de danos e entrevista motivacional. Embora todos os profissionais pudessem realizar o acolhimento inicial, a condução da entrevista e a definição da conduta deveriam ser responsabilidade de um técnico de referência, articulado à equipe multiprofissional. Esse arranjo garantiria a corresponsabilização coletiva pelo processo de cuidado (Merhy, 2007; Campos, 2000).

Além disso, sugeriu-se a utilização de fichas de referência e contrarreferência por todos os profissionais envolvidos, como forma de superar o modelo biomédico e ampliar a articulação intersetorial (Onocko-Campos; Furtado, 2006). Essa comunicação poderia ser realizada por *e-mail*, *WhatsApp* ou ligação telefônica. Contudo, ressaltou-se a necessidade de formalização posterior por meio de canais oficiais do município, de modo a assegurar o registro adequado das ações.

A equipe do pronto-socorro deveria acionar os serviços de UBS, CAPS, CRAS, CREAS, proteção especial e/ou Conselho Tutelar para o cuidado das famílias, garantindo apoio e integração (Brasil, 2004). A conduta emergencial deveria ser definida pela equipe de referência do setor, e a alta do usuário deveria ser comunicada formalmente, pela enfermeira responsável, às equipes que dariam continuidade ao cuidado territorial. Cada serviço de saúde ou equipamento do SUAS deveria indicar

um profissional de referência para receber as altas e organizar o encaminhamento adequado.

Imagem 6 - Destaque do grupo sobre: Acolhimento resolutivo e seus fundamentos



Fonte: Elaborada pela autora.

#### 5.3.5.6.2 Usuário em cuidado longitudinal/territorial

No segundo cenário, referente ao cuidado longitudinal, observou-se que o fluxo também se iniciava pela capacitação intersetorial, conforme já descrito. O processo deveria envolver matriciamentos e capacitações promovidos pelo DRS VIII, UBS, CAPS I, CRAS, CREAS, setores de educação, esportes, lideranças religiosas e equipe eMulti. Definiu-se, ainda, que cada município deveria construir um organograma simples de orientação para usuários de SPA e seus familiares.

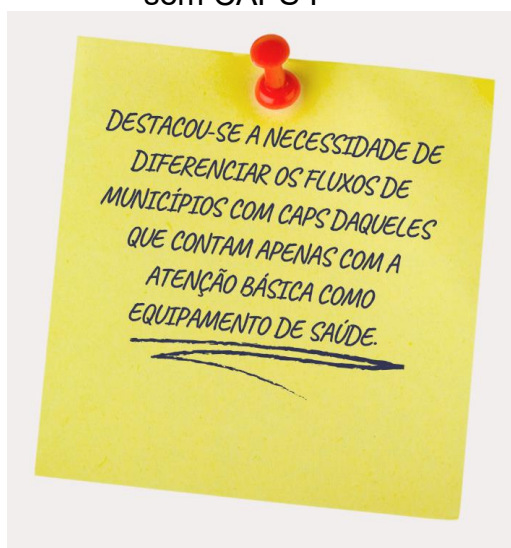
Esse processo de formação permitiria a realização de acolhimento resolutivo e compartilhado, promovendo corresponsabilização entre diferentes profissionais e setores conforme propôs Merhy (2007). A articulação intersetorial ampliaria o acesso dos usuários a grupos de saúde mental para álcool e outras drogas, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, atendimentos multiprofissionais e atividades territoriais, como grupos extramuros, visitas domiciliares, participação em comunidades terapêuticas, grupos de apoio (Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos) e ações religiosas, como sugeriu Machado e Boarini (2013).

Considerou-se fundamental a busca ativa em casos de ausência do usuário, mediante estratégias conjuntas e intersetoriais.

Após as discussões, destacou-se a necessidade de diferenciar os fluxos de municípios com CAPS daqueles que contam apenas com a Atenção Básica como equipamento de saúde. Nos primeiros, seria possível ofertar atendimentos específicos como grupos de psicoterapia, matriciamentos e oficinas terapêuticas; já nos municípios sem CAPS, tais recursos não estariam disponíveis, restringindo o cuidado às possibilidades da Atenção Básica, conforme destacam Onocko-Campos e Furtado (2006).

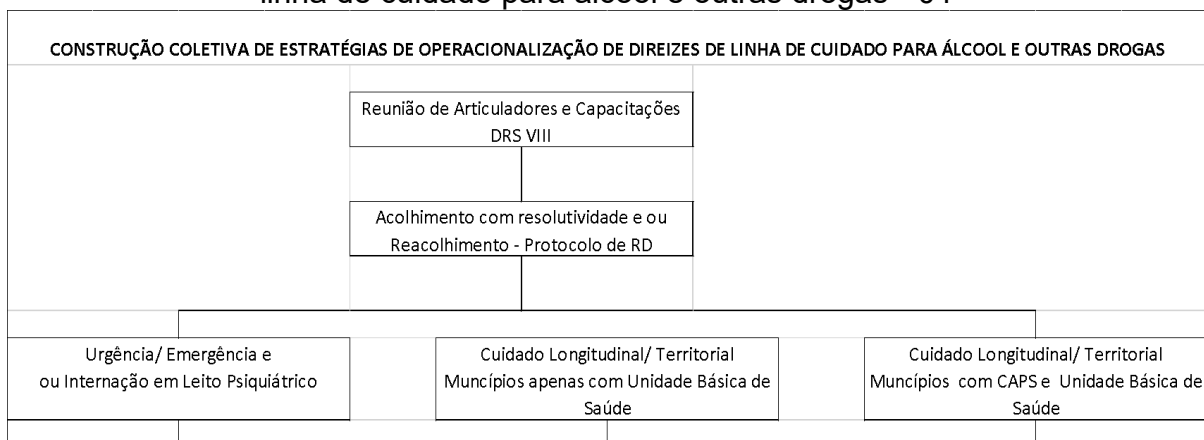
Observou-se, ainda, a posição dos psicólogos participantes, que consideraram indispensável a oferta de grupos de psicoterapia nas UBS para casos leves e moderados de saúde mental. Segundo os profissionais, esse espaço de elaboração é fundamental para evitar a cronificação dos quadros e a evolução para doenças mentais graves (Campos, 2000).

Imagem 7 - Destaque do grupo sobre: Diferenciar fluxos para os municípios com e sem CAPS I



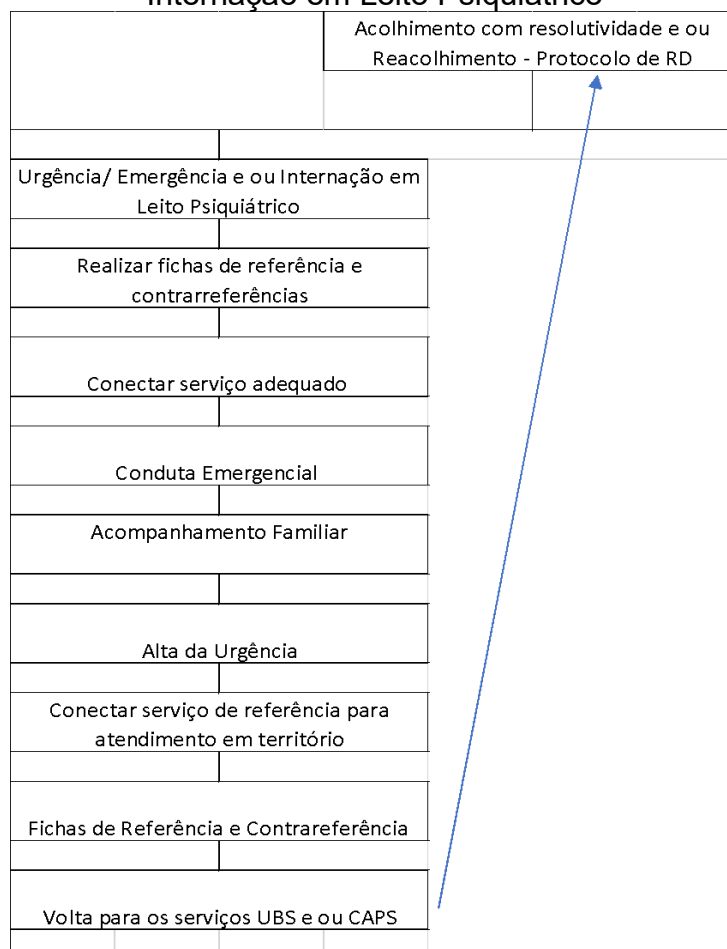
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 5 – Construção Coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas - 01



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 6- Construção Coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas – Eixo Urgência/Emergência e/ou Internação em Leito Psiquiátrico



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 7- Construção coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas – Eixo: Cuidado Longitudinal/Territorial Municípios apenas com Unidade Básica de Saúde.

Cuidado Longitudinal/ Territorial Municípios apenas com Unidade Básica de Saúde
Conectar os serviços que acompanham o usuário
Projeto Terapeutico Singular - PTS UBS, ESF, CREAS, CRAS, Usuário e familiares
Acompanhamento familiar UBS, ESF, CREAS, CRAS
Equipe e ou profissional de referência UBS, ESF, CREAS, CRAS
Grupos de Saúde Mental para álcool e outras drogas UBS, ESF, CREAS, CRAS
Oficinas Terapêuticas UBS, ESF, CREAS, CRAS
Oficinas de geração de renda UBS, ESF, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural
Atendimento em equipe Multi e Intersetorial UBS, ESF, CREAS, CRAS
Atividades Territoriais UBS, ESF, CREAS, CRAS
Manejo de Demanda UBS, ESF, CREAS, CRAS
Usuário Ausente – Busca Ativa UBS, ESF, CREAS, CRAS

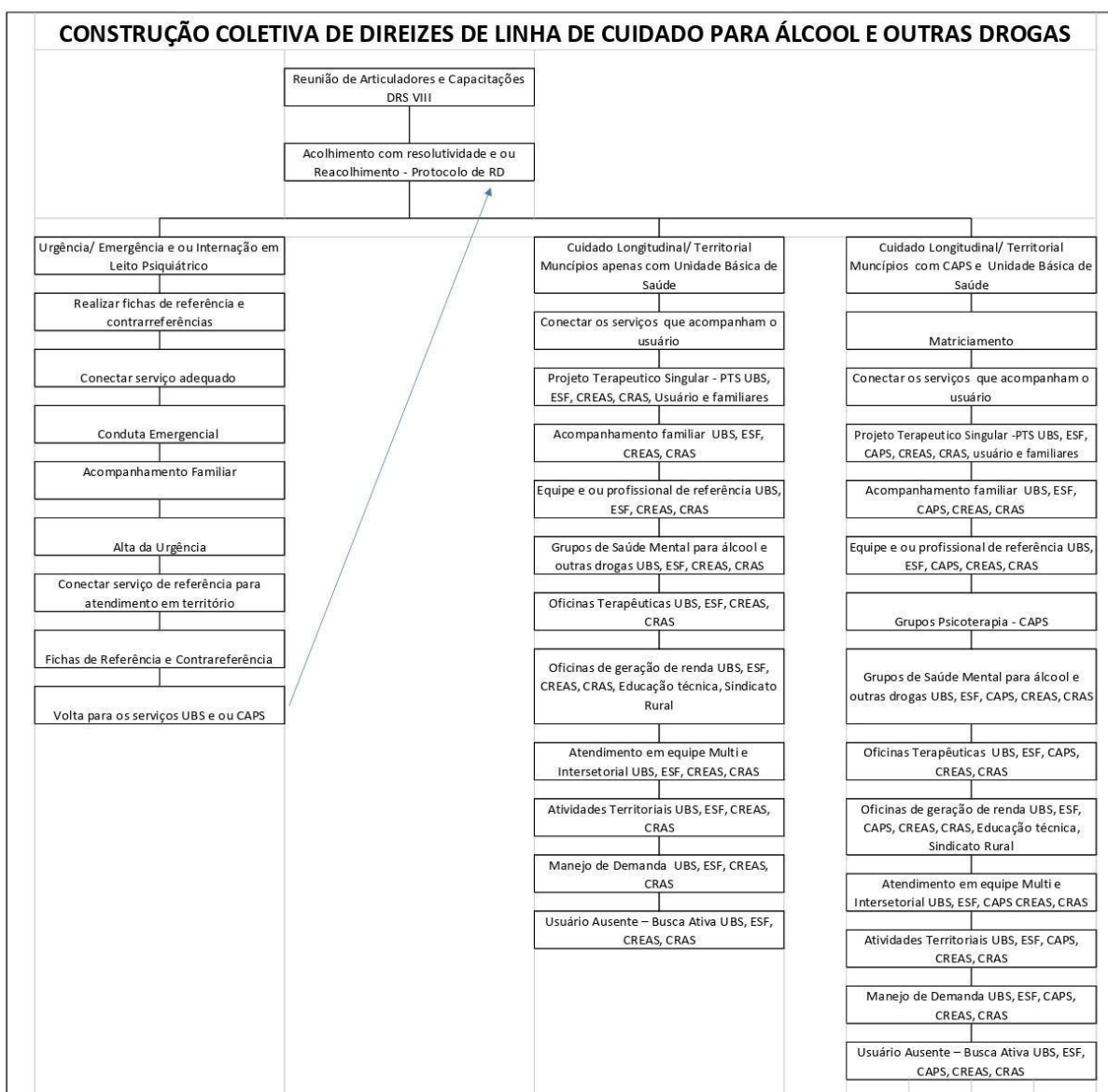
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 8- Construção coletiva de estratégias de operacionalização de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas – Eixo: Cuidado Longitudinal/Territorial Municípios com CAPS e Unidade Básica de Saúde

<b>Cuidado Longitudinal/ Territorial Municípios com CAPS e Unidade Básica de Saúde</b>
<b>Matriciamento</b>
<b>Conectar os serviços que acompanham o usuário</b>
<b>Projeto Terapeutico Singular -PTS UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, usuário e familiares</b>
<b>Acompanhamento familiar UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>
<b>Equipe e ou profissional de referência UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>
<b>Grupos Psicoterapia - CAPS</b>
<b>Grupos de Saúde Mental para álcool e outras drogas UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>
<b>Oficinas Terapêuticas UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>
<b>Oficinas de geração de renda UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural</b>
<b>Atendimento em equipe Multi e Intersetorial UBS, ESF, CAPS CREAS, CRAS</b>
<b>Atividades Territoriais UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>
<b>Manejo de Demanda UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>
<b>Usuário Ausente – Busca Ativa UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS</b>

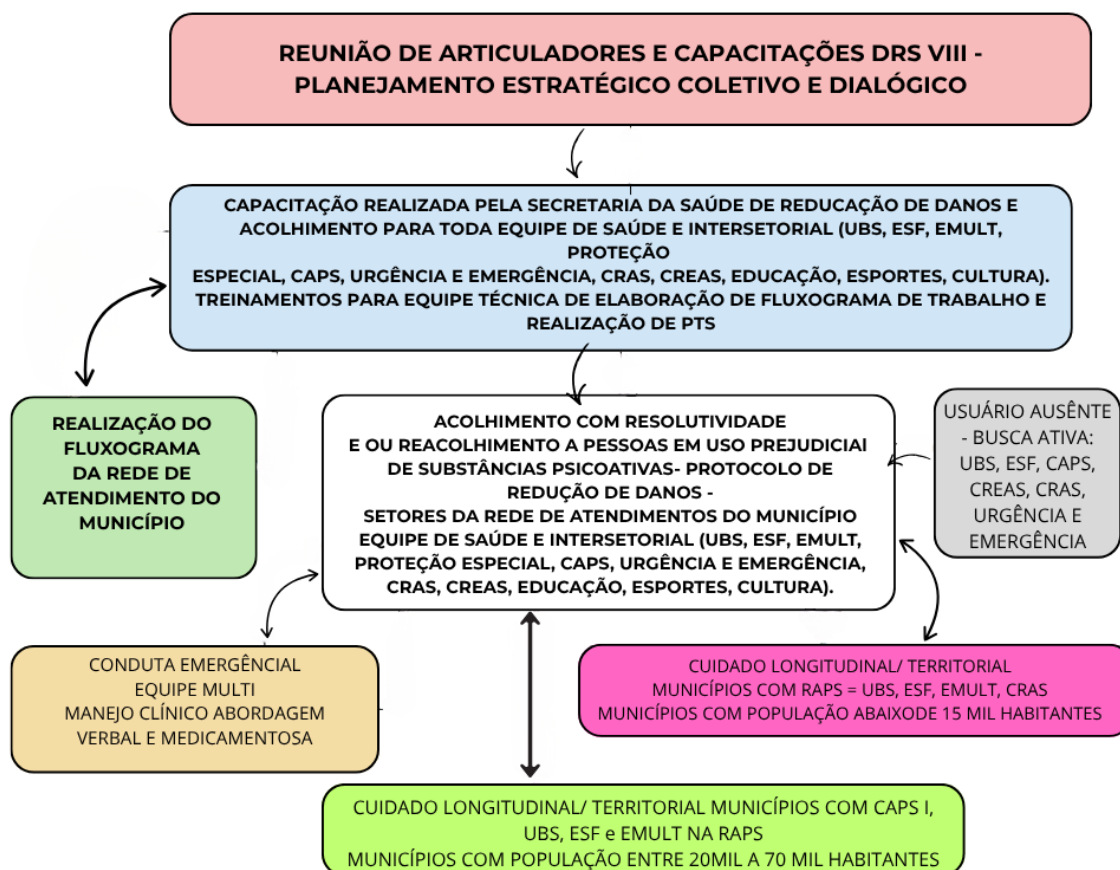
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 9 – Construção coletiva de diretrizes de linha de cuidado para álcool e outras drogas - 01



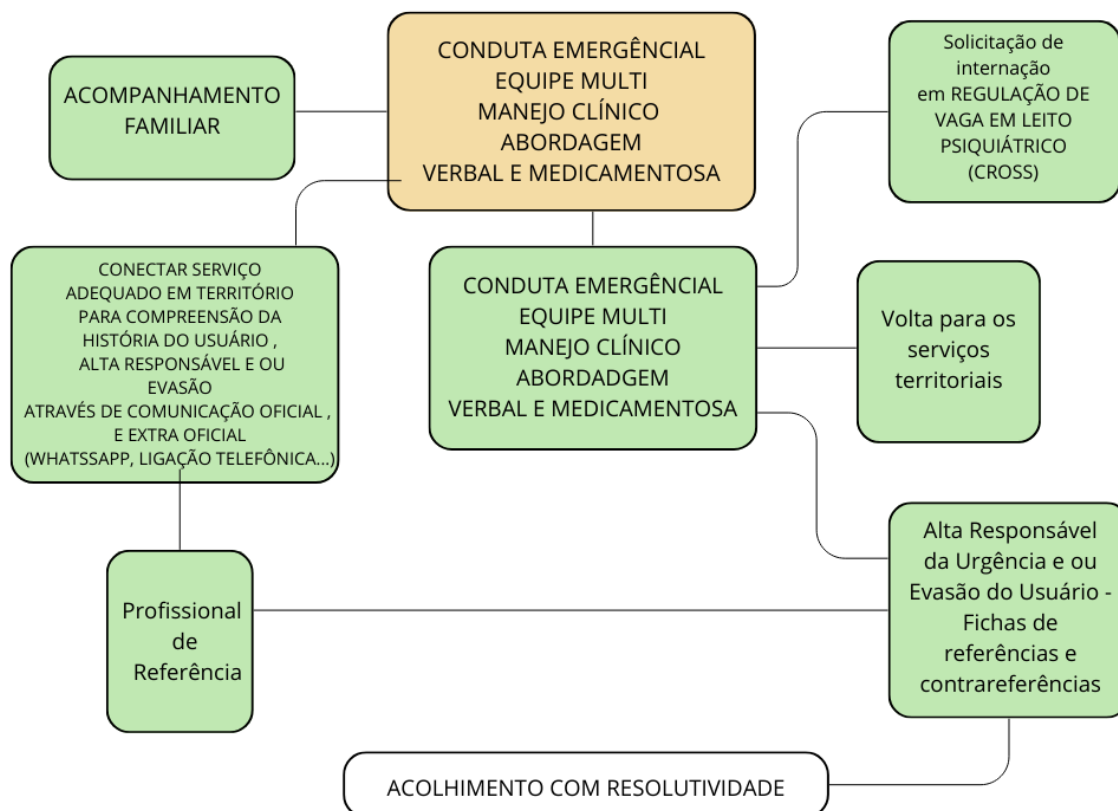
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 10 – Linha de cuidado para álcool e outras drogas e orientação de fluxo – 02



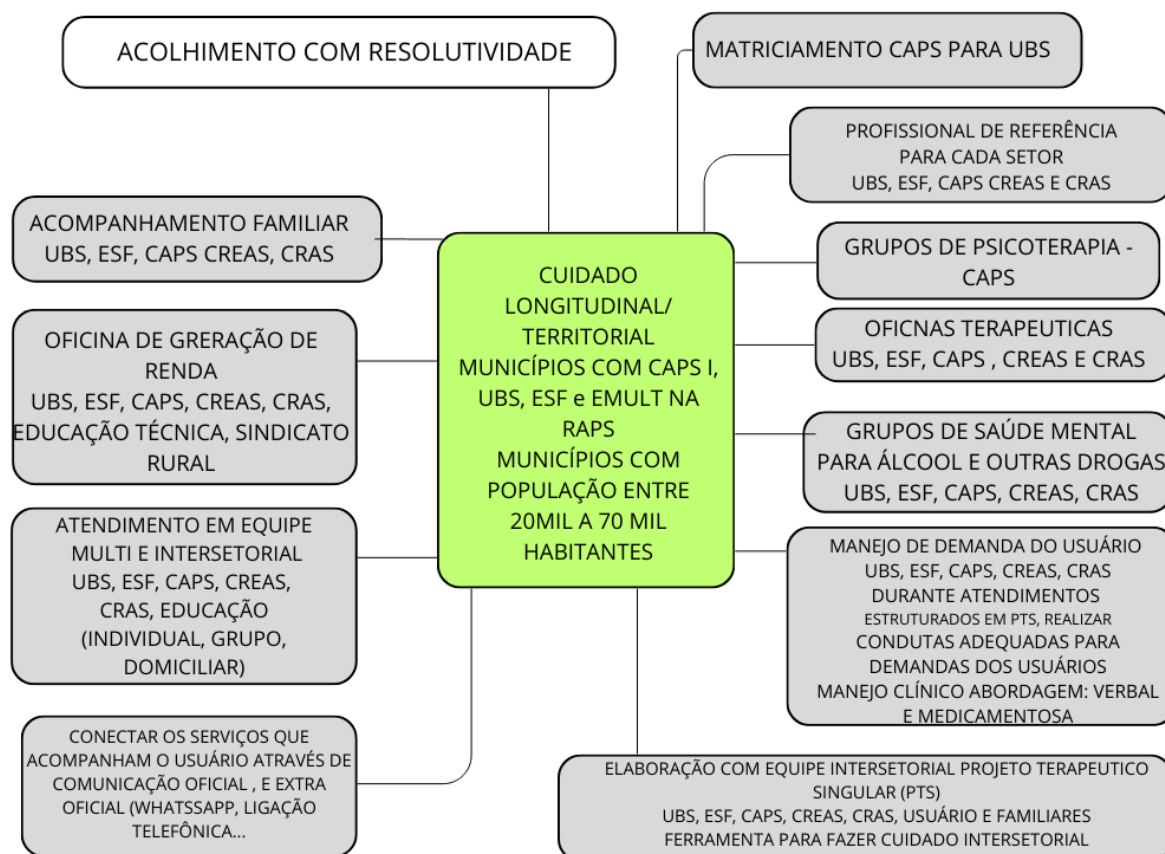
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 11 – Linha de cuidado para álcool e outras drogas – Protocolo 1 - para situações de urgência/emergência



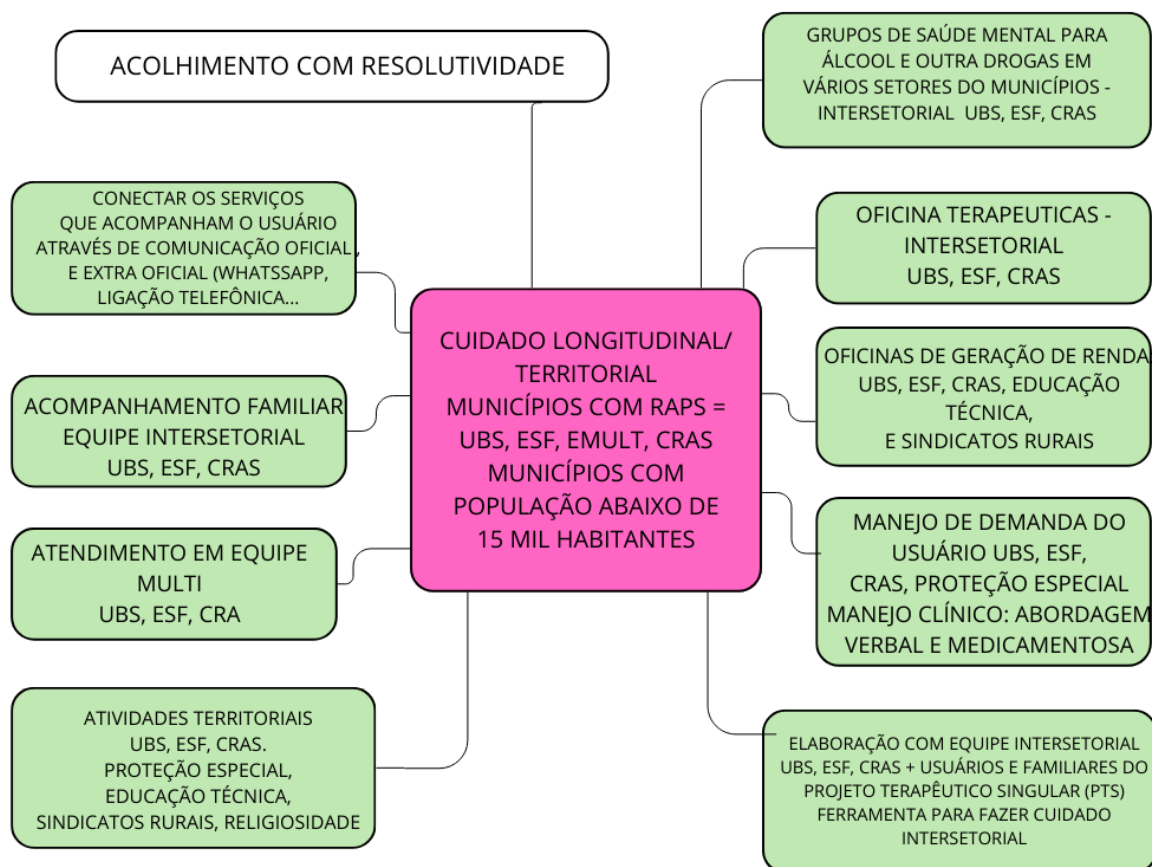
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 12 – Construção coletiva de linha de cuidado para álcool e outras drogas - Protocolo 2 - para situações de cuidado em território em municípios com APS + CAPS



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 13 – Construção coletiva de linha de cuidado para álcool e outras drogas – Protocolo 3 - para situações de cuidado em território em municípios com APS



Fonte: Elaborada pela autora.

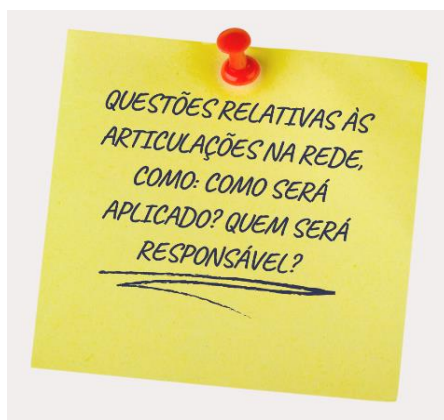
### **5.3.6 Sexta oficina – revisão do fluxograma das diretrizes**

Não houve mudança no desenho das figuras 10, 11, 12 e 13, porém revisitaram detalhes nas ações dos protocolos: Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas e Usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado longitudinal/territorial, deixando as ações e os fluxos mais detalhados.

Inicialmente, discutiram-se três tipos de capacitações consideradas fundamentais: (I) para toda a rede, incluindo acolhimento e redução de danos; (II) para a elaboração e implementação do fluxograma; e (III) para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Durante a revisão do fluxograma, o grupo levantou questões relativas às articulações na rede, como: *Como será aplicado? Quem será responsável?* Foi apontado que cada município possui meios oficiais de comunicação distintos. Em Guará, por exemplo, utilizam-se o *WhatsApp*, *e-mail* e ofícios como meios oficiais; em outros municípios, o *WhatsApp* não é reconhecido oficialmente. Entretanto, em todos, as ligações de técnico para técnico, apesar de não oficiais, foram consideradas necessárias para garantir a resolutividade do cuidado. Em Ituverava, destacou-se a existência de um grupo condutor que monitora o fluxo da rede.

Imagem 8 - Destaque do grupo sobre: Articulação de rede



Fonte: Elaborada pela autora.

Quando questionados pela mestrandia sobre como deveriam ocorrer as capacitações sugeridas, o grupo respondeu de forma unânime que “*santo de casa não faz milagre*”. Assim, concluiu-se que as capacitações deveriam ser realizadas por um serviço especializado externo, garantindo maior legitimidade e imparcialidade ao processo conforme citação de Merhy (2007) e Campos, (2000).

Ainda nesse debate, salientou-se que, para usuários ausentes, as comunicações via *WhatsApp* não seriam suficientes, devendo o *e-mail* ser priorizado, de modo a assegurar registro oficial.

Uma das participantes questionou sobre os sistemas de informação em uso. Nos municípios com apenas Atenção Básica, relatou-se a utilização do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão). Em Ituverava, mencionou-se um sistema específico, terceirizado. O grupo concluiu que a implantação de um sistema integrado

e informatizado é de vital importância para efetivar o fluxograma e ampliar a comunicação intersetorial, assim como propôs Onocko-Campos e Furtado (2006).

Discutiu-se, também, a situação do manejo hospitalar na região. No momento da oficina, havia abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além dos já existentes no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec (Franca) e no Hospital Geral de Igarapava. A regulação das vagas se dava pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), de abrangência estadual. Durante o encontro, foi informado que quatro novos leitos em Ituverava e quatro em Ipuã haviam sido efetivados e já estavam em funcionamento (Brasil, 2013).

Em relação ao fluxo para municípios com e sem CAPS I, alguns itens do PTS foram retirados da versão final do fluxograma, com o entendimento de que seriam aprofundados posteriormente nas capacitações. Sugeriu-se a teleorientação, distinta da teleconsulta, na qual um especialista oferece suporte e orientação a outro profissional ou equipe, ampliando a resolutividade e aproximando-se das recomendações de Machado e Boarini (2013).

Propôs-se, ainda, a definição de técnicos responsáveis pelo matriciamento em cada equipamento de saúde, especialmente em municípios com CAPS I ou equipes de ESF, de forma a orientar fluxos e atuar como ponte entre os serviços, podendo, inclusive, organizar os atendimentos conforme a faixa etária.

Os municípios que contam apenas com a Atenção Básica relataram dificuldades adicionais por não disporem de CREAS, possuindo apenas serviços de proteção especial, o que limita as possibilidades de articulação e acompanhamento dos casos.

A pesquisadora questionou o grupo sobre a viabilidade e o tempo necessário para a implantação das estratégias operacionais das diretrizes construídas coletivamente através dessas oficinas. Os participantes responderam que tal definição só seria possível após o aceite e a responsabilização dos gestores municipais, ressaltando a necessidade de apresentação do trabalho em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) para fortalecer a proposta (Brasil, 2004).

### 5.3.6.1 Produtos oficina 6

Quadro 12 - Usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas – Oficina 6

<b>AÇÕES</b>	<b>Nome das equipes responsáveis</b>	<b>Possíveis condutas</b>	<b>FORTALECE</b>
Capacitação de redução de danos e acolhimento para todos os setores e funcionários do município que realizam atendimento ao usuário de SPA.	ESF, UBS, CRAS, CREAS, EDUCAÇÃO, ESPORTES e líderes religiosos.	Equipes e setores articulados falando a mesma linguagem e orientação.  Elaboração de organograma simples para orientação do usuário de SPA e familiares.	Cuidado adequado e desenvolvimento de autonomia e responsabilização do usuário de SPA e seus familiares pelo processo de cuidado.
Acolhimento (com resolutividade) Protocolo de Redução de Danos e entrevista motivacional.	Todos os profissionais podem acolher um usuário quando procura o serviço; Profissionais técnicos são os que deverão aprofundar este acolhimento; eMulti: Médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e assistente social.	Articulação com eMulti;  Quebra do modelo biomédico;  A recepção, e/ou outros profissionais, irão acolher e direcionar para o técnico responsável.	Autonomia para outros profissionais; Vinculação com o usuário de SPA; Corresponsabilização.
Realizar fichas de referência e contrarreferências.	Não só o médico. Outros técnicos poderão fazer.	Articulação com os serviços do mesmo setor e intersetorial, se necessário.	
Conectar serviço adequado.	eMulti; Outros serviços (como CRAS e CREAS).	Através de <i>e-mail</i> , <i>WhatsApp</i> e ligação telefônica.	Conecta a ferramenta de referência e contrarreferência aos profissionais e setores, garantindo cuidado integralizado para o usuário de SPA.

Acompanhamento familiar dentro da Política de Redução de Danos	eMulti, UBS e CAPS; Outros serviços (como CRAS e CREAS).	Apoiar a família para que possam conviver com o usuário de SPA. Compreender a demanda da família no momento de intoxicação por SPA.	A família passa a conseguir “dar conta” e a receber o seu familiar usuário de SPA.
Conduta emergencial.	Serviço de Urgência e Emergência.	Traçar o cuidado no período do serviço de urgência e emergência.	
Alta da Urgência Responsável e/ou evasão	Serviço de Urgência e Emergência; Enfermeira chefe do plantão registrará como foi feita alta responsável; Algum profissional da Urgência deverá entrar em contato com as equipes que darão sequência no tratamento territorial.	Deverá ser realizado em articulação com equipe da Urgência e Emergência e setores que darão sequência no tratamento	Grupo de <i>WhatsApp</i> de alta responsável; Ficha/Relatório de evasão local, B.O, relatório de evasão e evolução no prontuário.
Equipe profissional de referência pós-alta médica.	UBS, CAPS, CREAS e CRAS Técnico de referência ou o profissional que ficar definido no setor.	Reacolhimento com protocolo de redução de danos e entrevista motivacional.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 - Usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado longitudinal/ territorial – Oficina 6

<b>AÇÕES</b>	<b>Nome das equipes responsáveis</b>	<b>Possíveis condutas</b>	<b>FORTALECE</b>
Capacitação de redução de danos e acolhimento para todos os setores e funcionários do município que realizam atendimento ao usuário de SPA.	ESF, UBS, CRAS, CREAS, EDUCAÇÃO, ESPORTES e líderes religiosos.	Equipes e setores articulados falando a mesma linguagem e orientação.  Elaboração de organograma simples para orientação do usuário de SPA e familiares.	Cuidado adequado e desenvolvimento de autonomia e responsabilização do usuário de SPA e seus familiares pelo processo de cuidado.
MATRICIAMENTOS E CAPACITAÇÕES.	DRS, Secretarias da saúde; CAPS e equipe multiprofissional.	Reuniões de matriciamentos e capacitações.	Portarias para comissão intersectorial.

<p>ACOLHIMENTO (COM RESOLUTIVIDADE) Protocolo de Redução de Danos e entrevista motivacional.</p>	<p>UBS, CAPS, CREAS e CRAS; eMulti: médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, assistente social...</p>	<p>Articulação com outros profissionais da eMulti; Quebra do modelo biomédico; Assistência apoiada na redução de danos (esclarecer dúvidas...); Encaminhamentos intersetoriais; A recepção e outros profissionais irão acolher e direcionar para o técnico responsável.</p>	<p>Autonomia para outros profissionais; Vinculação com o usuário de SPA. Corresponsabilização.</p>
<p>Conectar os serviços que acompanham o usuário.</p>	<p>eMulti; Outros serviços (como CRAS e CREAS).</p>	<p>Articulação através de <i>e-mail</i>, <i>WhatsApp</i> e ligação telefônica. De forma rápida e eficaz.</p>	<p>Ofícios, <i>e-mails</i>, Fichas de encaminhamentos, portarias validando contato <i>WhatsApp</i> como oficial.</p>
<p>PTS (Intensivo – 4x semana – reavaliar PTS a cada 1 mês; Semi-intensivo – 1 a 3x semana – reavaliar PTS a cada 4 meses; Não intensivo – 1x semana – reavaliar PTS a cada 6 meses) O PTS é um dispositivo/ferramenta para fazer o cuidado intersetorial e nos próprios equipamentos do SUS.</p>	<p>eMulti; Família; Usuário; Outros setores.</p>	<p>Reuniões de equipe (setor), semanais e mensais; Reunião de rede matriciamento.</p>	<p>Portarias municipais estabelecendo reuniões intersetoriais, de rede e setoriais e sua periodicidade e Comissão Intersetorial de Condutores para Usuários de SPA.</p>
<p>Acompanhamento familiar dentro da Política de Redução de Danos.</p>	<p>UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS esporte e educação.</p>	<p>Grupos de apoio e psicoterapia, visitas domiciliares Obs.: Com perspectiva que considere que os familiares convivam com usuário em abuso de SPA.</p>	<p>A família passa a conseguir “dar conta” e a receber o seu familiar usuário de SPA. Reuniões mensais intersetoriais com familiares. Responsabilização compartilhada. O usuário só evolui quando passa a ter escolhas.</p>

Equipe profissional referênciada.	e/ou de	UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS.	Responsável pelo apoio e orientação ao usuário e equipes que acompanham.	Divisão do território e Corresponsabilização.
Grupos Psicoterapia.	de	CAPS.	Em equipes especializadas como tratamento.	Obs.: Os psicólogos que participaram dessa oficina consideraram de extrema importância os grupos de psicoterapias nas UBS para os casos leves e moderados de saúde mental, por compreenderem que é necessária a elaboração do usuário do seu processo psíquico para não se tornar uma doença grave.
Grupos de Saúde Mental para álcool e outras drogas.		UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS.	Grupos em geral, PEC solicita a coletividade do cuidado.	Grupos de orientação, promoção e grupo de atenção primária estabelecidos no PEC.
Oficinas Terapêuticas.		UBS, ESF, CAPS, CREAS e CRAS.	VÁRIOS TIPOS DE OFICINAS.	
Oficinas de geração de renda.		UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, educação técnica e Sindicato Rural.	Cursos profissionalizantes de curta, média e longa duração; Oficinas.	
Atendimento em eMulti.		eMulti: médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, assistente social...	Grupos, individual e visita domiciliar.	

Atividades territoriais.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural, Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos) e ações religiosas.	Grupos e atividades extramuros; Visitas domiciliares.	Projetos articulando e integrando todos os cuidados ofertados.
Manejo de demanda.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica, Sindicato Rural e Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólicos anônimos)	Durante atendimentos em grupos nos setores e/ou extramuros.	
Usuário ausente – busca ativa.	UBS, ESF, CAPS, CREAS, CRAS, Educação técnica e Sindicato Rural, Trabalho da Comunidade (Amor Exigente, Alcoólicos anônimos)	Busca ativa por ligação telefônica, mensagem de <i>WhatsApp</i> , visita domiciliar, ação em conjunto: saúde, assistência social e educação.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi unânime a aceitação das estratégias de operacionalização das diretrizes construídas, assim como a percepção positiva do processo coletivo. A pesquisadora elaborou, com base nas discussões, um fluxograma representando as estratégias de operacionalização de uma linha de cuidado para álcool e outras drogas da região da Alta Mogiana (DRS VIII).

O fluxograma foi estruturado a partir do eixo “acolhimento com resolutividade” (Brasil, 2013), contemplando, também, as sugestões do DRS VIII, que solicitou maior enfoque na elaboração de fluxogramas e PTS. Dessa forma, incluiu-se uma etapa inicial de capacitações dos profissionais, preparando-os para a utilização desses dispositivos.

Foram incorporadas, ainda, as seções referentes:

- Ações em Unidades de Urgência e Emergência;
- Cuidado longitudinal em municípios com e sem CAPS;
- Elaboração de PTS de forma articulada;
- Tabelas de descrição de condutas, elaboradas coletivamente.

O grupo construiu um organograma de operacionalização da linha de cuidado em SPA, adaptado à realidade da região da Alta Mogiana (DRS VIII - Franca), representando a consolidação das oficinas enquanto processo de construção coletiva e participativa.

O produto da sexta oficina consistiu na confirmação dos processos de trabalho, fluxos e pactuações já realizados nos encontros anteriores, bem como na aprovação de um modelo mais dinâmico de estrutura de cuidado voltado para três cenários distintos: (I) o paciente em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas; (II) o cuidado em território nos municípios com CAPS; e (III) o cuidado em território nos municípios que dispõem apenas de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O modelo aprovado para a visualização da rede de cuidado a usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas foi denominado “modelo polvo”, em virtude de sua representação da intersetorialidade e da educação permanente como elementos centrais para a integralidade da atenção.

Esse modelo valoriza o ser humano por meio de um acolhimento resolutivo, aliado a um manejo qualificado, sustentado em intervenções baseadas em evidências científicas, com foco no bem-estar e no reconhecimento do uso de drogas como fenômeno social. Tal perspectiva reflete os princípios da gestão participativa, que garante a construção de espaços intersetoriais de cuidado territorial.

Como consequência, a expectativa é que essa forma de organização possibilite a redução de internações psiquiátricas em leitos hospitalares, favorecendo a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conforme cita Brasil (2011); Onocko-Campos; Furtado (2006) e Merhy (2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi contemplado por meio da construção coletiva de estratégias de operacionalização de uma linha de cuidado para usuários de substâncias psicoativas, considerando as especificidades da RAPS da região de saúde Alta Mogiana, DRS VIII – Franca/SP.

Considerando a singularidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região investigada, esta pesquisa proporcionou, por meio de oficinas participativas com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), espaços e ferramentas voltados à construção coletiva e pactuada de operacionalização de estratégias de diretrizes para a linha de cuidado psicossocial em álcool e outras drogas (Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Essas estratégias foram construídas e articuladas com base nas diretrizes das Políticas Nacionais de Atenção Psicossocial, de Redução de Danos e de Humanização. Evidenciou-se a importância das capacitações permanentes sobre os temas: acolhimento resolutivo e do matriciamento das equipes de saúde, a fim de garantir a integralidade da atenção (Brasil, 2004; Brasil, 2011).

O grupo de profissionais do SUS participantes das oficinas considerou a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo do cuidado (usuários, familiares, trabalhadores, gestores e setores intersetoriais) - como condição essencial para a compreensão das necessidades de saúde - bem como para o planejamento e a execução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), promovendo bem-estar e cuidado integral e indo de encontro com o que Campos (2000) e Merhy (2007) propõem.

Ficou nítido, com a evolução dos produtos de cada oficina, como o grupo de profissionais se mostrou potente, articulado e vinculado durante o desenvolvimento das oficinas, apresentando um grande salto de expressão e conduta a partir das oficinas 4, 5 e 6. O grupo iniciou com a análise de 3 cenários: I) *Demanda de acolhimento em situação de crise para usuários em uso abusivo de SPA*; II) *Demanda de acolhimento em situação de uso abusivo sem crise*; e III) *Demanda de usuário intoxicado*. Após análise crítica e construtiva das características regionais, foram considerados dois cenários centrais para a linha de cuidado regional em SPA: (I) usuário em situação de intoxicação decorrente de abuso de substâncias psicoativas; (II) usuário em uso de substância psicoativa em situação de cuidado

longitudinal/territorial. Sendo o segundo dividido em duas possibilidades: municípios apenas com Atenção Básica e municípios com Atenção Básica e CAPS I.

Como produto das oficinas, foi pactuada uma proposta singularizada de operacionalização da linha de cuidado em substâncias psicoativas, construída coletivamente e orientada à realidade regional dos municípios de pequeno porte, culminando na elaboração de dois manuais (produtos técnicos) com instruções para sua implementação. Pode-se concluir que os fatores críticos de sucesso se referem a estratégia coletiva e dialógica para o planejamento de uma linha de cuidado singularizada, articulada à gestão do cuidado com a educação permanente, explicitando a importância da validade técnico-científica das práticas, bem como a assunção de uma diretriz ético-política emancipatória.

A partir dos dados e análises desenvolvidos, foram criados dois produtos técnicos: (I) *Guia instrutivo: caracterização da linha de cuidado em substâncias psicoativas na RAPS da Alta Mogiana – DRS VIII – Franca/SP*; (II) *Manual de oficinas: construção coletiva de estratégias para linha de cuidado de substâncias psicoativas em municípios de pequeno porte*. Com estratégias de operacionalização de linhas de cuidado em álcool e outras drogas, voltadas ao fortalecimento da rede e à pactuação regional dos fluxos assistenciais, esses produtos técnicos serão apresentados à Comissão Intergestores Regional (CIR) em 2025 e disponibilizados aos municípios da regional de saúde, com vistas à consolidação da RAPS como rede resolutive, corresponsável e voltada à integralidade da atenção (Brasil, 2013).

As estratégias de operacionalização da linha de cuidado, construídas coletivamente, reforçaram a centralidade da atenção psicossocial, a corresponsabilização entre os pontos da rede, a integralidade e a redução de danos como diretrizes éticas e políticas essenciais no cuidado a usuários de substâncias psicoativas.

A pesquisadora compromete-se a apresentar os produtos técnicos resultantes desta pesquisa à Comissão Intergestores Regional (CIR), após a defesa acadêmica, visando apoio e validação para a execução dos processos desenvolvidos.

Os produtos técnicos e a dissertação também serão encaminhados aos municípios participantes, fortalecendo o compromisso com a devolutiva e com a aplicabilidade dos resultados no território.

O grupo de profissionais participantes aguarda esse material como subsídio para a estruturação do trabalho em rede, bem como reconhecimento da produção coletiva construída ao longo do processo investigativo.

Como profissional do SUS, aluna e pesquisadora do PPGGC, destaco que o desenvolvimento deste mestrado profissional representou um marco significativo para minha trajetória pessoal e para a região em que atuo. A experiência ultrapassou a dimensão de uma especialização ou capacitação individual, possibilitando também a abertura de novos caminhos de trabalho e de reflexão coletiva.

O curso contribuiu para ampliar a capacidade de análise e intervenção, fortalecendo não apenas minha formação, mas também a articulação e o protagonismo de um grupo regional de profissionais. Esse processo resultou na construção e consolidação de uma equipe mais integrada, comprometida e orientada pelos princípios do SUS, com potencial para aprimorar a atenção psicossocial e a organização dos serviços em rede.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, A. C. A saúde percebida como indicador subjetivo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1050-1054, 2010.
- ALVARENGA, R.; SOARES, G. M. Redução de danos e políticas públicas: uma análise das práticas e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, v. 12, n. 1, p. 78-95, 2020.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ANDRADE, A. N. Ética, pesquisa e produção de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2012.
- BATALDEN, P. *Coprodução do cuidado em saúde: conceitos e práticas*. *Health Affairs*, v. 35, n. 4, 2016.
- BERMUDEZ, L. *et al.* O cuidado em saúde mental e os desafios da desinstitucionalização. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 103–117, 2017.
- BJÖRN, I. *SWOT Analysis in health care*. London: Health Management Press, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas – CONAD. Resolução nº 3, de 27 de outubro de 2005. Dispõe sobre a diferenciação entre usuário e traficante. Brasília: CONAD, 2005.
- BRASIL. *Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: *Presidência da República*. 2010a.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. *Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas no Brasil*. Brasília, DF, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão da Saúde Mental 2019–2022. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no SUS*. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS – Diretrizes Operacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude.pdf). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: carta de Ottawa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação nº 009, de 11 de abril de 2024*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2024. 3 p.

BRITES, J. A. R. *Drogas e saúde mental: construção da cidadania e do cuidado em liberdade*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

CAMPOS, G. W. S. O desafio da integralidade segundo a perspectiva do sujeito: uma contribuição hermenêutica à construção da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 333–342, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CANATO, P; BICHIR, R. Intersetorialidade e redes sociais: a implementação de projetos para população em situação de rua em São Paulo. *Revista de administração pública*. Rio de Janeiro 55(4): 995-1016, jul. - ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200688>

CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Relatório Anual*. São Paulo: UNIFESP, 2024.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; PELEGRINI, M. A. Linha de cuidado: entre fluxos, redes e singularidades. *Revista Interface*, v. 7, n. 13, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 57, p. 34-48, 1997.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. *Intersectionality*. Cambridge: Polity Press, 2016.

COUTINHO, M. P. L.; *et al.* Atenção psicossocial em crise: perspectivas territoriais e comunitárias. *Revista Saúde Mental em Rede*, v. 6, n. 2, p. 45-59, 2024.

CRIVES, D. *et al.* Desafios no cuidado em saúde mental: o uso de múltiplas substâncias. *Psicologia em Revista*, v. 24, n. 1, p. 109–123, 2018.

CRUZ, M. S. *Redução de danos no Brasil: uma política pública em construção*. São Paulo: Hucitec, 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DEFEHR, J. N. Transforming encounters and interactions: a dialogical inquiry into the influence of collaborative therapy in the lives of its practitioners. Dissertation. Tilburg University, in Tilburg, the Netherlands, 2008.

DELFINI, P. S. A.; BASTOS, I. A. C.; REIS, A. O. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 12, 2017.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Desafios da atenção psicossocial no SUS: práticas, mudanças e resistências. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 1–10, 2017.

FERNANDES, L.L. A.; DOTE, K.C.B.; SILVA, E.L.; RODRIGUES, E.M.S.; CARNEIRO, E.C.; BRITO, J.M.P. Terapia Ocupacional e redução de danos: promoção da saúde no Centro de Atenção Psicossocial de um município cearense. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v.16, n.12, p.30692-30706, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.12-099.

FERREIRA, D. R. Redução de danos e saúde pública: desafios e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 1, p. 29–42, 2018.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Atenção básica e integralidade: uma proposta de reorganização da prática. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, 2003.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas Populacionais por Município*. Brasília, 2024.

IHRA – INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. *What is harm reduction?* London, 2010.

INFANTE, C. L. S. *Ser mujer: diálogos intergeneracionales*. Dissertação (Mestrado) – Instituto Kanankil, Mérida, México. 2003.

LIMA, D.; GUIMARÃES, M. D. S. A saúde mental na atenção primária à saúde: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4533–4542, 2019.

LIMA, L. C.; SILVA, A. P.; GUIMARÃES, J. C. Intersetorialidade e continuidade do cuidado em saúde mental. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, v. 15, n. 1, p. 89-104, 2023.

LINES, L. M. Cuidado centrado no paciente: contexto e fundamentos. *Journal of Health Services Research*, v. 10, n. 2, 2015.

LOPES, C. S. *et al.* Estrutura dos serviços de saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 35, n. 1, p. 70–71, 2013.

LUZ, M. T. Natural, racional, universal: o modelo biomédico e a reforma sanitária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. esp., p. 15-43, 2004.

MACHADO, A. R.; BOARINI, M. L. A política de saúde mental no Brasil: a (des)institucionalização da loucura. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 2, p. 245-254, 2013.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Dilemas da atenção básica em saúde no Brasil: entre a integralidade e a fragmentação. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 118-132, 2019.

MEDEIROS, K.T; SILVANA CARNEIRO MACIEL, S.C; SOUSA, P.F; TENÓRIO-SOUZA, F.M; VASCONCELOS DIAS, C.C. Representações sociais do uso e abuso

de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 2, p. 269-279, abr./jun. 2013.

MEDEIROS, M. *et al.* *Drogas e vulnerabilidades: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Cortez, 2017.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. *et al.* *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONASS, 2009.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: MS, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia estratégico para cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cristina. *A linguagem na construção do conhecimento: introdução à hermenêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OLIVEIRA, J. A. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/Cortez, 1989.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* *Políticas públicas e redes de atenção psicossocial: desafios e estratégias*. São Paulo: Hucitec, 2022.

OLIVEIRA, M. S. de. A crise como responsabilidade da RAPS: desafios e possibilidades da atenção psicossocial. *Revista Saúde em Debate*, v. 46, n. 134, p. 763-775, 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. 10. ed. Genebra: OMS, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. (orgs.). Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2022.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PICKER INSTITUTE. *Principles of patient-centered care*. Boston: Picker Institute, 2017.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma clínica ampliada na atenção básica. *Revista Saúde em Debate*, v. 30, n. 73, p. 33-42, 2007.

PINHO, L. B. *et al.* Organização dos serviços de saúde mental em rede e território. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 527-546, 2009.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

QUEIROZ, J. F. *Redução de danos: uma política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

QUINTAS, R. M. *et al.* Políticas sobre drogas no Brasil: entre o cuidado e a repressão. *Revista Psicol. Política*, v. 20, n. 47, p. 198-209, 2020.

RIBEIRO, M. Panorama do tratamento de dependência química na América Latina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 29, p. 1-9, 2021.

ROCHA, E. N. *Drogas e sociedade: uma abordagem crítica*. São Paulo: Cortez, 2003.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. MacRae, & H. Carneiro (Orgs.), *Drogas e cultura. novas perspectivas* (pp. 91-104). Salvador: EDUFBA, 2008.

SAMPAIO, J.; MARTINS, M. I.; BENEVIDES, R. P. Políticas públicas de saúde mental no Brasil: desafios e resistências. *Revista Políticas Públicas & Cidadania*, v. 11, n. 2, p. 1-15, 2021.

SANCHEZ, Z. M. Prevenção ao uso de drogas: o que funciona? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017.

SANTANA, J. C. *et al.* Políticas públicas e o cuidado às pessoas com transtornos por uso de substâncias. *Saúde e Transformação Social*, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2023.

SANTOS, M. L. *A política de saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil: avanços e desafios*. Salvador: EDUFBA, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDRS Macrorregião Nordeste*. São Paulo: SES-SP, 2012. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2025.

SERGIO, A; JORGE, M. A. S. (Org.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SILVA, A. P. da. Barreiras ao acesso de usuários de drogas aos serviços de saúde na América Latina. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1201-1210, 2020.

SILVA, M. P. A rede de atenção à saúde mental e os desafios da Reforma Psiquiátrica. *Revista Saúde em Debate*, v. 31, n. 74, p. 65–72, 2007.

SOARES, C. J. et al. Inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas: cuidar e ser cuidada. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 1, 2021.

SOCOL, K. L. et al. Itinerário terapêutico e assistência à saúde de usuários de drogas na rede de atenção psicossocial. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 13, p. 1626–1632, 2021.

SOUZA, R. G. de et al. Oficina como dispositivo metodológico em saúde: caminhos para construção coletiva de saberes. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 739–750, 2020.

SOUZA, T. P. A redução de danos como ética do cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 46, p. 321–332, 2013.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report 2019*. Vienna: United Nations, 2019.

WAGNER, J. R. *A clínica degradada: ensaios sobre o sofrimento e a ética na saúde*. São Paulo: Escuta, 1997.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health for all in the 21st century*. Geneva, 1991.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Geneva: WHO, 2015.

YASUI, S. *A institucionalização da saúde mental no Brasil: construção, efeitos e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ZHAO, H. Patient-centered care and its impact on outcomes. *Health Services Review*, v. 48, n. 3, 2016.

## ANEXO A

**CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA DRS VIII E PARTICIPAÇÃO NA 7ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**

Distribuição dos participantes por municípios para as etapas regionais da 7ª **CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**, segundo os critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o critério de paridade na representação dos segmentos da sociedade civil no Sistema Único de Saúde (SUS) e proporcionalidade populacional, adequados ao território do Estado de São Paulo.

<b>DRS VIII - FRANCA REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>POPULAÇÃO MASCULINA</b>	<b>POPULAÇÃO FEMININA</b>	<b>POPULAÇÃO TOTAL</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES PARA A ETAPA REGIONAL</b>
Alta Anhanguera	Ipuã	7.386	7.106	14.492	12
Alta Anhanguera	Morro Agudo	15.165	14.508	29.673	16
Alta Anhanguera	Nuporanga	3.455	3.439	6.894	8
Alta Anhanguera	Orlândia	19.776	20.576	40.352	20
Alta Anhanguera	Sales Oliveira	5.333	5.423	10.756	12
Alta Anhanguera	São Joaquim da Barra	23.158	24.098	47.256	20
<b>Alta Anhanguera Total</b>	<b>74.273</b>	<b>75.150</b>	<b>149.423</b>	<b>88</b>	
Alta Mogiana	Aramina	2.615	2.596	5.211	8
Alta Mogiana	Buritizal	2.099	2.012	4.111	8
Alta Mogiana	Guará	9.951	10.050	20.001	16
Alta Mogiana	Igarapava	13.992	14.267	28.259	16
Alta Mogiana	Ituverava	19.051	20.011	39.062	20
Alta Mogiana	Miguelópolis	10.316	10.352	20.668	16
<b>Alta Mogiana Total</b>	<b>58.024</b>	<b>59.288</b>	<b>117.312</b>	<b>84</b>	

Três Colinas	Cristais Paulista	3.950	3.791	7.741	8
Três Colinas	Franca	157.740	165.567	323.307	44
Três Colinas	Itirapuã	3.057	2.933	5.990	8
Três Colinas	Jeriquara	1.617	1.525	3.142	8
Três Colinas	Patrocínio Paulista	6.719	6.521	13.240	12
Três Colinas	Pedregulho	8.043	7.764	15.807	16
Três Colinas	Restinga	3.367	3.372	6.739	8
Três Colinas	Ribeirão Corrente	2.248	2.085	4.333	8
Três Colinas	Rifaina	1.731	1.722	3.453	8
Três Colinas	São José da Bela Vista	4.333	4.123	8.456	8
<b>Três Colinas Total</b>		<b>192.805</b>	<b>199.403</b>	<b>392.208</b>	<b>128</b>
<b>TOTAL</b>		<b>325.102</b>	<b>333.841</b>	<b>658.943</b>	<b>300</b>

## APÊNDICE A

### **FORMULÁRIO EXPLORATÓRIO PARA GESTORES DRS VIII**

#### **CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DIRETRIZES DA LINHA DE CUIDADO PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Esse formulário faz parte do mestrado profissional e tem como objetivo coleta de dados para estudo da RAPS da região de saúde Alta Mogiana e a linha de cuidados para usuário de substâncias Psicoativas.

Qual a sua função no DRS VIII - Franca?

Qual a sua função dentro da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS)?

*Marcar apenas uma oval.*

Secretário de Saúde Gestor

de  CAPS

Gestor de Unidade de Saúde da Família Gestor do

DRS VIII

Outro: \_\_\_\_\_

1. Caso tenha respondido "outro" na pergunta anterior, especifique  
\_\_\_\_\_
2. Você tem contato com demandas de uso prejudicial de álcool e outras drogas no seu cotidiano de trabalho

*Marcar apenas uma oval.*

sim, diretamente

sim, indiretamente

não tenho contato com este tipo de demanda

3. Você tem dados sobre o quantitativo de pessoas usuárias de substâncias psicoativas (SPA) que o município atende mensalmente, considerando todos os pontos da Rede? quais seriam estes dados?
4. Quantos atendimentos em Atenção Primária (Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde) são realizados para usuários de substâncias psicoativas mensalmente no município?

5. Quantos atendimentos em atenção especializada (ambulatórios, CAPS) são realizados para usuários de substâncias psicoativas mensalmente?
6. Qual o quantitativo de internações em hospital geral (leitos psiquiátricos) realizadas para usuários de substâncias psicoativas em crise no último mês ou trimestre?
7. Qual o quantitativo de encaminhamentos para comunidades terapêuticas realizadas para usuários de substâncias psicoativas em crise no último mês ou trimestre?
8. Qual a média de solicitações de internações relativas ao uso prejudicial de SPA - compulsórias e voluntárias - realizadas ou solicitadas em 2023 pelo seu município?
9. Existe (ou já existiu) um fluxo para atenção em álcool e outras drogas na RAPS da sua cidade?  
\*

*Marcar apenas uma oval.*

- sim
- não
- não sei

10. Caso exista (ou tenha existido) este fluxo, você poderia descrever o funcionamento?
11. Na sua experiência, como é realizado o cuidado a pessoas em uso prejudicial de SPA e quais seriam os maiores desafios para este cuidado no seu município?
12. O que você acredita que precisa mudar na RAPS para a realização de uma linha de cuidado para SPA que seja condizente com as necessidades de saúde desses usuários?
13. Na sua experiência profissional, o que você acha que as pessoas que trabalham \* no SUS com usuários de substâncias psicoativas precisam?

**APÊNDICE B****FORMULÁRIO EXPLORATÓRIO PARA GESTORES MUNICIPAIS****CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DIRETRIZES DA LINHA DE CUIDADO PARA  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Esse formulário faz parte do mestrado profissional e tem como objetivo coleta de dados para estudo da RAPS da região de saúde Alta Mogiana e a linha de cuidados para usuário de substâncias Psicoativas.

1. Nome do município \*
2. Qual a sua função dentro da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS)? \*  
*Marcar apenas uma oval.*
  - Secretário de Saúde
  - Gestor de CAPS
  - Gestor de Unidade de Saúde da Família
  - outro
3. Caso tenha respondido "outro" na pergunta anterior, especifique  
\_\_\_\_\_
4. Você tem contato com demandas de uso prejudicial de álcool e outras drogas no  
\*  
seu cotidiano de trabalho?  
*Marcar apenas uma oval.*
  - sim, diretamente
  - sim, indiretamente
  - não tenho contato com este tipo de demanda
5. Você tem dados sobre o quantitativo de pessoas usuárias de substâncias  
\* psicoativas (SPA) que o município atende mensalmente, considerando todos os pontos da Rede? Quais seriam estes dados?
6. Quantos atendimentos em Atenção Primária (Saúde da Família ou Unidade Básica  
\* de Saúde) são realizados para usuários de substâncias psicoativas mensalmente no município?
7. Quantos atendimentos em atenção especializada (ambulatórios, CAPS) são  
\*

realizados para usuários de substâncias psicoativas mensalmente?

8. Qual o quantitativo de internações em hospital geral (leitos psiquiátricos) \* realizadas para usuários de substâncias psicoativas em crise no último mês ou trimestre?
9. Qual o quantitativo de encaminhamentos para comunidades terapêuticas realizadas para usuários de substâncias psicoativas em crise no último mês ou trimestre?
10. Qual a média de solicitações de internações relativas ao uso prejudicial de SPA - compulsórias e voluntárias - realizadas ou solicitadas em 2023 pelo seu município?
11. Existe (ou já existiu) um fluxo para atenção em álcool e outras drogas na RAPS da sua cidade?

*Marcar apenas uma oval.*

- sim
- não
- não sei

12. Caso exista (ou tenha existido) este fluxo, você poderia descrever o funcionamento?
13. Na sua experiência, como é realizado o cuidado a pessoas em uso prejudicial de SPA e quais seriam os maiores desafios para este cuidado no seu município?
14. O que você acredita que precisa mudar na RAPS para a realização de uma linha de cuidado para SPA que seja condizente com as necessidades de saúde desses usuários?
15. Na sua experiência profissional o que você acha que as pessoas que trabalham \* no SUS com usuários de substâncias psicoativas precisam?