



ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

**ATENDIMENTO NO SUAS ÀS FAMILIAS E AOS
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
E RISCO PESSOAL E SOCIAL POR VIOLAÇÃO DE
DIREITOS ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS**



BRASÍLIA
Maio de 2016

Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

Vice-Presidente da República

Michel Miguel Elias Temer Lulia

Ministra do Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Tereza Helena Gabrielli Barreto Campello

Secretário Executivo

Marcelo Cardona Rocha

Secretária de Avaliação e Gestão da Informação

Paulo de Martino Januzzi

Secretario Nacional de Renda e Cidadania

Tiago Falcão Silva

Secretário Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Arnoldo Anacleto de Campos

Expediente

Esta é uma publicação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Secretaria Nacional de Assistência Social

Secretária Nacional de Assistência Social

Ieda Maria Nobre de Castro

Diretora do Departamento de Proteção Social Especial

Telma Maranhão Gomes

Diretora do Departamento de Proteção Social Básica

Lea Lúcia Cecílio Braga

Diretora do Departamento de Benefícios Assistenciais

Maria José de Freitas

Diretora do Departamento da Rede Socioassistencial privada do SUAS

Bárbara Pincowsca Cardoso Campos

Diretor do Departamento de Gestão do SUAS

Jose Ferreira da Crus

Diretora do Departamento do Fundo Nacional de Assistência Social

Dulcelena Alves Vaz Martins

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Secretaria Nacional de Assistência Social

CADERNO DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília, 2016.

1. Álcool e outras drogas, Brasil. 2. Políticas Públicas, Brasil. 3. Política de Assistência Social.

CRÉDITOS

COORDENAÇÃO

Departamento de Proteção Social Especial

ELABORAÇÃO

REDAÇÃO

Denis Petuco (consultor)

Deusina Lopes da Cruz

Regina Célia de Souza Beretta (consultora)

Maria de Jesus Bonfim de Carvalho

Kelvia de Assunção Ferreira Barros

Raquel Carvalho Pinheiro

COLABORAÇÃO TÉCNICA

Adriana de Almeida Faustino

Adrianna Figueiredo Soares Silva

Andressa Silva Menezes Carneiro

Ana Angélica Campelo de Albuquerque

Andréia Meneguci Barcelos

Anna Rita Scott Kilson

Aparecida Rodrigues dos Santos

Bruna D'Avila de Araujo Andrade

Carla Cristina Ulhoa Lucena

Carlos Alberto Ricardo Júnior

Cristiane Bertotti

Fábio Moassab Bruni

Izildinha Nunes

Luanna Sousa

Marcela Alcântara Noman

Márcia Pádua Viana

Mírian da Silva Queiroz

Natália da Silva Pessoa

Niusarete Margarida de Lima

Segismar Pereira

Tatiana Leite Lopes

Zora Yonara

SUPERVISÃO

Ana Luísa Coelho Moreira

Francisco Antonio de Souza Brito

Jadir Assis

Juliana Maria Fernandes Pereira

Léa Braga

Luciana de Fátima Vidal

Mariana de Sousa Machado Neris

Rodrigo Delgado

Telma Maranhão Gomes

COLABORAÇÃO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – SENAD

Adriana Pinheiro Carvalho

Pollyana Fausta Pimentel de Medeiros

ILUSTRAÇÕES

Lucas Lima

APOIO TÉCNICO

Hamilton Paiva

AGRADECIMENTOS

Consultores do Plano de enfrentamento ao Crack e outras drogas

Trabalhadores do SUAS convidados

LISTA DE SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CADUNICO - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CENTRO POP- Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

LA- Liberdade Assistida

LENAD- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social

MSE- Medida Socioeducativa

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização não governamental

PAEFI- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

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

PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIA- Plano Individual de Atendimento

PNAS- Política Nacional de Assistência Social

PSB- Proteção Social Básica

PSC- Prestação de Serviços à Comunidade

PSE- Proteção Social Especial

PSEAC- Proteção Social Especial de Alta Complexidade

PSEMC- Proteção Social Especial de Média Complexidade

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCFV- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SNC- Sistema Nervoso Central

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)	15
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO NO SUAS ÀS FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	29
CAPÍTULO III: A CAPILARIDADE DA REDE SUAS NOS TERRITÓRIOS E O ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS	117

APRESENTAÇÃO

Estas orientações técnicas estão sendo apresentadas como parte da construção coletiva de conhecimentos e saberes sobre os atendimentos no SUAS às Famílias e Indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Considera os desafios de ofertar atendimentos no âmbito da assistência social, no contexto da Proteção Social Básica e Especial, dois níveis de proteção que se estruturam no SUAS, de forma descentralizada com ações nos três níveis de governo na perspectiva da prevenção, da vigilância social e do atendimento especializado nas situações de violência e ou violação de direitos. Inclui Serviços, Programas e Benefícios ofertados de forma integrada em rede, articulada com as demais políticas públicas e órgãos de garantia e defesa de direitos no território.

Destina-se, portanto a gestores, órgãos de controle social, equipes técnicas do SUAS bem como, aos demais atores parceiros, órgãos e entidades que ofertam serviços ao público destinatário da política nacional de assistência social além dos Conselhos de Direitos e órgãos garantia e defesa de direitos.

Os conceitos e concepções aqui incluídos têm como referência a Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS, nº 8742/93 e alteração/2011, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS/2005, alteração/ 2012; a NOB/RH/SUAS/2006; a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS/2009; as Orientações Técnicas sobre cada Serviço do SUAS e as normativas sobre políticas sobre droga no Brasil e o programa Crack é Possível Vencer/2010.

Esperamos que este material contribua para o desafio diário de ampliar o acesso, aos cidadãos brasileiros, às seguranças socioassistenciais afiançadas pela política pública de Assistência Social, que integra a Seguridade Social brasileira.

INTRODUÇÃO

A publicação dessas orientações técnicas sobre o atendimento às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas, tem por objetivo contribuir para a qualificação do SUAS no atendimento a estas situações, na perspectiva do direito e na construção de uma rede de proteção social às famílias e indivíduos no território. Destinam-se aos gestores, conselheiros, trabalhadores, usuários, parceiros públicos e entidades sociais e pretende contribuir para a identificação das situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos no território; as ofertas do SUAS que podem contribuir com a proteção social; a identificação da rede de serviços existentes e a construção de agendas articuladas e integradas.

O reconhecimento de que o consumo de álcool e outras drogas refere-se a um fenômeno com múltiplas causas e consequências nas vidas das pessoas e suas famílias remete naturalmente para a construção de alguns consensos como, por exemplo: para o entendimento de que a intervenção não é campo de atuação exclusivo de uma única política pública e/ou de uma disciplina; para fazer frente aos seus múltiplos aspectos é preciso políticas capazes de reconhecer as questões de saúde pública, segurança e exclusão social, cujos usuários e suas famílias encontram-se em situação de vulnerabilidade, risco por direitos violados. Esta realidade impõe ao poder público ações articuladas e integradas, envolvendo amplos setores do Estado e da sociedade na perspectiva da prevenção, do tratamento, de cuidados, de proteção social e segurança, buscando garantir direitos e contribuir para a construção da autonomia.

Ao longo dos últimos anos no Brasil, as políticas públicas têm buscado a construção de redes de serviços para o enfrentamento das questões associadas ao consumo de crack e outras drogas, como direito de cidadania. Estas ações têm objetivado identificar as necessidades de suportes e apoios a estas pessoas, na perspectiva de oferecer-lhes ações integradas e articuladas de saúde, cuidados, acesso à educação, trabalho, redução dos danos, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais, melhora das condições de vida, construção de oportunidades e fortalecimento das famílias na sua função protetiva.

Contudo, apesar dos inúmeros esforços das políticas públicas, ainda observam-se fragilidades diante dos desafios atuais, como a construção de diagnósticos no território sobre ocorrência e prevalência dos usos e tipos de drogas mais utilizadas, motivações pessoais para os usos, conhecimento sobre os usuários, suas famílias e suas reais necessidades de acolhida, dentre outras. Estas fragilidades implicam ações públicas pontuais, emergenciais, com objetivos pouco definidos e resultados insatisfatórios, com forte teor coercitivo da polícia, sem a necessária articulação em redes e baixa adesão dos usuários e suas famílias.

A sociedade, por sua vez se queixa de desproteção, insegurança, insuficiência de informações, mas não se sente motivada a participar do enfrentamento ao tema, e, diante de várias situações de violência, muitas associadas ao consumo de drogas, se coloca receosa e de forma por vezes preconceituosa, diminuindo a sua possibilidade de colaboração, que é de fundamental importância para o sucesso das ações.

Na perspectiva de avançar neste debate, o Governo Federal aprovou o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* que implementa o *Programa Crack, é Possível Vencer*, no ano de 2010, representando uma importante estratégia intersectorial de governo para organizar as suas ações em três eixos: **prevenção**, **cuidados** - envolvendo as áreas de saúde e assistência social, e **autoridade** - envolvendo a segurança pública. O Programa Crack, é Possível Vencer possibilitou a implantação, a ampliação e a qualificação das ações das respectivas áreas envolvidas, de forma descentralizada, para estados, municípios e Distrito Federal, com a participação e cofinanciamento nos três níveis de governo.

A partir de 2015, o Governo Federal prioriza as ações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas na redução de seu impacto social, privilegiando os segmentos mais expostos a essas consequências, seja por características de seu ciclo de vida, como as crianças e os adolescentes, seja por se encontrarem em situação de maior vulnerabilidade social.

Para o período de 2016 a 2019 foram definidos, no Plano Plurianual do Governo Federal, como principais objetivos: prevenir e retardar o uso de drogas lícitas e ilícitas, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; ofertar cuidado

e ações de reinserção social para as pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas e apoiar as famílias para lidar com as consequências do uso de drogas.

Nesse contexto, a política de assistência social ganha relevância pela consonância de suas competências legais de garantir proteção social a famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos, inclusive, as associadas aos usos de álcool e outras drogas, por meio da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios.

Vale ressaltar que o SUAS , enquanto sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no país, dispõe de uma rede de proteção social à famílias e indivíduos, considerando as situações de vulnerabilidades e risco próprias de cada ciclo de vida: crianças, adolescentes, jovens e pessoas idosas ou de determinadas condições/situações vivenciadas, tais como: deficiência, gênero, raça/cor, etnia, orientação sexual; situações de violência, negligência, maus tratos, abandono, abuso e exploração sexual; tráfico de pessoas; convivência com a extrema pobreza; situação de rua; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto; consumo de álcool e outras drogas, dentre outras.

Para tanto, o SUAS organiza suas ações por níveis de proteção:

a) **Proteção Social Básica (PSB):** ofertada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em unidades referenciadas.

b) **Proteção Social Especial (PSE):** A PSE se divide em Média e Alta Complexidade, sendo que na Média Complexidade os serviços são ofertados nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), nos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua - Centros POP, nos Centros-dia de Referência para Pessoa com Deficiência, Pessoa Idosas e suas famílias e em unidades referenciadas ao CREAS. Em relação à Alta Complexidade são ofertados serviços de Acolhimento em distintos equipamentos, para atender a diversos perfis de usuários.

Os serviços públicos e gratuitos do SUAS são cofinanciados pelos três níveis de governo, implantados pelos Municípios, pelo Distrito Federal e de forma regionalizada pelos Estados, podendo ainda, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, serem executados em parceria com Entidades Sociais abrangidas pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Desta forma, o SUAS se consolida por meio da construção de serviços sociassistenciais em rede no território, de forma articulada com os serviços das demais políticas, e em integração com os órgãos de garantia e de defesa de direitos.

Neste sentido, a organização do SUAS conta com uma coordenação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) no nível federal, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a coordenação da política nos Estados e nos Municípios e a oferta dos serviços e benefícios pelos Municípios e/ou pelos Estados e pelo Distrito Federal.

As orientações técnicas para o atendimento no SUAS às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos, associada ao consumo de álcool e outras drogas, elaboradas sob a coordenação da Secretaria Nacional de Assistência Social, conta com a participação dos Departamentos de Proteção Social Básica e Especial, de consultores especialistas na área, além da participação de profissionais de diversos serviços do SUAS, localizados em distintos municípios/estados e com experiências em atendimento a famílias e indivíduos com histórico de consumo de álcool e outras drogas.

A troca de informações e de experiências na construção deste documento foi fundamental para fazer discussões sobre as complexas demandas apresentadas à assistência social pelos usuários, a oferta pública de serviços especializados, a diversidade dos desafios encontrados e as estratégias de soluções adotadas nos territórios. O envolvimento do órgão gestor da assistência social na articulação com os demais órgãos na perspectiva de construção de uma rede qualificada de serviços e a capacitação dos trabalhadores foram consideradas estratégias determinantes para o sucesso dos serviços.

Neste contexto, o **Capítulo I** trata dos aspectos históricos, políticos e sociais do consumo de álcool e outras drogas e as dimensões implícitas aos atendimentos

ofertado no SUAS diante das situações de vulnerabilidade, risco e violação de direitos. Apresenta algumas reflexões e problematizações gerais sobre as drogas e sua diversidade, os sujeitos das políticas públicas, sua caracterização e alguns aspectos das drogas disseminados na realidade brasileira.

O **Capítulo II** aborda aspectos da legislação brasileira e das políticas sobre drogas no Brasil. Aqui, realiza-se breve retrospectiva que contempla, a legislação inicial,, as principais diretrizes e orientações sobre o tema, a atual Política Nacional sobre Drogas,, e os avanços do Sistema único da Assistência Social (SUAS) para incorporar novas dimensões aos seus Serviços e importantes pilares para a efetivação da proteção social a indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco, associados ao consumo de álcool e outras drogas e suas famílias.

O **Capítulo III** é dedicado à discussão mais pormenorizada sobre a Rede SUAS nos territórios e as contribuições dos serviços de Proteção Social Básica (PSB) e da Proteção Social Especial (PSE) de média e de alta complexidade na atenção às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco, inclusive associada ao consumo de álcool e outras drogas. Esse capítulo contempla importantes reflexões sobre a capacidade destes serviços, ampliada pela possibilidade de atuação integrada com as demais unidades do SUAS e em articulação com os serviços da demais políticas, órgãos de garantia e de defesa de direitos.

Nas **considerações finais**, destaca-se o papel essencial e estratégico dos gestores da política de Assistência Social na organização e gestão de processos de trabalho qualificados no SUAS, frente às demandas apresentadas nos territórios, especialmente quando envolvem situações implicadas com usos de drogas. Demarca-se, ainda, a importância da gestão das unidades de oferta dos serviços socioassistenciais, importante referência na articulação intersetorial e na integração das ações e serviços das diversas políticas públicas nos territórios.

CAPÍTULO I

ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

1.1. Refletindo sobre os usos do crack, álcool, e outras drogas no contexto do SUAS

A proteção social a indivíduos e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos, inclusive associada ao consumo de álcool e outras drogas, exige um conjunto de ações que não são exclusivas do escopo da proteção social ofertada pelo SUAS mas, seguramente esta política pública que se envolve com o fortalecimento de vínculos, superação e/ou enfrentamento de à extrema pobreza, ao trabalho infantil, à situação de mulheres vítimas de violência, ao tráfico de pessoas, à situação de rua e outras desproteções, tem um papel fundamental na construção de uma rede de proteção dessas pessoas. Nesse sentido, as atenções no SUAS buscam considerar a diversidade do público e seu cotidiano no território, sem perder de vista os efeitos negativos de construções históricas de negligência, preconceito e exclusão social a que as pessoas usuárias de álcool e outras drogas e suas famílias foram expostas ao longo dos anos, ainda fortemente refletidos nos dias atuais.

Não se pode falar em usos de drogas somente a partir do concreto ou de fatos pontuais ou visíveis, mas deve-se considerar o imaginário social construído em torno das drogas e da invisibilidade das situações sociais e afetivas relacionais que perpassam os usos, os usuários e suas vivências no território.

Esta perspectiva implica considerar que, além das dimensões fármaco-químicas dos usos de drogas, esta prática está imbricada na dimensão sociocultural, permeada, também, pela vulnerabilidade, pelo medo, preconceito, fascínio, criminalização, dentre outras, o que demanda diagnósticos no território para qualificar as ações de atenção aos usuários e de promoção de dinâmicas que enriqueçam e fortaleçam vínculos na colaboração para a construção de processos de autonomia e segurança de famílias e indivíduos nos territórios.

Vale destacar que nas distintas culturas presentes no mundo e no Brasil, inclusive, existem pessoas que bebem, fumam, aspiram, inalam, sorvem, injetam, comem ou friccionam sobre a pele substâncias indutoras de múltiplas formas de

alteração da consciência, como entorpecimento, ampliação da atenção, relaxamento, indução a estados oníricos e alucinações, etc. As motivações alegadas são inúmeras, como a busca espiritual, o deleite estético, a ampliação do rendimento profissional e estudantil, a falta de sono ou a luta contra ele, o combate à angústia e ao sofrimento, a falta de coragem, a fome, dentre outras.

A noção de “uso de drogas” envolve diferentes usos, de diferentes substâncias, com objetivos diversos e sentidos variados. Quando se fala nos “efeitos das drogas”, é comum que se privilegie o que se poderia chamar de “efeitos colaterais”, ou seja, o impacto do uso de uma determinada droga sobre o organismo, com ênfase nos riscos e danos associados. Não é apenas isso, existe ainda a dimensão da compreensão dos usos de drogas como desejo (vontade) do sujeito, suas intenções ao consumir determinada substância, deste ou daquele jeito, nesta ou naquela circunstância, associado ou não à dependência.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), droga “*é toda substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento*” (BRASIL, 2011). A definição da OMS é adotada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas no Brasil e considera que a droga pode produzir benefícios, por ocasião do tratamento de doenças, como os medicamentos, mas pode trazer malefícios à saúde, como as substâncias tóxicas e venenos.

Ao chamar a atenção para a pluralidade dos sujeitos e das questões associadas ao consumo do álcool e outras drogas, é importante ressaltar as situações de vulnerabilidades e riscos pela fragilização de vínculos familiares, sociais e comunitários; dificuldades na realização de atividades cotidianas, como trabalho, estudos, lazer e outros papéis sociais, como ser pai, mãe, companheiro, filho, amigo; vivências com baixa autoestima; sensação de culpa e derrota, agressividade, desconfiança, delírios; privações vividas pelo não acesso às políticas públicas; segregação, preconceito e estigma e pela negação da cidadania, entre outros.. Neste contexto, a compreensão da *diversidade humana* possibilita a ampliação do olhar para a fragilização social da vida quando associada às drogas. Entender essa diversidade possibilita evitar ações que reproduzam efeitos estigmatizantes ou segregadores por vezes mais danosos que o próprio consumo da droga.

Como referenciado neste documento, existem variados usos e tipos de drogas, mas não existe um sujeito claramente identificável como “usuário de drogas”. Não há características que possibilitem a construção de um “perfil” do usuário de drogas. São pessoas de todas as idades, religiões, posições políticas e orientações sexuais, de todas as classes sociais e graus de escolaridade.

Envolver-se com drogas não é exclusividade de uma classe social, de uma etnia, de um gênero, de uma orientação sexual, de uma faixa etária, de uma opção religiosa. É preciso ter atenção a este fato, pois a generalização implica diminuição do repertório de estratégias de atendimento a estas pessoas.

Em relação às representações sociais relativas às questões de gênero, por exemplo, é importante observar a exposição a riscos sociais e pessoais nas quais os homens vivenciam nas sociedades, cuja masculinidade é enaltecida e exigida como padrão social independente das consequências advindas e da fragilidade dessa exposição tais como violência, tráfico, homicídio, etc. Nesse sentido, vale fazer o destaque também para a questão de raça, onde a vulnerabilidade é ainda maior no que se refere aos jovens negros, os quais ocupam o topo da lista nos índices de mortes violentas e em virtude do tráfico de drogas no Brasil.

Outro recorte decorrente das questões de gênero é a vulnerabilidade social de mulheres com relação às drogas, por vezes, incluem a convivência com a perda de seus irmãos, filhos e companheiros, pessoas importantes na dimensão afetiva e, muitas vezes, para prover o sustento da família. Na obra “Falcão: mulheres do tráfico”, Athayde e Bill (2007) relatam seus encontros com diversas destas mães, esposas, filhas e irmãs. O autor mostra que, muitas vezes, as famílias pobres chefiadas por mulheres sofrem com a cobrança da sociedade no que se refere aos cuidados e proteção de seus membros, sentem-se impotentes e isoladas e com dificuldades para assumirem sozinhas a proteção da família.

Neste contexto, nos serviços da Assistência Social, a escuta qualificada dos profissionais pode se desdobrar em uma ampliação do olhar para as vulnerabilidades da família, no entendimento de suas histórias de vida, dos pactos e alianças, do

sofrimento compartilhado e da necessidade de uma intervenção mais ampla, considerando a complexidade das relações familiares e das variáveis que ali interferem, participando ativamente dos cuidados coletivos, contribuindo para atenuar sofrimentos, restabelecer vínculos e ampliar as redes de proteção social, independência e autonomia no território.

Esta perspectiva reconhece a amplitude das vulnerabilidades e dos riscos pessoais e sociais quando associadas ao consumo de álcool e outras drogas, percebendo que não se trata de questões passíveis de serem conduzidas com intervenções unilaterais, tampouco desprotegendo os indivíduos e famílias envolvidas. As estratégias construídas pelo Estado para fazer frente a estas questões precisam ser intersetoriais, envolvendo as áreas de saúde, assistência social, educação, esporte, cultura, lazer, trabalho, habitação, qualificação profissional, segurança pública, dentre outras, como direito de cidadania, com o objetivo de garantir o acesso a bens e serviços em igualdade de oportunidades, contribuindo para ampliar aquisições e condições para a superação ou enfrentamento das situações apresentadas.

1.2 Conhecendo um pouco mais sobre o álcool e outras drogas para qualificar as ações do SUAS com indivíduos e famílias

Conhecer, mesmo que basicamente, sobre os vários tipos de drogas; os efeitos esperados; as condições pessoais, sociais e de convivência cotidiana de famílias e indivíduos no território, e que podem ampliar as situações de vulnerabilidade e risco, é muito importante não só para a estruturação dos serviços, como para a garantia da atuação qualificada dos seus profissionais.

Para compreender o consumo de drogas em suas várias modalidades (uso, abuso e dependência) é fundamental refletir sobre algumas questões: por que as pessoas procuram as drogas? Os efeitos de uma droga são os mesmos para qualquer pessoa? Por que algumas pessoas consomem drogas de forma moderada e outras de forma abusiva? Por que será que sob o efeito da mesma quantidade de droga algumas pessoas ficam alegres, outras ficam agressivas ou mesmo violentas?

Vários estudos apontam que os efeitos de uma droga dependem de três elementos:

1. Suas propriedades farmacológicas (estimulantes, depressoras ou perturbadoras);

As *depressoras* são conhecidas por causar diminuição da realização de atividade, da capacidade motora, da reação à dor e à ansiedade e podem produzir euforia inicial e sonolência, por exemplo, o *álcool e os solventes*. As *estimulantes* costumam induzir ao aumento da atividade, alerta exagerado, insônia, aceleração dos processos psíquicos, dentre elas, a *cocaína*. Por último, as drogas consideradas *perturbadoras*, que podem desencadear alucinações, perturbações e delírios, dentre elas, a *maconha*. (SENAD, 2011. p. 18)

2. A pessoa que a usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas;

3. O ambiente e o contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente.

Olhando com cuidado, entretanto, os três elementos acima convergem para um deles, apenas: o usuário. O mesmo ambiente e o mesmo contexto influenciam diferentemente as pessoas. O mesmo ocorre em relação às propriedades farmacológicas das drogas, uma vez que a expressão dos seus efeitos depende da capacidade de metabolização daquela droga por cada usuário e de suas condições psíquicas e mentais no momento do uso. Ou seja, ainda que as substâncias sejam classificadas nas categorias acima citadas (alucinógenas, depressoras e estimulantes), cada uma delas terá um efeito específico a partir de cada história de vida e é neste ponto onde se localiza a potencialidade da intervenção psicossocial.

Neste caderno, serão destacadas reflexões sobre o consumo de algumas drogas que podem estar presentes no cotidiano de pessoas e famílias atendidas pelos serviços da assistência social: o crack, álcool, maconha e os solventes.

1.2.1 O uso do álcool

Com frequência, considera-se que drogas são apenas produtos ilegais, como a maconha, a cocaína e o crack; porém, do ponto de vista da saúde, muitas substâncias legalizadas podem ser igualmente perigosas, como o álcool, que é considerado uma droga como as demais.

O álcool está presente em uma série de bebidas legais, na maioria dos países, na maior parte do tempo. Tal característica implica em maior disponibilidade, e em menor estigmatização das pessoas que bebem.

O levantamento domiciliar levado a cabo pelo CEBRID no ano de 2005 apontou que 74,6% dos entrevistados já havia feito consumo de álcool em algum momento de suas vidas, subindo para 83,5% entre os homens, e caindo para 68,3% entre as mulheres. A mesma pesquisa aponta que 12,3% dos entrevistados apresentavam características que permitiam sua caracterização como “dependentes”, sendo que entre os homens a taxa é de 19,5%, contra 6,9% para as mulheres. A faixa de idade com maior incidência foi situada entre 18 e 24 anos (19,2%). Quando isolados apenas os homens nesta faixa etária, o índice sobe para incríveis 27,4%, e entre as mulheres, cai para 12,1% (CARLINI, 2006, p. 41). Ainda segundo a mesma pesquisa, para cada seis homens que experimentam álcool, um desenvolve dependência; entre as mulheres, esta taxa é de uma para cada dez (idem, p. 389).

Por mais que o crack venha ocupando grandes espaços nos meios de comunicação de massa, o álcool segue sendo a droga mais utilizada, e também a que causa mais males à saúde, às famílias e à sociedade como um todo. O uso prejudicial de álcool, por sua magnitude, pode ser considerado como um dos mais graves problemas sociais e de saúde, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e às suas consequências vão além da saúde individual de quem usa, envolvendo acidentes de trânsito, atos de violência (especialmente doméstica) e problemas relacionados ao mundo do trabalho. Para o usuário de álcool existem ainda os efeitos do preconceito: perda da confiança, fragilização dos vínculos familiares, descrédito e dificuldade para o acolhimento na escola, no trabalho, rebaixamento da autoestima, falta de perspectivas, entre outros.

É importante salientar a complexidade do tema, de modo a evitar abordagens simplistas, fincadas única e exclusivamente na busca pela abstinência.

- **Álcool e Adolescentes**

A Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) financiou, em 2010, a maior pesquisa realizada entre estudantes brasileiros sobre uso de drogas. Foram entrevistados mais de 50 mil crianças e jovens entre 10 e 19 anos em escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras.

Entre escolares, o álcool é, de longe, a droga mais consumida: 59% dos entrevistados afirmaram que já experimentaram. O tabaco, segunda mais consumida, foi citado por 17,9%. Apesar de alto, o uso de álcool entre escolares brasileiros é comparável ao de países da Europa e Américas. Na comparação com outros países, o Brasil apresenta baixos índices de uso na vida de maconha e cocaína e crack, 8,6% e 3,4%, respectivamente. Já o uso de inalantes no Brasil é um dos mais altos do mundo – na faixa de 15-15 anos, 10,8% dos entrevistados já tinham experimentado. A título de comparação, esse percentual é de 6,1% no Chile e 3,7% na Bolívia.

A idade de início do uso de drogas é um fator importante para o desenho de políticas de prevenção. Estudos demonstram que, quanto mais cedo o uso, maior a probabilidade de desenvolver dependência. No Brasil, o primeiro uso de álcool, inalantes, tabaco e medicamentos psicotrópicos (calmantes, por exemplo) acontece, em média, aos 13 anos. Cocaína e crack são experimentados entre os 14 e 15 anos.

Houve diminuição do uso de drogas recente (no ano anterior à pesquisa) de drogas entre os estudantes na comparação com a pesquisa realizada em 2004. Essa diminuição (de 19,6% para 9,9% excluindo álcool e tabaco) inverte uma tendência de aumento crescente que vinha sendo observada em todos os levantamentos realizados desde a década de 90. A exceção é a cocaína, cujo consumo aumentou (1,7% em 2004 para 1,9% em 2010) mas ainda é minoritário em relação a outras drogas como álcool, tabaco, inalantes e maconha. No caso do crack, também houve diminuição do uso (de 0,7% em 2004 para 0,4% em 2010), mas o número de estudantes usuários é tão pequeno que não possibilita fazer afirmações seguras.

1.2.2 O uso do crack

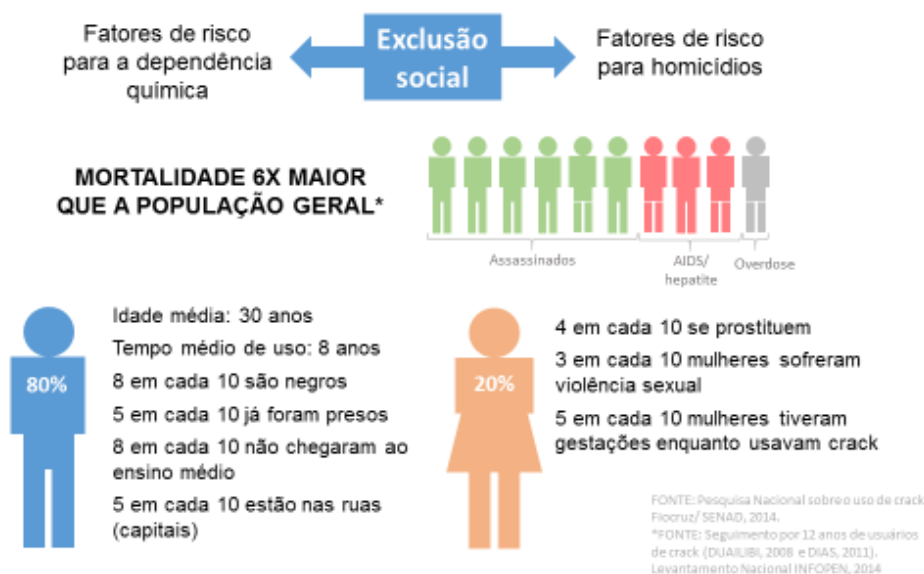
No final do século XX, a discussão sobre uso e comércio do crack torna-se cada vez maior, despertando a preocupação da sociedade e o interesse dos meios de comunicação em geral. Várias notícias associando violência ao consumo de drogas e vários debates foram desencadeados, dando visibilidade a um problema importante, sem, contudo trazer grandes alternativas de enfrentamento destas questões e ainda carregadas de muito preconceito. A expressão “crackolândia” para se referir a territórios nas cidades com grande frequência e usos de crack popularizou-se nos territórios ocupados por pessoas em situação de rua, em uma clara confusão entre a presença de pessoas em situação de rua e suas identidades e histórias de vida, e pessoas que usam drogas e que podem estar nas ruas.

A complexidade deste fenômeno aumenta quando associado ao início do uso na tenra idade, à convivência com a extrema pobreza, a fragilidade dos vínculos familiares e comunitários, a falta de acesso a serviços de saúde, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, habitação, proteção social e outro; a associação ao tráfico e à violência, ampliando consideravelmente as situações de vulnerabilidade, risco e violação de direitos dos usuários, suas famílias e suas relações no território.

Uma referência importante sobre o levantamento de dados sobre o uso do crack no Brasil se refere ao estudo realizado no ano 2012, pela SENAD e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. O estudo foi realizado por meio de pesquisa, na perspectiva de avaliar a gravidade do ponto de vista social e da saúde, que o consumo do crack representa aos usuários, estimar o número de usuários e delinear características do perfil dos mesmos. Foram realizadas 7 mil entrevistas com usuários regulares de crack que ajudaram o governo a construir o perfil dos abusadores de crack do país, resumido no quadro abaixo.

A pesquisa consolidou algumas ideias que já norteavam a construção da política sobre drogas no Brasil. A primeira delas é a de que a exclusão social agrava as consequências da dependência de drogas, que, por sua vez, aprofunda a vulnerabilidade social, em um círculo vicioso. Os abusadores de crack são, em geral, homens e negros ou pardos (80% dos entrevistados) e tem idade média de 30 anos. 8 em cada 10 não chegaram ao ensino médio, e 3 em cada 10 estão em situação de rua.

Perfil do usuário de crack mais vulnerável



Nas capitais, essa situação é um pouco mais grave e metade dos usuários estão nas ruas. 30% dos entrevistados foram presos no ano anterior à pesquisa.

A situação das mulheres pode ser ainda mais grave: 30% delas já sofreram violência sexual, 40% se prostituem e 50% das entrevistadas tiveram gestações enquanto usavam crack. Entretanto, a pesquisa também desafiou algumas ideias comumente relacionadas à dependência de crack. A história de uso de crack entre os entrevistados é de 8 anos em média, sendo que 50% fazem uso diário, contrariando a imagem de rápida letalidade da droga.

Os impactos para a saúde são enormes. 70% dos usuários compartilham apetrechos de uso, aumentando bastante o risco de hepatites. A prevalência de Hepatite C entre usuários de crack é 2,5 vezes maior do que a da população brasileira. 70% nem sempre usam preservativos em suas relações sexuais. Porém, apesar desse risco, 60% dos entrevistados disseram nunca ter feito testagem para HIV. A prevalência de HIV+ entre os abusadores de crack (4,9%) é oito vezes maior do que a estimada para a população geral brasileira (0,6%).

A mortalidade dos usuários é seis vezes maior do que a da população em geral. Pesquisa que acompanhou um grupo de usuários de crack durante 12 anos mostrou que, a cada 10 abusadores, 6 morrem assassinados, 3 devido à AIDS/hepatites e 1 por overdose.

Demandas com relação à rede de cuidados chamam atenção na Pesquisa. Quando perguntados sobre o que esperam dos serviços de saúde, os entrevistados evidenciam a busca por direitos bem mais abrangentes, que vão dos mais imediatos (comida, banho, curativos) aos mais essenciais (educação, trabalho, abrigo, lazer). Todas essas respostas obtiveram mais de 80% de frequência. Também frequente foi a preocupação com a separação entre esses serviços e as forças de segurança pública. Tais informações demonstram a importância crucial dos serviços de assistência social para a aproximação dessa parcela marginalizada da sociedade ao estado brasileiro.

A pesquisa afirma que os adolescentes são minoria nas cenas de uso, mas não captou informações sobre seu perfil. Sabe-se, no entanto, que o uso de crack e/ou cocaína já atingia dez anos atrás até 4 em cada 10 adolescentes em situação de rua (Notto, 2003) . Outras fontes informam que o tráfico de drogas vem se tornando o primeiro motivo para aplicação de medidas de privação de liberdade para adolescentes (FSP, 11/08/2013). Ou seja, se no conjunto da população que abusa de crack os adolescentes são um grupo menos significativo, dentre os adolescentes com alta vulnerabilidade social (que estão em situação de rua e/ou em conflito com a lei) o envolvimento com o crack é muito frequente e está associado ao agravamento da exclusão social. Pode-se dizer que, na ausência de políticas eficazes, esses adolescentes seguirão com os anos a trajetória dos homens e mulheres marginalizados descritos acima.

Os resultados apontados no estudo em referência mostram a alta vulnerabilidade social das pessoas que fazem uso de crack, indicando a importância da construção de políticas públicas integradas que tenham como objetivo das respostas promovendo à informação, à saúde, à educação, trabalho, à habitação, a cuidados, à proteção social, à segurança, dentre outras, de forma continuada, possibilitando a quebra de estigmas e a inserção nas políticas públicas, bem como produzindo um novo olhar da sociedade sobre o tema e em relação aos usuários de drogas.

1.2.3 O uso da maconha

Cannabis Sativa é o nome científico dado no Brasil para a maconha, planta cujas folhas podem ser ingeridas ou fumadas. Seus efeitos causam sensação de bem estar, calma e relaxamento, menos fadiga, embora em outras ocasiões, possam causar angústia, atordoamento, ansiedade, e medo. (SENAD, 2011, p. 29). Trata-se da droga qualificada como ilícita mais consumida no mundo. Há inúmeros estudos sobre o tema com diferentes enfoques e resultados. Existem pesquisas que apontam para a intensificação de sintomas em pessoas que apresentam algum transtorno mental e fazem o uso da maconha, ao passo que outras pesquisas apontam os potenciais terapêuticos da planta, especialmente como coadjuvante no tratamento de certos tipos de câncer, e também de complicações associadas à AIDS. Aliás, as polêmicas não se restringem ao campo acadêmico, e envolvem organizações de pessoas que usam a droga, e que desejam participar dos debates sobre a planta (MEDEIROS & CECCHIM, 2011, p. 41-52).

Segundo Escohotado (1997), as pessoas que usam maconha experimentam estados de embriaguez, que resultam em um relaxamento da atenção e do foco. Seus efeitos intensificam as sensações corporais, acalmando as tensões, produzindo um sono sem sonhos (ESCOHOTADO, 1997, p. 201-202). Becker (2008, p. 62) menciona tontura, sede e certa dificuldade em avaliar tempo e distâncias.

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) de 2012, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), concluiu que mais de 1,5 milhão de brasileiros consomem maconha todos os dias. O estudo detectou que 62% das pessoas tinham menos de 18 anos quando entraram em contato com a maconha. Segundo o estudo, 8 milhões de pessoas já experimentaram maconha alguma vez na vida, o equivalente a 7% da população brasileira.

O estudo concluiu ainda que mais de 1% da população brasileira são dependentes de maconha. Cerca de 40% de todos os usuários de maconha são dependentes da droga. A pesquisa aponta para uma questão de gênero importante, os homens consomem três vezes mais maconha do que as mulheres.

Verificou-se ainda um aumento significativo no número de usuários adolescentes. Em 2006 existia menos de um adolescente para cada adulto usuário,

enquanto que em 2012 esse índice subiu para 1,4 adolescentes para cada adulto. No último ano, a taxa encontrada foi 3%, equivalente a mais de 470.000 adolescentes.

O estudo avaliou o padrão de uso das drogas e a associação de fatores como depressão, qualidade de vida, saúde física e violência infantil e doméstica. Além disso, é válido destacar que o uso da maconha associado a outras drogas pode potencializar seus efeitos. Sem dúvida nenhuma, estes dados são importantes para demonstrar que os adolescentes (homens) são especialmente suscetíveis ao uso de maconha. Esta é uma informação importante para as políticas de proteção social, uma vez que no âmbito da assistência social, configura-se como um ponto de atenção na oferta de serviços socioassistenciais.

1.2.4 O uso dos solventes

Os inalantes mais populares são a cola de sapateiro, esmalte, benzina, lança-perfume, loló, gasolina, acetona, tiner, éter, aguarrás e tintas. Seus principais efeitos são: redução da sensação de fome e de frio; redução da sensação de dor; e produção de sensações agradáveis, inclusive alucinações.

A recente emergência do crack como droga extremamente debatida pelos meios de comunicação de massa colocou os inalantes em segundo plano. Durante muito tempo as populações em situação de rua eram identificadas com o uso de inalantes. À distância, tem-se a impressão de que estas drogas desapareceram por completo, restando apenas o crack e assemelhados, mas esta não é a realidade, os inalantes ainda estão muito presentes na realidade e no cotidiano de muitos usuários como forma de amenizar algumas das adversidades da situação de rua (fome, frio, dor física, sofrimento psíquico decorrentes dos maus tratos e de várias formas de violência).

As caracterizações das drogas apresentadas apontam para uma possível correlação de certas drogas com as classes socialmente mais empobrecidas e vulnerabilizadas. Desvela, também, uma correlação ainda mais preocupante: à medida que as pessoas vão usando diferentes tipos de drogas e fazendo diferentes “usos”, vão se aproximando ainda mais de situações de violações de direitos. Mergulham muitas vezes na dependência cruzada (duas ou mais drogas), fragilizam

ou rompem vínculos familiares, ficam à margem do mundo do trabalho, abandonam projetos de vida, e, ainda, potencializam as condições de riscos sociais e de novas vulnerabilidades.

Neste contexto, é necessária atenção especial com as famílias, crianças e adolescentes envolvidas com usos de drogas convivendo com a extrema pobreza, em situação de rua, trabalho infantil, mulheres vítimas de violência, dentre outros fatores identificados no estudo. Esta superposição de fatores justifica a inclusão dessas pessoas nos serviços e benefícios do escopo da política pública de assistência social, de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, na perspectiva de fortalecer o protagonismo dos usuários na construção de projetos pessoais de autonomia e segurança, bem como, para fortalecimento das famílias na sua função protetiva e dos vínculos comunitários.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO NO SUAS ÀS FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

2.1. A Política Nacional sobre Drogas e os instrumentos normativos sobre Drogas no Brasil

O abuso de drogas é um problema e um desafio mundial. Não existe solução única, nem remédio milagroso. Prova disso é que mundo afora os países têm buscado soluções novas, que dialoguem com a complexidade do problema e a diversidade das necessidades dos cidadãos. Cientistas e clínicos, e a própria Organização das Nações Unidas (ONU), têm afirmado que é com apoio às famílias, solidariedade social e redução das desigualdades que vamos diminuir o problema das drogas.

As novas experiências internacionais levam em conta que a questão do uso de drogas é considerado um fenômeno complexo que envolve questões sociais, familiares, pessoais e culturais e que qualquer forma de intervenção deve ter como principal foco a saúde com abordagem multidisciplinar, o aumento da oferta de cuidados e atenção aqueles que se encontram em sofrimento devido ao uso problemático de substâncias psicoativas ilícitas ou não, bem como a continuidade dos esforços de repressão aos grandes produtores, distribuidores e financiadores do tráfico de drogas.

A [Lei Federal n.º 11.343](#), de 23 de agosto de 2006, que regula o tema no Brasil, estabeleceu como um de seus princípios a redução de riscos e de danos sociais e à saúde. Essa proposta orienta as atividades de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes a partir de projetos terapêuticos individualizados com o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade.

Em relação à repressão criminal, distintos arranjos foram desenvolvidos ao longo do tempo, em várias partes do mundo. Ainda predomina, na maioria dos países, manter a criminalização e penas severas para o comércio de drogas ilícitas; no entanto, para o uso de drogas, as punições têm sido menos severas. Em alguns países, como no Brasil, mantém-se a criminalização, mas sem a previsão de pena de prisão aos usuários; já outros países têm optado pela infração administrativa, e não criminal, ou seja, pela descriminalização. Outros arranjos possíveis são a descriminalização,

para uso medicinal, de alguma substância inicialmente proibida ou a permissão do uso recreativo de algumas drogas específicas mediante a legalização ou a regulação desse uso.

Cada uma das políticas adotadas pelos países tem diversos argumentos favoráveis e contrários à sua adoção. É importante saber que existem vários arranjos possíveis e que o resultado das experiências internacionais ao longo dos anos pode servir para que o Brasil avalie e construa sua política sobre drogas. Algumas legislações nacionais são importantes para compreender como o Brasil tem lidado com as questões das drogas em seus vários aspectos. A linha do tempo a seguir traz os principais instrumentos legais do nosso país na construção de políticas sobre drogas



Como passo fundamental para a implementação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) no Brasil, destaca-se a [Lei n.º 11.343](#), conhecida como Lei de Drogas. Essa lei substituiu as duas leis anteriores sobre o tema e instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). No artigo 28 está previsto que o porte para uso de drogas deverá estar sujeito a penalidades alternativas à prisão e relacionadas ao objetivo de prevenção e ressocialização. Entre elas, destacam-se:

- advertência sobre os efeitos das drogas;
- prestação de serviços à comunidade, preferencialmente em locais públicos ou privados que se ocupem da prevenção do uso ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas;
- medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo;

-atendimento gratuito em estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado colocado à disposição pelo Estado ao usuário ou dependente.

A Política Nacional sobre Drogas tem, entre seus princípios, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana. Isso demonstra o quanto se caminhou em direção ao reconhecimento de que a prioridade absoluta das políticas públicas sobre drogas deve ser o usuário e o dependente, entendido como sujeito de direitos, a quem deve tratar com dignidade e respeitas suas particularidades e especificidades, ofertando uma diversidade de sérvios de atenção e cuidados àqueles que desejarem.

2.2. As Diretrizes do Sistema Único de Saúde: A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e a Rede de Atenção Psicossocial

2.2.1 A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS

De forma resumida, a história das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por embates e disputa de diferentes interesses, o que levou a uma mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um cuidado mais digno e humanizado a pessoas com transtorno mental. Este movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que, de uma forma geral, defendia a inversão do sistema de manicômios fechados para o tratamento de pessoas com transtorno mental, os quais na maioria das vezes eram excludentes e desumanizados, para serviços extra hospitalares e chamados de “porta aberta” e de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O marco legal da Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por

isso, deve ser realizado preferencialmente em serviços comunitários, de base territorial, sem excluí-las da comunidade, portanto, do convívio na sociedade.

Com o objetivo de direcionar o cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política, além de reafirmar o uso de drogas como um fenômeno complexo que deve envolver a atuação de várias políticas setoriais e da sociedade civil organizada, define a Redução de Danos como marco teórico-político, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

“ A redução de danos

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. “Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.” (A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas).

Neste princípio, o fundamental deixa de ser a abstinência e passa a ser a possibilidade de novas formas de estar no mundo, de estabelecer relações, de trabalhar, e mesmo o uso de álcool e outras drogas pode ser pensado de forma menos nociva à própria pessoa e às pessoas próximas.

A Redução de Danos não é uma estratégia isolada e sim uma incorporação nas ações do cotidiano do cuidado. O usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando à autonomia. Quando falamos de RD, também falamos do desenvolvimento de estratégias de RD no território, em seu conceito mais ampliado. Este território com o qual realizamos intervenções é constituído de pelo menos três dimensões (PETUCO, 2014):

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

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

c. AFETIVA – É possível que alguns trabalhadores sociais e/ou de saúde adentrem o território de uso de drogas no horário e momento certos, e, ainda assim, não percebam o que se passa ali. Este é um território que não se mostra, justamente por conta da criminalização. A parceria com uma liderança comunitária local, reconhecida e respeitada pelos usuários, ou mesmo com algum usuário já vinculado a um serviço, costuma dar bons resultados. Os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na grande maioria das vezes, apresentam demandas não restritas ao uso/abuso em si. Isso significa que suas demandas também envolvem situações de vulnerabilidade sociais, como desemprego, desabrigo e laços sociais enfraquecidos.

A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois não se pode pensar neste atendimento de forma fragmentada e sim de forma **integral e intersetorial**. Esses dois princípios reforçam a importância de garantir a oferta dos serviços e benefícios socioassistenciais no cuidado integral

aos usuários, de acordo com suas necessidades e problemas, especialmente aos que se encontram em situação de exclusão social

O texto da Política destaca fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas, apresentados abaixo, e que devem ser alvo de atenção especial do SUAS.

1. Associação do uso de álcool e drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão de obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários e;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da “cadeia organizacional do mundo das drogas” é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção.

Ainda outros fatores podem ser incluídos acima, considerando as alterações socioeconômicas vivenciadas pela população brasileira nos últimos anos, todos demonstrando que a situação de exclusão social agrava os problemas relacionados ao uso de drogas e que seu enfrentamento demanda a oferta de serviços que promovam o acesso a outros direitos fundamentais que, muitas vezes, não estão garantidos às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas.

2.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O SUS para superar a fragmentação do acesso e a fragilidade na integralidade do cuidado, estabeleceu-se uma organização do cuidado através da consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. .

Dentre as Redes prioritárias, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria nº 3.088/2011), que concretiza os princípios da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com a finalidade de ampliar e articular os serviços/pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

A RAPS possui componentes de diferentes complexidades da rede de saúde, os quais compreendem um conjunto de serviços para atender às diferentes necessidades de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por essa característica, esses serviços são, também, chamados de pontos de atenção.

Conhecer a organização e o funcionamento da RAPS e de seus serviços é fundamental para a construção de estratégias conjuntas de atendimento (cuidado compartilhado) entre as unidades de assistência social e saúde. A partir da definição de fluxos de atendimento, da realização de estudos de casos conjuntos e do compartilhamento dos Planos Individuais de Atendimento – PIA e Projetos Terapêuticos Singulares – PTS, instrumentos de acompanhamentos da assistência social e saúde respectivamente, se consolida a articulação entre SUS e SUAS no território.

Componentes da RAPS

A RAPS possui 07 componentes: 1) atenção básica em saúde; 2) atenção psicossocial especializada; 3) atenção de urgência e emergência; 4) atenção residencial de caráter transitório; 5) atenção hospitalar; 6) estratégias de desinstitucionalização e 7) estratégias de reabilitação psicossocial. Cada componente compreende os seguintes serviços:

COMPONENTE	SERVIÇO/PONTO DE ATENÇÃO	DESCRIÇÃO
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica, (equipes de saúde da família e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos <u>Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da Família (NASF)</u> , pelas equipes dos <u>Consultórios na Rua</u> e as de <u>Atenção Domiciliar (Melhor em Casa)</u> . São responsáveis por acompanhar a saúde da população de seu território, devem, também, realizar ações coletivas de promoção da saúde, que podem ser por intermédio de grupos de caminhada no bairro, grupos de gestantes na unidade de saúde ou sessões de exercício físico. Podem, ainda, realizar ações de prevenção de agravos à saúde, como oficinas de pais para fortalecimento dos vínculos familiares em parceria com escolas da comunidade, grupos de jovens envolvidos com drogas e/ou em conflito familiar ou estratégias de inserção social, por exemplo, de pessoas com transtornos mentais na comunidade.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.
	Consultório na Rua	Os Consultórios na Rua realizam um importante trabalho com usuários de drogas em situação de rua para a redução de riscos e danos. Seus profissionais têm papel crucial para integrar a rede de cuidados no atendimento a essa população, garantindo seu acesso a outros componentes da RAPS e da atenção especializada em saúde.

	Centros de Convivência e Cultura	Foco na promoção de saúde, realizando, sob a supervisão de profissionais de saúde, cultura e esportes, atividades esportivas e culturais que contribuam para o bem-estar e a cidadania de quem vive na comunidade. São dispositivos que buscam integrar a comunidade, especialmente seus grupos mais vulneráveis.
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	Constituídos por equipes multiprofissionais que acompanham pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, <i>crack</i> e de outras drogas. Responsáveis pela articulação com outros serviços de saúde; conversar com as equipes da atenção básica; visitar pacientes internados em hospitais gerais para planejar sua alta; acompanhar quem está acolhido em uma Unidade de Acolhimento, Comunidade Terapêutica e Unidades de Acolhimento do SUAS.
Atenção de Urgência e Emergência	Samu 192	A atenção hospitalar à saúde mental deve estar inserida nos hospitais gerais, e não mais nos antigos hospitais psiquiátricos, aliada a outras especialidades médicas. Nesse modelo, leitos ou pequenas enfermarias de saúde mental realizam internações breves (a maioria de uma a três semanas) para casos agudos que necessitem de cuidado médico intensivo, ou que tragam complicações clínicas associadas aos transtornos mentais e ao uso prejudicial de drogas.
	Sala de estabilização UPA 24 h e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro	
Atenção Hospitalar	Leitos de Saúde Mental na clínica médica ou pediatria em Hospital Geral	O atendimento de urgência a quadros de saúde mental pode ser realizado, preferencialmente, nos CAPS e também nos prontos-socorros gerais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A estabilização do quadro depende, nesses casos, tanto de

		medicação quanto de um ambiente adequado para escutar o paciente, seus familiares e mediar conflitos. Por fim, casos de urgência podem requerer um atendimento pré-hospitalar, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento	Oferta cuidado a pessoas com dependência de drogas, particularmente daquelas sem rede social de apoio, por meio de um acolhimento residencial supervisionado.
	Serviço de Atenção em Regime Residencial	Entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	Para possibilitar a saída dos manicômios de pessoas que não têm mais onde nem com quem morar, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) , os quais funcionam como casas onde podem viver cerca de dez pessoas, com graus variados de supervisão de cuidadores/profissionais, a depender das condições de seus moradores. As casas – quase mil em todo o Brasil atualmente – são vinculadas aos CAPS, aos quais seus moradores mantêm vínculo de cuidado em saúde mental.
	Programa de Volta para Casa	
	Programa de Desinstitucionalização	
	Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares	
		Como complemento à iniciativa das SRTs, foi instituído pela Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, o auxílio-reabilitação psicossocial para

		pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de longas internações psiquiátricas, que faz parte do programa De Volta pra Casa.
Estratégias de reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais	<p>As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.</p> <p>As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.</p>

No âmbito da atenção psicossocial estratégica, o CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) assume a referência no cuidado em álcool e outras drogas, atuando como instâncias não só de cuidado aos usuários, mas também de organização e articulação de toda a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. As principais atividades e funções desenvolvidas pelas CAPS AD são:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Oferecer atendimento de acordo com a necessidade do usuário garantindo que eles recebam atenção e acolhimento;
- Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;

- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover, mediante diversas ações, esclarecimento e educação da população, a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais;
- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Por meio do estabelecimento desta rede de atenção integral ao usuário e tendo o CAPS AD articulado a outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade, a política preconiza que a assistência deve pautar-se por ações de prevenção, cuidado e reinserção social a partir das estratégias de redução de danos. No quadro a seguir foram sintetizadas as principais Portarias que foram publicadas após a RAPS entre 2011 e 2015 e norteiam a atenção ao usuário de saúde mental, álcool e outras drogas:

- *Portaria GM/MS nº 3088 de 23/12/11 – Portaria da RAPS*
- *Portaria GM/MS nº 3090 de 23/12/11 – Serviço Residencial Terapêutico*
- *Portaria GM/MS nº 130 de 26/01/12 – CAPS ad III*
- *Portaria GM/SM nº 121 de 25/01/12 – Unidade de Acolhimento (UA)*
- *Portaria GM/SM nº 122 de 25/01/12 – Consultório na Rua*
- *Portaria GM/SM nº 123 de 25/01/12 – Consultório na Rua*
- *Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12 – Comunidade Terapêutica*
- *Portaria 2.840, de 29 de dezembro de 2014 – Cria o Programa de Desinstitucionalização*

2.3. A Política Nacional: Redução do impacto social do álcool e outras drogas - Prevenção, Cuidado e Reinserção Social

A Política Nacional, executada intersetorialmente por diversos Ministérios do Governo Federal, tem como foco a redução do impacto social do álcool e outras drogas por meio de ações integradas de prevenção, cuidado e reinserção social. Nesse sentido, o Ministério da Justiça em conjunto com Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação e Secretaria Nacional de Direitos Humanos, definiu 04 objetivos estratégicos para o período de 2016/2019, conforme previsto no Plano Plurianual apresentados a seguir.

OBJETIVO 1: Fortalecer a prevenção do uso do álcool e outras drogas, com ênfase para crianças, adolescentes e jovens.

Prevenir e retardar o início do uso de álcool e outras drogas por crianças, adolescentes e jovens diminui as chances de seu uso problemático na vida adulta. As evidências científicas mostram que a prevenção nesse segmento depende de (1) fortalecer fatores de proteção individuais que fazem parte de um conjunto amplo de habilidades para a vida, (2) um ambiente normativo que desestimule o uso precoce e o uso abusivo e (3) acesso facilitado a informação de qualidade e orientação imediata. As ações de prevenção também devem contribuir para evitar a estigmatização de usuários de drogas e promover maior conhecimento sobre a temática.

Ações de prevenção ligadas às escolas e ao trabalho com famílias no SUAS são estratégias efetivas e eficientes para alcançar o segmento de crianças e adolescentes. Os desafios a serem enfrentados pelas intervenções preventivas envolvem a sua adequação aos contextos locais culturais e organizacionais, a preservação de seus componentes centrais de efetividade, a aceitabilidade da intervenção e facilidade de sua multiplicação para trabalhadores da ponta e o desenvolvimento de mecanismos de gestão que garantam ao mesmo tempo a fidelidade da intervenção e a viabilidade de sua capilarização nas redes de educação, do SUAS, e do SUS.

A capilarização dos programas de prevenção deve ser buscada por dentro das redes e políticas da educação, assistência social e saúde, exigindo articulação com as

três esferas de gestão. As ações de prevenção mais estruturadas devem priorizar grupos em situação de maior risco pela sua desvantagem social, utilizando-se para isso dos mecanismos de priorização de segmentos em situação de maior vulnerabilidade já existentes em programas como o Mais Educação e o Brasil sem Miséria. A formação para a prevenção de trabalhadores da rede de proteção de direitos das crianças e adolescentes e do sistema socioassistencial também são ações a serem priorizadas pelo potencial de seu impacto em um segmento de alta vulnerabilidade.

No que tange à difusão de informação sobre álcool e outras drogas, devem ser observadas as [diretrizes do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes \(UNODC\)](#).

OBJETIVO 2: Articular, expandir e qualificar a rede de cuidado e de reinserção social das pessoas e famílias que têm problemas com álcool e outras drogas.

Cuidar das pessoas que têm problemas com drogas e suas famílias exige eliminar barreiras de acesso aos serviços, ofertar uma diversidade de estratégias de cuidado adaptadas às necessidades e contextos das pessoas, garantir continuidade do cuidado e articular ações de saúde com acesso a moradia, geração de trabalho e renda e formação profissional. O foco do cuidado são as pessoas, suas trajetórias de vida e seus contextos atuais de inserção social.

Nesse sentido, o governo federal alinha ações de acesso aos serviços do Sistema Único de Assistência Social, a programas de moradia social, formação para o trabalho e reinserção por meio da formação de empreendimentos econômicos solidários e/ou cooperativas sociais.

OBJETIVO 3: Promover a gestão transversal das políticas públicas relativas a álcool e outras drogas.

A gestão das políticas sobre álcool e outras drogas deve garantir um contexto de conhecimento de qualidade sobre o fenômeno das drogas e sobre a efetividade e a eficácia das políticas utilizadas, além da articulação entre os diversos atores dessa

política, de forma a atingir os melhores resultados com os recursos disponibilizados. Assim, produzir e disseminar informações de qualidade sobre o fenômeno das drogas e sobre a avaliação das políticas implementadas, formar e qualificar uma comunidade de agentes que atuam na política sobre drogas para a troca de conhecimentos e disseminação de boas práticas são as diretrizes que o governo federal propõe para a gestão dessa política

As políticas sobre álcool e outras drogas envolvem ações de diversos setores da administração pública e da sociedade civil. Dessa forma, promover a gestão dessas políticas por meio da crescente institucionalização da intersetorialidade nos processos de planejamento e de implementação das políticas é essencial. O governo federal propõe ações que pretendem apoiar estados e municípios na construção de políticas locais que articulem, no nível da gestão e da oferta de serviços, as iniciativas de saúde, educação, assistência social, trabalho, moradia, dentre outras com foco na prevenção, no cuidado e na reinserção social.

Além do apoio à articulação local das políticas, o governo federal propõe a criação de uma plataforma de educação permanente na temática sobre drogas que permita articular as diversas ofertas disponíveis de formação, presenciais ou à distância, de modo a otimizar recursos e garantir flexibilidade para a utilização dos conteúdos ofertados por uma gama mais diversa e ampla de atores.

Por fim, o planejamento, a execução e a avaliação de uma política integral sobre drogas devem estar fundamentados em evidências e estudos científicos, envolvendo cada uma das etapas: diagnósticos precisos e sistemáticos das tendências do consumo de drogas e suas consequências; investimentos em técnicas inovadoras nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social; e pesquisas que permitam avaliar a efetividade das ações em curso. Para isso, é preciso desenvolver um conjunto sistemático de diagnósticos de situação, como os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas no Brasil e a série de pesquisas epidemiológicas focadas em grupos populacionais específicos, como estudantes do ensino fundamental e médio e população prisional.

Também se faz necessário identificar e incentivar novas técnicas de tratamento da dependência química, especialmente com relação ao álcool e cocaína fumada ou inalada. Além disso, é fundamental avaliar as políticas públicas sobre

drogas nacionais, regionais ou locais, a fim de orientar o planejamento das ações e garantir os melhores resultados frente ao investimento realizado. Nesse aspecto, a elaboração de relatórios periódicos, contendo a avaliação de especialistas na área, e a consolidação e divulgação das informações no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) atende tanto ao propósito de garantir amplo acesso ao público em geral, quanto ao de subsidiar a política pública nos diversos níveis. Por fim, dado o caráter supranacional do problema das drogas, cabe destacar o importante papel da cooperação internacional para compartilhar boas práticas e buscar soluções conjuntas e integradas nessa área.

OBJETIVO 4: Fomentar a rede de proteção de crianças e adolescentes e suas famílias com problemas decorrentes do uso e/ou do comércio ilegal de álcool e outras drogas.

Crianças e adolescentes sem acesso ao convívio familiar, à educação, à moradia digna, aos cuidados de saúde e/ou submetidas a situações de violência e exploração são mais vulneráveis ao uso de álcool e outras drogas e a participação no comércio de drogas ilícitas. Assim, para que as políticas públicas tenham impacto na redução do envolvimento de crianças e adolescentes com as drogas, é necessário priorizar a garantia de direitos de todas elas.

Por entender a situação peculiar de desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, o Brasil aprovou o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90), orientado pelo paradigma da proteção integral, considerando a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, cujas prioridades compreendem: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

O governo federal propõe, além da proteção de direitos de crianças e adolescentes de forma universal, ações para garantir o acesso daquelas com problemas decorrentes do uso e/ou do comércio ilegal de álcool e outras drogas a

serviços qualificados e articulados de atendimento de saúde, de educação, de assistência social, do sistema socioeducativo e dos conselhos tutelares. A partir dessa qualificação e articulação, o governo federal ampliará o diálogo com o sistema de justiça para evitar os encaminhamentos de adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas para o sistema socioeducativo em meio fechado. O conjunto das ações do Estado devem priorizar a vinculação ao território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia instituídos.

2.4. Diretrizes para o atendimento no SUAS de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas

O Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em implantação desde o ano 2005, vem avançando na qualificação de sua rede de serviços reafirmando princípios e diretrizes caros à Política Nacional de Assistência Social como o direito de cidadania e a **integralidade do sujeito**, o que permite o deslocamento do olhar focado nas drogas e seus usos, para os sujeitos. Trata-se de não fixar a atenção somente no que mais diretamente se relaciona com situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, associada ao consumo de álcool e outras drogas, mas acolher as demandas reais dos sujeitos, inclusive naquilo que parece não ter relação específica com as drogas.

Os sujeitos são muito mais do que sua simples presença no mundo: sua história, suas tradições, suas crenças, seus desejos, seus medos e esperanças, seus amigos, seus antepassados, suas alianças, sua família, seus amores.

Acolher os sujeitos em sua integralidade implica ampliar possibilidades e contribuições no contexto da família, nos grupos de convivência e na comunidade, fortalecendo as relações no território. Implica acolher sujeitos diversos, que têm histórias diferentes, que podem se beneficiar de distintas abordagens, nos diferentes serviços no território, na perspectiva do direito de cidadania.

As dimensões sociais, econômicas, culturais, de direitos humanos, dentre outras, que envolvem as famílias e indivíduos na convivência e consumo de álcool e outras drogas permite apontar para a potência das contribuições dos serviços da rede no território.

A visão integral de sujeito e a intersetorialidade das ofertas em rede no SUAS, pressupõem Serviços organizados no território cuja atenção aos usuários tenham como ponto de partida a escuta qualificada e a acolhida das reais demandas dos usuários do serviço, a valorização de suas potencialidades e as interações no território. Significa não atender as pessoas apenas em virtude dos seus sofrimentos relacionados aos usos de álcool e outras drogas, mas reconhecer que estas pessoas e suas famílias estão vivenciando uma série de vulnerabilidades e risco por violação de direitos como: como a fragilidade ou ruptura de vínculos; a convivência com a extrema pobreza; vivendo em situação de rua; baixa ou nenhuma escolaridade; pouca qualificação profissional e oportunidade de trabalho; moradia precária; não acesso a serviços essenciais; possuir alguma deficiência, doença mental ou outras doenças associadas; inexistência de documentos pessoais; convivência com ameaça de morte; falta de comida, abrigo, dentre outras, e que estas situações dificultam a sobrevivência, o acesso a serviços essenciais, inclusive a adesão a serviços especializados como tratamento de saúde, internação hospitalar, dentre outros.

Estas necessidades não são todas do escopo de competência da assistência social, razão pela qual, ao verificar outras demandas, os serviços devem articular-se com as outras políticas públicas no território para atuação conjunta. Considerar a intersetorialidade no território para a **atenção integral** das condições apresentadas torna-se fundamental, além do envolvimento com parceiros e laços estabelecidos como: entidades sociais; grupos sociais; família original, ampliada ou estendida; amigos; grupos religiosos; núcleos de produção cultural, esporte, lazer, dentre outros.

Não há como prescrever caminhos uniformes capazes de atender a todos. O que é significativo para uma pessoa pode ser absolutamente sem sentido para outra, e aquilo que fortalece os laços protetivos de uma família pode ser totalmente inócuo para outra.

Na perspectiva do cotidiano do SUAS, os gestores da política pública de assistência social devem construir diagnósticos das situações presentes no território para a estruturação dos serviços conforme tipificados, de forma qualificada e de acordo com as **diretrizes da Política Nacional de Assistência Social**: serviços descentralizados; ofertas integradas pelas unidades do SUAS e articuladas com as demais políticas; abrangência municipal, no Distrito Federal ou regional; **primazia da responsabilidade do Estado na oferta**, mesmo que em parceria com Entidades Sociais e a **centralidade na família** (original, ampliada, estendida).

De igual importância destacamos as responsabilidades e atribuições dos órgãos gestores da assistência social na contratação da Equipe de Referência e demais trabalhadores de cada Serviço, conforme NOB/RH/SUAS. Sendo então necessário: capacitação permanente; planejamento das ações nos serviços; construção de Planos Individuais ou Familiares de Atendimento; utilização de protocolos ou outros instrumentos de registros; estratégias de avaliação dos resultados; planejamento de novas ações; adoção de metodologias e técnicas acessíveis e criativas, que considere as diversas situações possíveis a serem apresentadas pelos usuários (históricos de usos de drogas, desinteresse pelo serviço, desânimo, desmotivação, sonolência, oscilação de humor, ansiedade, depressão, agitação, dentre outras); construção de pautas conjuntas de trabalho com as áreas de saúde, órgãos de garantia e de defesa de direitos, segurança pública, entre outras, conforme o caso.

Vale ressaltar que em situações de consumo de álcool e outras drogas atreladas a agravos de saúde e/ou alteração do estado de consciência, os serviços do SUAS deverão estar em constante articulação com a área da saúde no território. É importante que seja garantido ao usuário acesso a medicamentos, tratamento e cuidados próprios da rede SUS (Serviços de Atenção Básica, Consultórios na Rua, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Centros Especializados em Reabilitação(CER), dentre outros.

Nestes casos, os serviços da assistência social devem continuar ofertando atendimentos às famílias e indivíduos, na perspectiva do fortalecimento de vínculos, apoio aos usuários, acesso a informações, incentivo à adesão a serviços especializados, acesso a serviços e benefícios como: documentação pessoal; inclusão no Cadastro Único e no Programa Bolsa Família; requerimento do Benefício de Prestação Continuada, entre outros, quando for o caso.

Outra dimensão importante dos serviços do SUAS é a observância dos princípios éticos pelos profissionais, descritos na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUAS): de respeito à dignidade, diversidade e não discriminação de qualquer natureza, do acesso à informação, proteção à privacidade dos usuários, dentre outros.

Os estigmas do *bêbado* e do *noiado*, por exemplo, imprimem marcas profundas sobre pessoas e famílias, com impactos tão sérios quanto os decorrentes do uso propriamente dito no organismo. Nessa direção, o trabalho social desenvolvido no SUAS requer estratégias para o enfrentamento de estigmas e preconceitos diversos, bem como balizar-se no respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo, sem discriminação de qualquer natureza, por gênero, orientação sexual, etnia, geração, credo, escolaridade, classe social ou decorrente do próprio consumo de drogas. Não condicionar oferta de atendimento à exigência de frequência, à abstinência, respeitando sempre o momento e o desejo do usuário e evitando juízos de valor moral.

Ainda sobre a importância da atuação profissional de forma propositiva no serviço, destaca-se o respeito à autonomia dos sujeitos na construção de trajetórias de vida no território como fundamental, mesmo que, por vezes, isto requeira desconstruções históricas em relação a vivências e experiências singulares de cada um. Portanto, o serviço será mais efetivo quando suas ações forem planejadas conjuntamente com as pessoas e famílias, e não de modo prescritivo. Nesse processo, é importante observar que cada pessoa tem seu ritmo, seus recursos e potencialidades para reconstruir trajetórias e construir novos planos.

Considerar a **centralidade na família** e o **território** como dimensões importantes nas atenções ofertadas pelo SUAS é respeitar o indivíduo, suas vulnerabilidades e riscos e suas relações na família e no território como

significativas, promotoras de desenvolvimento e, portanto, com potencialidades e desafios de convivência, onde os cidadãos se protegem e também criam tensões, constituindo *locus* fundamental do desenvolvimento humano e social.

Neste contexto, os objetivos das políticas públicas e das ações da sociedade no território devem visar à construção de esforços coletivos que convirjam em uma rede de proteção para as famílias e os indivíduos.

A Política de Assistência Social, materializada por meio do SUAS e dos seus Serviços da Proteção Social Básica e Especial, têm papel fundamental na construção de redes de proteção, ao atender os usuários dos Serviços no território, investindo no protagonismo e nas potencialidades dos sujeitos, dos grupos sociais e nas interações para o fortalecimento das relações. Da mesma forma, a ampliação dos laços sociais entre sujeitos e famílias, e destes com redes sociais e comunitárias, é de extrema importância para a cooperação no território. Para tanto, as articulações com instituições comunitárias, formais e informais, apresentam-se como alternativa possível na qualidade dos serviços do SUAS.

CAPÍTULO III

A CAPILARIDADE DA REDE SUAS NOS TERRITÓRIOS E O ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS ASSOCIADA AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A rede SUAS, no ano de 2016, está composta por mais de sete mil Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); de mais de dois mil Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); mais de 300 Centros Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP); cerca de 500 Equipes do Serviço Especializado de Abordagem Social e demais unidades, distribuídas nos territórios brasileiros, além da inserção dos usuários no Cadastro Único e identificação dos perfis para o Programa Bolsa Família; acesso ao Benefício de Prestação Continuada e acesso aos benefícios eventuais nos Municípios e no Distrito Federal. Caracteriza-se, portanto em uma ampla rede de serviços, benefícios e programas que desempenha importante papel no que se refere à atenção às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade e risco por violação de direitos, inclusive daquelas ao consumo de álcool e outras drogas.

3.1. PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: prevenção e vigilância sociassistencial

A Proteção Social Básica (PSB) possui uma dimensão inovadora, pois supera a atenção às situações críticas ou dificuldades já instaladas para assegurar, a partir das potencialidades das famílias e dos indivíduos no território, novos patamares de cidadania na garantia de direitos e na prevenção de riscos por violação de direitos.

O objetivo central da Proteção Social Básica é a prevenção de ocorrências de situações de vulnerabilidade, risco social e violações de direitos nos territórios. Em suas ações, efetivam-se investimentos na diminuição das vulnerabilidades sociais e na ampliação das potencialidades e aquisições, fortalecendo fatores de proteção às famílias, por meio da oferta territorializada de serviços socioassistenciais, compreendidos como atividades continuadas que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população.

O trabalho social coordenado pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) volta-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços essenciais públicos ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero, por deficiências, usos de crack, álcool e outras drogas, dentre outras)(BRASIL, 2012).

A Proteção Social Básica prevê, além do acesso à renda, por meio dos benefícios socioassistenciais e programas de transferência de renda, o desenvolvimento de serviços, programas e projetos aprofundando acolhida, convivência familiar e comunitária e fortalecimento de vínculos de famílias e seus indivíduos, conforme as vulnerabilidades identificadas. Esses serviços e programas deverão incluir crianças, adolescentes, jovens, adultos, pessoas com deficiência, pessoas idosas, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas pela rede socioassistencial.

O caráter protetivo da PSB compreende também a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e dos Benefícios Eventuais. O BPC está previsto na LOAS e destina-se a idosos e pessoas com deficiência cuja renda per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo que não tenham como prover sua própria existência em função da deficiência ou do processo de envelhecimento. Os benefícios eventuais são provisões suplementares e provisórias concedidas às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporárias e de calamidade pública. A concessão e o valor dos benefícios são definidos e efetivados pelos estados, municípios e Distrito Federal.

No tocante ao seu papel de prevenção, há que se destacar a conformação de uma extensa rede de Proteção Social Básica, a partir da implantação dos CRAS nos territórios que apresentem índices de vulnerabilidades sociais.

O CRAS se diferencia das demais unidades de referência do SUAS, pois além da oferta de serviços e ações, possui as funções exclusivas de trabalho social com famílias por meio da oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e da gestão territorial da rede socioassistencial de Proteção Social Básica. (BRASIL, 2012 p. 10).

Os serviços coordenados e referenciados pelo CRAS são de caráter preventivo, protetivo e proativo e serão ofertados e planejados a partir de um bom conhecimento das famílias, do território, das situações de vulnerabilidade e risco social e dos recursos disponíveis na rede socioassistencial e intersetorial.

A rede socioassistencial pode ser compreendida como um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, a partir da oferta de benefícios, serviços, programas e projetos, observadas a especificidade, complexidade e dos níveis de proteção social básica e especial.

No âmbito da PSB destacam-se, ainda, as ações de participação social e comunitárias, mobilizando o coletivo por meio de campanhas e palestras, filmes, debates, projetos de sensibilização e uma série de outras atividades que contribuem para a ampliação da oferta de espaços de convivência estimulantes e agregadores nos territórios. Essas são importantes estratégias de prevenção aos usos de álcool, crack e outras drogas, em especial para crianças e adolescentes, grupos particularmente suscetíveis a situações de vulnerabilidade e risco social.

Frente à importância da atuação dos serviços socioassistenciais de PSB, os territórios não podem prescindir dessa rede de proteção, em especial dos serviços que podem contribuir para a redução de fatores de risco e a promoção do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade social.

Entende-se que a concepção de vulnerabilidade social adotada pela PNAS (2004) possibilita à Assistência Social uma visão mais ampla deste fenômeno, para além da convivência com a extrema pobreza, ao considerar outros fatores presentes na interação do cotidiano no território, como a discriminação, o preconceito e as barreiras sociais que desqualificam o convívio social e provocam o isolamento de indivíduos inclusive, com histórico de usos de álcool e outras drogas e suas famílias, secando direitos e ampliando riscos.

A identificação de territórios de vulnerabilidade dá um sentido dinâmico para o estudo das desigualdades, possibilitando um maior poder explicativo de uma realidade social cada vez mais complexa e composta por uma heterogeneidade de situações de desproteção social, além de propiciar o reconhecimento de potencialidades das famílias para superação das situações vivenciadas.

Sob esta ótica, o enfrentamento das vulnerabilidades sociais associadas a usos de drogas pressupõe identificar e reconhecer nos territórios e nos contextos familiares fatores de risco e de proteção em relação aos usuários da política de Assistência Social, ou seja, a família e seus membros. O trabalho com foco na prevenção pressupõe, para além da atuação do SUAS, a articulação intersetorial e interinstitucional entre os diversos atores nos territórios, na perspectiva de atender as diferentes demandas dos sujeitos.

Nesse documento, é importante ressaltar o caráter estratégico dos serviços socioassistenciais da PSB ofertados nos territórios - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos -, e sua estreita interação com os serviços da Proteção Social Especial (PSE), particularmente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), como perspectiva de construção da rede de proteção no território.

3.1.1 Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) ofertado exclusivamente no CRAS tem por objetivo contribuir para o fortalecimento da função protetiva da família e a melhoria da sua qualidade de vida. Fortalecer a função protetiva da família é reconhecê-la, conforme preconiza a PNAS (2004), como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida.

O PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Ao prever o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias, o trabalho desenvolvido no PAIF incide em um conjunto de procedimentos implementados pelos trabalhadores sociais nos CRAS, a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo.

Esses procedimentos visam contribuir para o processo de convivência social das famílias, identificadas como um conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade, a fim de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário de maneira “preventiva, protetiva e proativa”.

O PAIF contribui para a materialização da responsabilidade constitucional do Estado de proteger as famílias.

Segundo Kaztman (2007), a vulnerabilidade das famílias resultaria da relação entre duas variáveis: estrutura de oportunidades e capacidades dos lugares (territórios). Como estrutura de oportunidades o autor exemplifica o *mercado* (empregos, estrutura ocupacional); a *sociedade*, em especial capital social, relações interpessoais de apoio mútuo, geradas com base em princípios de reciprocidade; e o *estado* políticas de bem estar e estruturas de representação de demandas e interesses. Em relação à capacidade dos lugares ou territórios, relaciona-se ao acesso a habitação, transporte, saúde, serviços públicos, entre outros. Estes elementos combinados poderiam fortalecer os cidadãos para o enfrentamento das vulnerabilidades. (BRASIL, 2012).

Os profissionais do PAIF deverão planejar ações voltadas às funções protetivas da família, reconhecendo os diferentes saberes, fazeres e linguagens próprios da cultura local, valorizando a produção comunitária e a participação popular.

O trabalho social do PAIF poderá identificar estigmas ligados à raça, etnia, gênero, idade ou associados ao consumo de álcool e outras drogas, e desenvolver estratégias para a garantia dos direitos sociais e superação das invisibilidades, por meio de ações que valorizem as práticas comunitárias e as identidades raciais, étnicas e de gênero ou grupos que valorizem o protagonismo e qualidade de vida das pessoas idosas, grupos de apoio e ajuda às pessoas que usam álcool e outras drogas e outras questões da população residente naquele território.

As ações do PAIF são desenvolvidas na perspectiva da garantia das seguranças socioassistenciais: de *acolhida; de convívio ou vivência familiar; de sobrevivência ou de rendimento e de autonomia* (PNAS, 2004).

O trabalho do PAIF pressupõe a compreensão dos novos arranjos e dinâmicas familiares e suas relações, valores, crenças e identidades e a identificação de potencialidades, mas também, de distintas formas de violência, preconceito e discriminação.

Segundo o pesquisador Demo (2000), para sermos capazes de entender a realidade é preciso desconstruir os conceitos mais internalizados sobre as verdades absolutas, por exemplo, de um modelo ideal de família, entendendo que, muitas vezes, a família não é somente espaço de proteção e cuidado, mas um lugar onde podem existir conflitos, violências e rebatimentos de diversas questões sociais, por vezes, engendradas pela pobreza e desigualdades sociais.

Nesse serviço, é necessário que os profissionais estejam atentos para não reforçar paradigmas e estereótipos de culpabilização das famílias, em razão de sua desmotivação e não participação ou adesão às ações de caráter protetivo e preventivo. É necessário, ainda, pensar metodologias de trabalho social que contribuam para desnaturalizar práticas de violação de direitos nas relações familiares e nos territórios.

O PAIF é estratégico para o SUAS por contribuir na integração dos serviços socioassistenciais, programas de transferência de renda e benefícios socioassistenciais, promovendo o trabalho social de atendimento e acompanhamento às famílias nos territórios de referência dos CRAS.

O PAIF também centra esforços para que as famílias tenham acesso o mais rápido possível a programas de transferência de renda e/ou a benefícios socioassistenciais, desenvolvendo, ainda, outras estratégias de acesso à renda, tais como: o encaminhamento a serviços de intermediação de mão de obra, qualificação profissional e inclusão produtiva e a outros serviços setoriais, quando for o caso.

Dentre as diversas vulnerabilidades e riscos sociais às quais as famílias podem estar expostas no território, uma delas diz respeito à convivência com álcool e outras drogas, um fenômeno multicausal e multidimensional, que requer dos serviços de Proteção Social Básica a atuação em estreita articulação com as áreas da saúde, educação, trabalho, habitação e segurança pública uma vez que existem questões de violência, associação ao tráfico, ameaça de morte, dentre outros.

Indivíduos com histórico de consumo de álcool e outras drogas e suas famílias podem ter agravadas as situações de vulnerabilidade, uma vez que esta situação pode interferir negativamente na qualidade de vida, reduzir a capacidade

para o trabalho e estudos, dificultar as relações intrafamiliares, potencializar a ocorrência de violência intrafamiliar, com vizinhos e no território, entre outros.

Para a realização de um plano de trabalho preventivo dentro do território de abrangência do CRAS, visando superar riscos e/ou vulnerabilidades sociais, é necessário a realização de diagnóstico socioterritorial, a partir de informações da vigilância socioassistencial, da busca ativa e de parceiros de outras políticas, identificando potencialidades e vulnerabilidades. Tal conhecimento do território possibilita nortear as ações desenvolvidas no PAIF, mapeando necessidades de oferta de outros serviços de proteção social básica.

No tocante às ações de prevenção de situações de vulnerabilidade e/ou risco social associada ao consumo de álcool e outras drogas, fica evidente a importância da oferta dos serviços de Proteção Social Básica em sintonia com demais serviços, programas e projetos socioassistenciais e intersetoriais, articulando esforços para o desenvolvimento de estratégias de base territorial.

3.1.2 Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:

O serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) – é caracterizado pela oferta um conjunto de atividades em grupos, organizadas a partir de percursos e de acordo com os ciclos de vida, de modo a ampliar as aquisições dos usuários, em complemento ao trabalho social com famílias, com o objetivo de contribuir para a prevenção de ocorrências de situações de risco social. É uma forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção de suas histórias, vivências individuais e coletivas, na família e no território (BRASIL, 2009, p.9).

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) organiza-se articulado e complementar ao PAIF. Nesse sentido, as situações de vulnerabilidade enfrentadas por pessoas e famílias devem receber atenção diferenciada, de acordo com cada situação. Suas potencialidades devem ser ponto de partida para a organização dos serviços da PSB e para o estímulo à participação social.

O SCFV tem como objetivos prioritários: Complementar o trabalho social com família; prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, em especial, das pessoas com deficiência, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária; promover acessos a benefícios e serviços socioassistenciais, fortalecendo a rede de proteção social de assistência social nos territórios; promover acessos a serviços setoriais, em especial das políticas de educação, saúde, cultura, esporte e lazer existentes no território, contribuindo para o usufruto dos usuários aos demais direitos; oportunizar o acesso às informações sobre direitos e sobre participação cidadã; possibilitar acessos a experiências e manifestações artísticas, culturais, esportivas e de lazer; favorecer o desenvolvimento de atividades intergeracionais, propiciando trocas de experiências e vivências.

O Serviço está organizado por faixa etária e atende a crianças de até 6 anos; crianças e adolescentes de 06 a 15 anos; adolescentes de 15 a 17 anos, jovens de 18 a 29 anos; adultos de 30 a 59 anos e aos Idosos e podem ser ofertado nos CRAS, em outras unidades públicas ou em entidades de Assistência Social, desde que referenciadas ao CRAS. Deve contar como uma equipe de profissionais capacitados para atender às demandas das faixas etárias e dos públicos prioritários. Na escolha de temas a serem abordados nos grupos os relativos ao consumo de álcool e outras drogas devem ser incluídos com conteúdos e metodologias conforme peculiaridade de cada faixa etária;

Vale ressaltar que o SCFV para os grupos de crianças, adolescentes de 06 a 17 anos busca constituir espaços de convivência e formação para a participação e exercício da cidadania, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, o protagonismo e a autonomia das crianças e adolescentes, a partir de seus interesses, demandas e potencialidades. Nesse contexto, as atividades desenvolvidas devem contemplar a prevenção de situações de risco e/ou vulnerabilidade social, associada ao consumo de álcool e outras drogas, como a realização de atividades que informem crianças e adolescentes sobre o tema das drogas, com sessões de debates, estimulando a participação e o protagonismo infanto-juvenil no desenvolvimento de ações de prevenção.

Nas ações de convivência familiar e comunitária é fundamental que haja o envolvimento e a participação das crianças, adolescentes na elaboração e efetivação

de atividades de cunho preventivo. Nesse sentido, o SCFV deve assegurar espaços de discussão, estimulando a participação na vida das comunidades, na medida em que contribui para o desenvolvimento de competências e para a compreensão crítica da realidade social. **O SCFV para os jovens de 18 A 29 anos busca assegurar** espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social e o desenvolvimento de relações de afetividade, solidariedade e respeito mútuo, de modo a desenvolver a sua convivência familiar e comunitária, contribuindo para a ampliação do universo informacional, artístico e cultural dos jovens, bem como estimular o desenvolvimento de potencialidades para novos projetos de vida, propiciar sua formação cidadã e vivências para o alcance de autonomia e protagonismo social, detectar necessidades, motivações, habilidades e talentos.

As atividades devem possibilitar o reconhecimento do trabalho e da formação profissional como direito de cidadania e desenvolver conhecimentos sobre o mundo do trabalho e competências específicas básicas para contribuir para a inserção, reinserção e permanência dos jovens no sistema educacional e no mundo do trabalho, além de propiciar vivências que valorizam as experiências que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos jovens, estimulando a participação na vida pública no território, ampliando seu espaço de atuação para além do território.

Diretrizes para realização de ações de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas com crianças e adolescentes

Como mencionado, no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos as ações de prevenção a situações de risco e vulnerabilidade tem espaço privilegiado, sendo orientada a sua organização e execução a partir dos ciclos de vida, ganhando destaque as ações direcionadas para crianças, adolescentes e jovens.

Destaca-se que, no âmbito da prevenção ao uso de drogas, além de se buscar evitar o início do uso, tem-se também como objetivos:

- ✓ Retardar a idade de início do uso quando este não puder ser evitado.
- ✓ Reduzir os riscos e os danos relacionados ao uso de drogas.
- ✓ Evitar a transição para um uso problemático.

Para cada um desses objetivos anteriormente descritos, faz-se necessária uma intervenção diferenciada. Nesse sentido, apresentamos abaixo as orientações do Ministério da Saúde para a realização de ações de prevenção ao consumo de drogas em comunidades e escolas, constante no **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**, que pode ser acessado, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

1. Prevalência de consumo de drogas e suas faixas etárias.

No Capítulo 1 foram citadas algumas referências acerca do uso de álcool entre adolescentes. Saber com que idade os jovens estão iniciando o uso de álcool e outras drogas ajuda a definir as ações mais adequadas e que podem ter um efeito mais ampliado de proteção e cuidado. Quanto mais tarde o sujeito inicia o consumo de drogas, menores são as chances de ele vir a ter um consumo problemático ou abusivo; por isso, as ações de prevenção antes do início do uso têm uma relevante capacidade protetiva.

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

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

As ações de prevenção consideradas mais eficazes são aquelas que atuam na interação, objetivando minimizar os fatores de risco e maximizar os fatores de proteção que ampliam a coesão social. As interações entre os fatores de risco e de proteção permitem compreender que a prevenção centrada nos sujeitos e suas mudanças de comportamento pode conseguir alguns avanços, mas que dificilmente se sustentam no tempo quando se encontram com as normas sociais e culturais que o influenciam. É difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas e as condutas que os influenciam. O estudo dessa cadeia de mediações entre fatores de risco e proteção permite também identificar onde e como devem ser feitas as

intervenções, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto, incluindo, por exemplo, impactos diferentes sobre gêneros.

3. Articulação em rede entre os setores e o controle social.

Apesar de estratégias isoladas e pontuais tais como palestras, depoimentos de ex-usuários de drogas, “caravanas” comunitárias, inicialmente aliviarem os atores da rede de proteção social quanto à tarefa educadora que temos com as crianças e adolescentes, essas são ineficazes no objetivo de diminuir o consumo de drogas e, por isso, ao longo do tempo, tornam-se desmotivadoras.

Amplia-se a potencialidade das intervenções no campo da prevenção ao levar em consideração que, se há fatores de risco, há também fatores de proteção ao desenvolvimento do uso abusivo de álcool e outras drogas. A infância e a adolescência são estágios de grande intensidade no desenvolvimento social dos sujeitos. A teoria do desenvolvimento social indica que esse processo pode ser analisado por duas dimensões que estão inter-relacionadas: os níveis de sucesso e fracasso definidos por aspectos externos, por exemplo, como esse indivíduo é considerado diante de seus pares e da sociedade; e os aspectos internos, como o bem-estar; e, por fim, as relações de interação entre essas dimensões. A adequação das respostas dos indivíduos a essas demandas das tarefas sociais específicas de cada contexto, compreendidas também no campo das crenças, não deve ser abordada como meramente individual, mas na interação social. Ao abordarmos os aspectos relacionais, considerando a infância e a adolescência como estágios para as ações de prevenção, nos referimos às relações entre: familiares e a criança/adolescente, professores e a criança/adolescente, comunidade e a criança/adolescente. A melhoria desses indicadores de adequação requer uma intervenção para a mudança nos padrões de interação entre os sujeitos nos primeiros anos de desenvolvimento (infância e adolescência).

Ao propiciar sua melhora, aumenta-se muito a probabilidade de desenvolvimento, a longo prazo, de respostas mais definitivas, positivas, no campo da saúde mental: diminuição de comportamentos agressivos, antissociais, uso abusivo de drogas e transtornos mentais severos. Experiências de atuação nesse campo e produções de conhecimento destacam os seguintes fatores como responsáveis por um efeito de proteção a crianças e adolescentes: o convívio com adultos acolhedores, principalmente os familiares; o sentimento de que pertença a um

grupo social; o acesso à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade.

Consistem em fatores de diversas dimensões – individuais, sociais e culturais– o que denota a constituição “coletiva” da problemática em questão. A fragmentação entre os atores da rede de proteção social na construção de ações efetivas para um problema coletivo gera uma roda sem fim de tentativas isoladas que acabam por colocar em descrença a própria potência da prevenção e por produzir aquilo que procuramos evitar: (a) seu insucesso leva à descrença de que “prevenir” seja uma intervenção possível e com resultados efetivos; (b) as ações podem, inclusive, afastar os indivíduos sob intervenção e fortalecer suas interações que os mantêm vulneráveis.

4. Organização de ações baseadas em boas práticas no campo da prevenção.

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

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

garantir a escolha de “boas práticas” e o uso adequado de verbas públicas investidas nesse tema.

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

5. Necessidade e avaliação contínua dos efeitos das ações de prevenção.

A avaliação contínua das ações de prevenção deve ser uma diretriz contínua dos territórios e pode ser feita nas parcerias com universidades e institutos de pesquisas. Os estudos devem incluir a avaliação de processo, a validação instrumental e a avaliação de resultados por meio de estudos controlados randomizados. Essa cadeia de estudos agrega, no processo, segurança dos efeitos da implementação e, por isso, qualifica uma política pública no campo da prevenção. A finalidade de tal cadeia de pesquisas e etapas para a disseminação de ações de prevenção é a obtenção de atividades, procedimentos e materiais que sejam percebidos como atrativos, motivadores, claros, compreensíveis, pertinentes, relevantes para o novo contexto e adequados à cultura do público-alvo.

O SCFV para adultos de 30 a 59 anos e idosos tem por foco o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e encontros intergeracionais de modo a desenvolver a sua convivência familiar e comunitária, evitar as situações de isolamento e exclusão social ampliar o acesso a serviços essenciais, dentre outros.

Esse serviço em todas as suas dimensões, tem papel estratégico na prevenção de situações de risco pessoal e social, inclusive os associadas ao consumo de álcool e outras drogas, por meio de ações socioeducativas que permitem refletir sobre interesses, potencialidades e dificuldades e estratégias de superação, principalmente, da juventude e adultos. Os encontros devem constituir-se em espaços privilegiados para o diálogo aberto e para reflexão com vistas ao fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos jovens. O envolvimento grupal, laços de amizade e outras

possibilidades de fortalecimento de atitudes saudáveis são fatores importantes para a prevenção.

É importante que esse serviço atue em articulação com demais serviços, programas e projetos socioassistenciais e intersetoriais, unindo esforços para o desenvolvimento de estratégias de proteção social no territorial. As ações desenvolvidas no âmbito da PSB apontam para o fortalecimento dos laços sociais, tendo a família como espaço privilegiado de investimento.

Uma investigação realizada por Carlini *et al* (2004, p. 31) sobre o consumo de drogas entre pessoas em situação de rua, apontam para a necessidade de dar atenção as famílias na intervenção social. A pesquisa estabelece um recorte entre as crianças e adolescentes em situação de rua que mantém vínculos com a família, e outras cujas relações familiares encontram-se rompidas. A problematização dos dados permite desnaturalizar a ideia de que toda criança ou adolescente em situação de rua usa drogas, e mostrar que crianças e adolescentes que mantêm vínculos familiares têm maior participação em atividades que podem constituir-se em fatores de proteção ao consumo de drogas (escola regular, cursos profissionalizantes, atividades artísticas e culturais, atividades religiosas), ao passo que os jovens cujos vínculos familiares encontram-se rompidos apresentam maior exposição a situações de risco (uso, envolvimento na cadeia produtiva de drogas qualificadas como ilícitas, furtos e roubos, venda de favores sexuais)

As vulnerabilidades e risco associados aos usos de álcool e outras drogas não significam necessariamente que justifique o encaminhamento de indivíduos e famílias para os Serviços da Proteção Social Especial ou para os serviços especializados de saúde, como os CAPSad. Destaque-se que o Serviço da Proteção Social Básica, a partir de suas competências deve identificar as situações, os elementos que possui e com quem pode contar inclusive valendo-se das relações com os demais serviços do SUAS e do SUS. Em outras palavras: deve-se partir do princípio da implicação, da responsabilidade, para daí buscar apoio, não apenas junto aos parceiros da rede intersetorial, mas também no âmbito da própria Assistência Social.

Desse modo, é importante a inserção de crianças e adolescentes nesse serviço, tanto na perspectiva do acesso à informação sobre os riscos dos usos de drogas, e autocuidados, quanto para aqueles que estão frequentando serviços de saúde ou

saindo destes, com o objetivo de fortalecer vínculos familiares, comunitários e sociais, favorecer o acesso a benefícios e serviços essenciais, como educação, qualificação profissional, trabalho, habitação, dentre outros. A inclusão em ações socioeducativas no território representa, para crianças e adolescentes implicadas com usos de drogas, possibilidades de construção de itinerários e o restabelecimento dos laços com as redes sociais presentes no território em que convive.

3.2. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL - PSE: atendimento especializado a famílias e indivíduos em situação de risco por violação de direitos

A atenção na Proteção Social Especial, de acordo com a PNAS, tem como objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos.

Nesta perspectiva, os serviços de PSE exigem maior especialização nas intervenções profissionais. Caracterizam-se por um acompanhamento mais singularizado e por uma exigência maior de flexibilidade e diálogo com redes intersetoriais, tendo em vista a complexidade das demandas apresentadas pelos seus usuários, incluídos aqueles cujas situações de risco estão associadas ao consumo de álcool e outras drogas.

De acordo com a Tipificação Nacional (2009), a PSE está dividida em Média e Alta Complexidade.

3.2.1 Proteção Social Especial de Média Complexidade: Unidades de Referência e Serviços Especializados

O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como papel constituir-se em locus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social

especializado no SUAS as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos” (BRASIL, 2011a, p. 23).

No **CREAS** são ofertados serviços a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, em conformidade com as demandas identificadas no território, a exemplo de: violência física, psicológica, negligência, maus tratos e/ou abandono; violência sexual, abuso ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar, devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; trabalho infantil; discriminações em decorrência a orientação sexual, etnia, raça, deficiência, idade, convivência com consumo de álcool e outras drogas, entre outras.

O CREAS oferta obrigatoriamente o **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos (PAEFI)** e, de acordo com a Tipificação, o CREAS pode ofertar:

- Serviços Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- Programa de Trabalho Infantil (PETI)
- Serviço Especializado em Abordagem Social;
- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias.

3.2.1.a Serviço e Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)

O **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI** é o serviço socioassistencial estruturante da unidade CREAS, responsável pelo trabalho social a famílias que estão em situação de risco pessoal e social por violação de direitos. Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o atendimento no serviço fundamenta-se no respeito à heterogeneidade, potencialidades, valores, crenças e identidades das famílias. O Serviço deve buscar contribuir para o fortalecimento da família na sua função protetiva, contribuir para romper com padrões violadores de direitos, para a

reparação de danos, prevenir a reincidência de violação de direitos, dentre outros objetivos.

O PAEFI deve ser ofertado, obrigatoriamente, no CREAS, seja de abrangência municipal ou regional. Os indivíduos e famílias podem acessar o PAEFI por meio de encaminhamentos dos serviços que compõem a rede socioassistencial e a rede intersetorial das diversas políticas públicas e órgãos de defesa de direitos. Também podem acessá-lo por demanda espontânea, ou seja, famílias e indivíduos que buscam atendimento, voluntariamente, quando necessitam.

Tendo em vista a complexidade das situações de seu âmbito de atuação, a equipe do PAEFI deve procurar compreender suas histórias e o contexto das situações vivenciadas pelos usuários a partir do contexto familiar, comunitário e social na qual estão inseridos, assim como as fragilidades/dificuldades e potencialidades/recursos. É importante atentar-se para as dinâmicas dos grupos familiares e suas constituições, o nascimento dos filhos, a idade escolar, os envelhecimentos na família, a convivência com consumo de álcool e outras drogas, dentre outras condições que ampliam riscos por violação de direitos. Essas questões têm significados particulares para cada uma e influenciam as dinâmicas das famílias, potencializando ou fragilizando vínculos no território.

Nesse sentido, é importante compreender que o foco da intervenção do PAEFI é o investimento nas potencialidades dos sujeitos, suas famílias e suas redes de apoio para o enfrentamento das situações de violações de direitos vivenciadas, a ampliação da participação social e o fortalecimento de vínculos familiares, sociais e comunitários.

Dada às múltiplas dimensões que delineiam as situações de risco por violação de direitos que podem ser apresentadas pelos indivíduos com histórico de consumo de álcool e outras drogas e suas famílias, é imprescindível que a coordenação do CREAS e a equipe técnica do PAEFI desenvolvam posturas acolhedoras e de escuta qualificada ao longo de todo o período do

acompanhamento, construa o Planos de Atendimento Individual ou Familiar conjuntamente com os usuários, e desenvolvam ações articuladas com os demais serviços do SUAS no território, com as demais políticas públicas, em especial com a saúde, e com os órgãos de garantia e de defesa de direitos, na perspectiva de garantir a visão integral de sujeito e da garantia de direitos.

Destaca-se também que a equipe do PAEFI, em articulação com a equipe técnica do PAIF e demais políticas públicas, deve apoiar os usuários na construção e/ou resgate de vínculos familiares, comunitários e sociais, na perspectiva de fortalecê-los e de identificar potencialidades para efetivar desejos e projetos pessoais.

O PAEFI pode identificar que o usuário do Serviço apresenta necessidades do campo da saúde, por exemplo relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, como avaliação médica, cuidados, orientações especializadas, uso de medicamentos, internações hospitalares, dentre outras. Nestes casos, o Serviço deve articular-se com a área da saúde para realizar encaminhamentos no território. O encaminhamento à rede de saúde, nesse caso, faz parte do processo de acompanhamento do PAEFI e os técnicos do serviço devem estar atentos ao processo de vinculação do usuário ao encaminhamento, às respostas da política de saúde, e articular estratégias de acompanhamentos conjuntas, estimular a continuidade dos atendimentos e a adesão ao tratamento proposto. Nesse processo, os encaminhamentos não consistem simplesmente em atos administrativos. Requer do Serviço que a pessoa e a família sejam informadas sobre os motivos dos encaminhamentos, a importância da adesão a outros serviços, reafirmando a importância da atuação articulada e integrada dos Serviços do SUAS.

A fim de potencializar o trabalho Intersetorial do SUAS, é importante que as equipes se reúnam periodicamente, para assegurar uma convergência positiva das ações, conceitos, concepções, atividades e objetivos, potencializando o trabalho intersetorial. Este diálogo permite discutir as competências e delimitar as atuações dos técnicos de cada área, organizar as intervenções conjuntas, e a elaboração de instrumentos como o Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar no SUAS e Projeto Terapêutico Singular no SUS, de forma integrada, sempre que

possível e quando necessário. O diálogo entre as equipes é fundamental, tanto para ampliar os objetivos das ações, quanto para evitar a sobreposição de ações.

O PAEFI também representa espaço estratégico e importante para o desenvolvimento de ações de acesso a informações sobre drogas, seus usos e efeitos, bem como de acesso a serviços essenciais de apoio e de atenção especializada, que em conjunto com o PAIF, poderá propor atividades e intervenções que contribuam para a prevenção ao consumo de drogas no território. A realização de oficinas e outras atividades incluindo famílias, crianças, adolescentes e, até mesmo, grupos da comunidade, podem contribuir para ampliar a rede de proteção prevenção e diminuição de estigmas e preconceitos.

3.2.1.b Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)

O Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) é ofertado no CREAS e tem por objetivo o acompanhamento de adolescentes (12 a 18 anos incompletos) autores de ato infracional e, excepcionalmente, jovens (18 a 21 anos) em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) ou de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), “aplicadas pela Justiça da Infância e da Juventude ou, na ausência desta, pela Vara Civil correspondente” (BRASIL, 2009, p. 24).

A medida de PSC consiste na realização por parte do(a) adolescente, de serviços comunitários gratuitos e de interesse geral. Esta medida deve ser cumprida em jornada não superior a oito horas semanais, sem prejuízo de atividades escolares ou laborais, nos casos de adolescentes maiores de 16 anos, ou 14, na condição de aprendiz. As atividades e os locais escolhidos para cumprimento da PSC devem ser pensados de acordo com as características de cada jovem/adolescente, buscando

favorecer o desenvolvimento de potencialidades e a redução de vulnerabilidades e risco por violação de direitos. Já a Liberdade Assistida (LA) é uma medida de caráter socioeducativo em que o adolescente encontra-se limitado em alguns de seus direitos devido às condições impostas para que sejam atingidos os objetivos pedagógicos, conforme planejado no Plano Individual de Atendimento (PIA). A LA tem prazo mínimo de seis meses, embora possa ser a qualquer momento reavaliada, prorrogada ou substituída.

O acompanhamento do adolescente pelo Serviço de Proteção Social durante o período de cumprimento da PSC/LA deve ser sistemático, observando o caráter pedagógico e socializante da medida contando com ações voltadas ao atendimento individual e grupal, visitas domiciliares, inserção na escola, preparação para o mercado de trabalho, entre outras.

Uma das ferramentas metodológicas utilizadas na aplicação de medidas socioeducativas definidas pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE, 2011) é o **Plano de Atendimento Individual (PIA)**, construído pelos técnicos do Serviço, juntamente com os adolescentes e suas famílias. O plano deve contemplar objetivos claros a serem perseguidos durante o cumprimento da medida, bem como perspectivas futuras. Na construção do PIA, a equipe deve dialogar com todas as políticas setoriais envolvidas para estabelecer compromissos e realizar os encaminhamentos necessários a partir das demandas apresentadas, inclusive para serviços de saúde nas situações relativas a usos de álcool, crack e outras drogas. Igualmente, deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento especializado da família pelo CREAS/PAEFI.

É frequente que muitos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de LA/PSC respondam por ato infracional em decorrência de algum tipo de envolvimento com drogas ilícitas. Dentre estes, pode ser que muitos tenham problemas relacionados ao uso de álcool, crack ou outras drogas, e necessitem de acompanhamento especializado, enquanto outros podem ter algum tipo de envolvimento com o comércio, mas não com o uso. Independente do caso, o vínculo com o Serviço deve permitir a estes adolescentes a possibilidade de reflexão e apoio em novos projetos de vida, que podem ser viabilizados por meio de ações e articulações intersetoriais.

Quando for necessário o atendimento mais continuado das questões relativas a usos de crack, álcool e outras drogas o Serviço deve buscar uma atuação conjunta com os serviços de saúde responsáveis no território. A elaboração de planos de atendimento integrados e a realização de intervenções conjuntas configuram iniciativas a serem consideradas pelas duas equipes, lembrando que a construção de estratégias intersetoriais, com itinerários de atendimentos singulares, são preocupações não apenas no campo da Assistência Social, mas também da Saúde. Sendo assim, o diálogo com as equipes de saúde permite ampliar os efeitos positivos do acompanhamento no Serviço de Medidas Sócioeducativas (MSE). Excepcionalmente, pode ser constatada a necessidade de internação para tratamento de saúde, a equipe do Serviço de MSE deve avaliar, em conjunto com a equipe de saúde, quais as melhores estratégias para a continuidade do acompanhamento do adolescente pelo Serviço. Nesses casos, a situação deve ser comunicada à autoridade judiciária, tendo em vista a especificidade da medida socioeducativa e os objetivos terapêuticos estabelecidos para o adolescente, observada a Lei nº 12.594/2012, Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

As articulações intersetoriais a partir deste Serviço do SUAS são importantes e, nesse sentido, quando houver situação de usos de drogas os parceiros mais indicados neste atendimento são o CAPSad e o CAPSi. Nas cidades em que estes serviços não estejam disponíveis, deve-se buscar apoio junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outros serviços de saúde disponíveis na rede local. O diálogo entre as equipes de Assistência Social e Saúde nesse atendimento é fundamental, tanto para ampliar a potência dos planos, quanto para evitar abordagens contraditórias das duas áreas com a mesma pessoa.

É importante lembrar que os adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas podem ter certas dificuldades para acessar os serviços de saúde, devido a ausência de documentação, necessidade de deslocamentos, agendamento prévio, dentre outras. Por isso, é importante que o Serviço de MSE e a equipe de saúde estabeleçam fluxos e protocolos para o atendimento desse público. É fundamental que a relação entre o atendimento socioassistencial e o atendimento de saúde esteja prevista nos Planos de Atendimento Socioeducativo dos municípios e estados, previsto na Lei do SINASE.

Em todos os casos, é importante que o Serviço de MSE seja um espaço de diálogo. Mais uma vez, é fundamental a *postura acolhedora e aberta ao longo de todo o processo de atendimento e acompanhamento*, pois é a partir dela que se podem construir espaços em que a voz dos sujeitos pode circular. É na problematização conjunta que podem emergir questões relacionadas a usos de drogas, que devem ser discutidas de modo aberto.

Nessa escuta, nesse diálogo problematizador, se constroem ideias que podem incidir positivamente no processo de (re) construção de projetos de vida com o adolescente/jovem. Nesses encontros, constrói-se um espaço fértil ao surgimento de entendimentos, diante dos quais a equipe deve contribuir a partir de seus conhecimentos técnicos para a resignificação de vivências.

No que tange à PSC, um fator importante para que a medida cumpra sua função socioeducativa é o cuidado na construção de parcerias com instituições para a prestação de serviços comunitários, de modo que a instituição compartilhe dos princípios e diretrizes do Serviço de MSE.

Este não é um trabalho simples, especialmente diante de um imaginário social que demoniza e atribui aos adolescentes/jovens em conflito com a lei a responsabilização pela violência e, especialmente, aqueles envolvidos com usos ou comércio de drogas qualificadas como ilícitas. Neste sentido, a definição de locais não depende apenas de acordos e documentos, mas também da sensibilidade e da empatia das pessoas com quem os adolescentes vão conviver durante o período de cumprimento da PSC, construídas por meio de processos de discussão e reflexão. A presença de adolescentes em cumprimento da medida de PSC no cotidiano de trabalho das instituições contribui para a construção de relações de confiança, prestígio, diminuição de estigmas e preconceito e resulta em papel social importante para a instituição onde se cumpre a medida.

A própria natureza das medidas socioeducativas exige um intenso diálogo com a Justiça da Infância e da Juventude ou Vara Civil correspondente, sem contar que as relações com o Ministério Público e com a Defensoria Pública também são muito importantes, especialmente quando houver ameaça de morte. Nesses casos as autoridades devem ser informadas e a equipe orientada.

O cumprimento de medidas socioeducativas não impede o acesso a direitos, em especial o da educação, notadamente porque se trata de jovens/adolescentes cujo acesso à educação é de fundamental importância para o desenvolvimento. Cabe, portanto à equipe do Serviço preocupar-se com a inclusão e os apoios necessários à frequência dos adolescentes na escola, compartilhando com o corpo técnico-pedagógico informações que possam facilitar o vínculo do adolescente/jovem em questão, articulando e viabilizando com os profissionais da educação todas as possibilidades para a inserção e permanência dos adolescentes e jovens na escola.

Também é fundamental articular-se com as Escolas Técnicas, universidades, centros de cultura, lazer, esporte, iniciativas de aprendizagem profissional, projetos sociais desenvolvidos por organizações da sociedade civil, observando sempre interesses, necessidades e aptidões dos adolescentes/jovens. Estes são alguns exemplos de parcerias que podem somar-se aos serviços do SUAS, como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, desde que signifique a ampliação de potencialidades e a redução de vulnerabilidades e risco por violação de direitos de adolescentes/jovens e suas famílias.

Outra estratégia importante é o fortalecimento e o resgate dos vínculos familiares e da função protetiva da família, que deve ser considerada em todos os serviços socioassistenciais. Nestes casos as famílias dos jovens/adolescentes podem ser acompanhadas pelo PAEFI/CREAS; as famílias referenciadas aos CRAS, conforme o caso.

Na mesma direção, os vínculos sociais e comunitários devem também ser observados e trabalhados ao longo do acompanhamento dos jovens/adolescentes em cumprimento de MSE, buscando sempre que possível inserir em grupos e espaços de interação favoráveis ao seu desenvolvimento, de acordo com suas características, potencialidades, desejos e história de vida. A construção de novas possibilidades de interação e vinculação sociais e comunitárias poderá contribuir para que o adolescente estabeleça para si novos espaços e papéis sociais.

As ações desenvolvidas ao longo do cumprimento da MSE, de caráter individual ou coletivo, poderão ser planejadas estrategicamente para maior interação do adolescente/jovem com o seu contexto social, contribuindo para o acesso a direitos, novas

vivências e oportunidades; para a capacidade de reflexão sobre suas ações; e para a (re) construção de projetos, sem perder de vista, contudo, a perspectiva da sua conscientização, frente ao ato infracional praticado.

Os usos de crack, álcool e outras drogas podem representar para alguns dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas tanto um importante *objeto de consumo* (portanto, de afirmação social), como *objeto de comércio* que garante acesso a outros bens de consumo, ou os dois considerando as necessidades de estratégias de sobrevivência, empoderamento das drogas, visibilidade, entre outros. Neste sentido, o investimento em ações e informações que possam contribuir para a prevenção e tratamento devem se expressar na ampliação crítica do universo simbólico dos adolescentes e suas famílias.

O acompanhamento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de LA/PSC deve ser construído de modo reflexivo, respeitando e valorizando a história, a potência e as necessidades dos sujeitos, de modo a contribuir para múltiplas dimensões do desenvolvimento dos adolescentes e suas famílias.

Por fim, é necessário reiterar que a aplicação de Medidas Socioeducativas se limita aos casos de ato infracional, como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Não é possível a cerceamento de liberdade, a internação hospitalar ou a imposição de medidas socioeducativas em meio aberto motivadas exclusivamente pelo uso de drogas pelo adolescente. Pelo contrário, o uso contínuo de drogas, inclusive com o caráter de dependência, exige uma resposta do âmbito da saúde pública e dos seus distintos serviços, e não a responsabilização do adolescente, como aponta o próprio Estatuto: “*Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições*” (art. 112, § 3º).

3.2.1.c Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI teve início, em 1996, como ação do Governo Federal, com o apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), para combater o trabalho de crianças em carvoarias da região de

Três Lagoas (MS). Sua cobertura foi, em seguida, ampliada para os estados de Pernambuco, Bahia, Sergipe e Rondônia, num esforço do Estado Brasileiro para implantar políticas públicas voltadas ao enfrentamento do trabalho infantil. A partir de então, o PETI foi progressivamente alcançando todos os estados do País.

Em 2005, ocorreu a integração do PETI com o Programa Bolsa Família, o que trouxe modificações significativas que racionalizaram e aprimoraram a gestão de ambos os programas, incrementando a intersetorialidade e o potencial das ações, ao se evitar a fragmentação e a superposição de esforços e de recursos.

Em 2011, o PETI foi introduzido na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), conforme o disposto no Art. 24-C da Lei 12.435, de 06 de julho de 2011, ratificando o “[...] caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do SUAS, foi consolidado com as ações que compreendem transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho”.

Com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de 2005, o enfrentamento ao trabalho infantil, no âmbito da assistência social, passou a ser realizado através de um esforço articulado dos serviços socioassistenciais, e atualmente é composto por:

- *busca ativa realizada pelo Serviço Especializado em Abordagem Social nos CREAS e pelas equipes volantes do CRAS;*
- *registro das famílias no CadÚnico;*
- *atendimento das crianças e adolescentes no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que integra a Proteção Social Básica;*
- *trabalho social com as famílias, nos serviços continuados do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);*
- *acesso à profissionalização às famílias e aos adolescentes a partir dos dezesseis anos com ofertas do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) por intermédio do Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Acessuas/Trabalho).*

A partir de 2013, foi iniciada a discussão do Redesenho do PETI, que teve sua pactuação final em abril de 2014, com o objetivo de contribuir para a aceleração das ações de prevenção e de erradicação do trabalho infantil e, desse modo, permitir o cumprimento das metas estabelecidas nas Convenções nº 138 e nº 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e das diretrizes do Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador.

O redesenho do PETI consiste na realização de ações estratégicas voltadas ao enfrentamento das novas incidências de atividades identificadas no Censo IBGE 2010 e no fortalecimento do Programa em compasso com os avanços da cobertura e da qualificação da rede de proteção social do SUAS, estruturados em cinco eixos de atuação:

(I) informação e mobilização, com realização de campanhas e audiências públicas;

(II) identificação, busca ativa e registro no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal;

(III) Proteção social, por todo o sistema de garantia de direitos, inclusive transferências de renda, acompanhamento familiar e comunitário e inserção das crianças, adolescentes e suas famílias em serviços de fortalecimento de vínculos, encaminhamento para serviços de saúde, educação, cultura, esporte, lazer ou trabalho;

(IV) Responsabilização com reforço das ações de fiscalização, acompanhamento das famílias com aplicação de medidas protetivas, articuladas com Poder Judiciário, Ministério Público e Conselhos Tutelares; e

(V) monitoramento a partir dos sistemas da rede SUAS e das políticas setoriais.

O PETI está avançando na qualificação, fortalecendo a intersetorialidade e na gestão integrada de benefícios e serviços destinados às famílias cujas crianças e adolescentes estejam em situação de trabalho infantil, iminência ou retirados da situação de trabalho.

É possível que as atividades de trabalho que fizeram com que uma criança ou adolescente fosse incluída no PETI tenham alguma relação com a produção,

circulação ou comércio de drogas qualificadas como ilícitas, ou existir usos de crack e outras drogas por parte da criança ou adolescente. O exercício dessas atividades, que estão entre as consideradas como piores formas de trabalho infantil, resulta em risco por violação de direitos pessoal ou familiar. Nestes casos, as relações com o Ministério Público e com a Defensoria Pública são muito importantes.

Como previsto na lista das piores formas de trabalho infantil (TIP) – Dec. nº 6.481, de 12/06/2008, as atividades ligadas à cadeia produtiva de drogas qualificadas como ilícitas e ao circuito de exploração o sexual são consideradas piores formas de trabalho infantil. Sendo assim, os serviços e ações articuladas pelo PETI devem prever tais ocorrências e se preparar para as especificidades de atenção as famílias cujos filhos estejam envolvidos em tais situações, especialmente no que tange a articulação de ações e redes intersetoriais.

As crianças e adolescentes com histórico de trabalho infantil, vivendo em situação de rua, implicadas com usos de drogas e/ou convivendo em ambientes com usos de drogas estão convivendo com o direito violado. Nesses casos, os Serviços do SUAS devem considerar as articulações específicas junto às redes intersetoriais que tratam da questão, a exemplo dos Conselhos Tutelares, órgãos de garantia e defesa dos direitos, Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPSad) para as devidas atenções especializadas.

Por outro lado, mesmo que as crianças e adolescentes inseridas no PETI não tenham envolvimento com o uso ou comércio de drogas, a situação de vulnerabilidade que levou à entrada precoce no trabalho pode estar ligada ao uso de álcool, crack e outras drogas indiretamente protagonizada por seus familiares, precarizando os cuidados, o que amplia o risco por violação de direitos e indica a necessidade de acompanhamento pelos Serviços do SUAS.

A inclusão das famílias nos CRAS e nos CREAS, e das crianças e adolescentes no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos objetiva a ampliação das trocas culturais, o desenvolvimento de sentimentos de pertença e de identidade, entre outros para fortalecimento da função protetiva da família. Possui caráter preventivo e proativo de violação de direitos, tem por objetivos a defesa e a

afirmação de direitos e o desenvolvimento de capacidades e potencialidades emancipatórias para o enfrentamento de vulnerabilidades e riscos sociais.

Os profissionais dos Serviços do SUAS devem sempre manter uma postura acolhedora diante da emergência de questões relacionadas a crianças e adolescentes e os usos de crack, álcool e outras drogas, investindo na construção de relações de vínculo e confiança e no fortalecimento dos laços familiares e na convivência comunitária.

As crianças e adolescentes, preferencialmente, devem ser inseridas nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV que oferecem atividades para ampliar as possibilidades de convívio social, tanto para pessoas que usam drogas quanto para suas famílias. O acesso e inserção na Escola é outro elemento extremamente importante para a ampliação das aquisições, desenvolvimento pessoal e construção de projetos de vida de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. Neste contexto, os Serviços do SUAS devem buscar o diálogo com as escolas para a inclusão destas crianças e adolescentes e envolvimento das famílias no circuito escolar. É preciso conhecer as histórias destas famílias, seus sonhos, suas crenças. Por meio do diálogo, é possível construir caminhos mais potentes, sustentáveis e criativos, capazes de seduzir e empolgar não apenas às crianças e adolescentes identificadas em situação de trabalho infantil, mas também às suas famílias.

A inclusão no PETI de famílias cujos filhos estiveram envolvidos em atividades relacionadas à cadeia produtiva das drogas ou em atividades de exploração sexual como meio de sustento do uso de drogas (especialmente o crack), poderá representar uma possibilidade de construção de novos projetos de vida.

3.2.1.d Serviço Especializado em Abordagem Social

O Serviço Especializado em Abordagem Social está tipificado no âmbito da proteção social especial de média complexidade, e tem por objetivo assegurar o trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de situações de risco pessoal e social como, por exemplo, trabalho infantil,

exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, entre outras, considerando as praças, entroncamento de estradas, fronteiras, espaços públicos, comércio, terminais de ônibus, trêns, metrô e outros (BRASIL, 2009, p. 22). O serviço deve ser vinculado ao CREAS, ao Centro POP ou à unidade referenciada ao CREAS.

Nessa direção, o serviço oferta atendimento a crianças, adolescentes, jovens, adultos, pessoas com deficiência, pessoas idosas e famílias que utilizam espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência. Configura-se como importante canal de identificação de situações de risco pessoal e social que podem, em determinados casos, associar-se ao consumo de álcool e outras drogas.

Cabe ressaltar que o Serviço Especializado em Abordagem Social, não é exclusivo ou específico de segmentos, mas tem a função de atuar sobre todas as situações e públicos elencados e construir estratégias metodológicas de abordagem e articulações intersetoriais, que considerem os diferentes públicos em que atua. A equipe deve ter clareza do seu papel como agentes sociais que intervêm em situações de graves violações de direitos de indivíduos ou famílias com vínculos muito fragilizados, ou rompidos, e, portanto, sua atuação deve contribuir para a construção/reconstrução de processos e projetos de saída das ruas e de interrupção dos ciclos de violações de direitos em que estes estejam vivenciando.

Nesse sentido, o serviço deve assegurar acompanhamento especializado à população em situação de rua nos espaços públicos, contribuir para o entendimento dos direitos sociais e humanos, oferecer acesso às políticas públicas, desenvolver atividades direcionadas para o resgate, fortalecimento ou construção de novos vínculos interpessoais e/ou familiares, tendo em vista a importância de apoiar a construções de projetos pessoais e sociais e novas trajetórias de vida, que favoreçam o processo gradativo de saída das ruas para vivências em espaços mais protegidos, e

incentivar a participação deste nos esforços de ampliação da participação social, como direito de cidadania.

Uma ação importante do Serviço Especializado de Abordagem Social para a intervenção qualificada nos espaços públicos é o mapeamento dos territórios para identificação das situações de risco e violação de direitos, inclusive as associadas ao consumo de álcool e outras drogas e do perfil do público alvo de sua atuação. Este mapeamento será um importante instrumento para fundamentar o planejamento de um processo de abordagem social articulado e coordenado da assistência social com a saúde nos territórios, notadamente os consultórios na rua¹.

A oferta do serviço deve propiciar, também, a inclusão da população em situação de rua no Cadastro Único dos Programas Sociais - CADÚnico, com possibilidade de inclusão no Programa Bolsa Família e outros programas e benefícios que usam o CADÚnico como base de acesso. Além disso, propiciar acesso a restaurantes populares e cozinhas comunitárias, onde houver, encaminhamentos das pessoas com deficiência e pessoas idosas para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, dentre outras ações.

A vinculação de famílias e indivíduos em situação de rua às redes de proteção social, em muitos casos, somente será possível por meio de um processo gradativo de aproximação, conhecimento e construção de vínculos de referência e confiança do público atendido com os profissionais e com o Serviço de Abordagem Social.

É importante ressaltar que nem toda população em situação de rua é usuária de álcool e outras drogas, razão pela qual esta associação não deve ser feita e constitui um dos estigmas mais perversos com esta população. Por outro lado, existem pessoas que usam drogas sem, contudo, constituir vulnerabilidade e risco por violação de direitos, não sendo, portanto, público-alvo dos serviços da assistência social.

¹ Equipes de Consultório na Rua são equipes multiprofissionais, da política de Saúde, que atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Atuam nas ruas de forma itinerante.

Os profissionais do Serviço Especializado de Abordagem Social devem considerar as dificuldades de abordar pessoas com quem ainda não constituíram vínculos, em especial pessoas em uso de crack, álcool ou outras drogas em seus estados de alteração do pensamento, depressão ou outros. Se alguém não está disposto a falar sobre seus usos, não convém forçar a situação, sendo melhor investir na construção de vínculos de respeito e confiança, construindo possibilidades para uma escuta qualificada. Como já referenciado, a identificação dos territórios e seu cotidiano permite o planejamento de ações do serviço em conjunto com as áreas de saúde, como os consultórios na rua, serviços de saúde de emergência acessados em unidades básicas de saúde, hospitais gerais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), CAPS, entre outras, de acordo com a rede instalada no território.

Não cabe à Assistência Social fazer avaliação de condições de saúde e seus agravos. Nos casos em que se observarem sinais que indiquem a necessidade de atenção na área da saúde, é preciso acionar estes serviços, de acordo com a necessidade e a existência no território.

No âmbito do SUAS, o Serviço Especializado de Abordagem Social é um importante canal para a identificação de situações que demandem o atendimento continuado na rede socioassistencial e nas demais políticas. Nesse sentido, o trabalho social a ser desenvolvido requer conhecimento das ofertas existentes nos territórios, rede de serviços da saúde, educação, trabalho, habitação, benefícios, programas de transferência de renda, além das redes informais com as quais as pessoas e famílias podem contar.

Em situações como, por exemplo, trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, abandono, situação de rua, violações de direitos vivenciadas por mulheres, idosos, pessoas com deficiência, inclusive as situações associadas a usos de crack , álcool e outras drogas, o olhar dos serviços das diversas políticas

públicas com atuação no mesmo território, além de estratégico, é também complementar, uma vez que exige cooperação e convergência de atuação, na perspectiva de garantir atenção integral de famílias e indivíduos. Nessa perspectiva, o atendimento especializado nos serviços do SUAS e os encaminhamentos para os serviços das outras políticas somam-se aos ofertados pelo Serviço Especializado de Abordagem Social.

A atuação do serviço se articula nos territórios não só com outros serviços/unidades de saúde, como também com as bases de Polícia Comunitária, vinculadas à política de Segurança Pública e órgãos de defesa e de garantia de direitos. A materialização dessa integração requer: postura acolhedora entre os profissionais, conhecimento mútuo da missão de cada política e serviço, encontros periódicos para planejamento e avaliação conjunta dos trabalhos realizados nos territórios, entre outras. A gestão da unidade de oferta do Serviço de Abordagem Social tem, por excelência, o papel de articular este com os demais serviços.

Considerando a dinâmica dos territórios, é desejável que a equipe do serviço planeje e realize abordagens conjuntas com profissionais da saúde. Atuações articuladas e/ou conjuntas com profissionais da segurança pública devem ser avaliadas em cada contexto, considerando a necessidade de resguardar os vínculos já construídos no território entre as pessoas com as equipes de abordagem social e, também, a própria segurança de usuários e trabalhadores do serviço. Se em determinadas situações a entrada em um determinado território representar risco para as equipes de abordagem, convém discutir as situações com as equipes da saúde e de segurança pública para definir as melhores estratégias de trabalho.

Em relação à abordagem social de crianças e adolescentes cabe especial atenção, pois requer esforço ainda mais intenso frente à particularidade da condição de pessoa em desenvolvimento. O envolvimento com o comércio de drogas

qualificadas como ilícitas nas ruas é bastante frequente, por exemplo, na forma do chamado “avião” (aquele que liga compradores e vendedores de drogas). Muitas crianças e adolescente vivem nas proximidades de pontos de venda de drogas qualificadas como ilícitas ou em regiões com grande concentração de casas noturnas, o que as expõe a uma situação de maior risco.

É comum que crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com vivência de situações de risco nas ruas sejam envolvidos em dinâmicas de exploração sexual, rendendo-lhes recursos usados, muitas vezes, para sustentar o consumo de drogas, especialmente o crack. Frente a essa realidade, é preciso investigar todas as possibilidades de inserção das crianças e adolescentes em serviços e ações favorecedoras da saída da rua, verificar possibilidades de identificação da família e/ou outras referências afetivas e articular com o PAEFI e PAIF a realização do acompanhamento familiar.

Crianças e adolescentes em situação de rua e em consumo de drogas devem ter garantido o direito à saúde e educação, cabendo aos gestores o diálogo e as articulações necessárias para esta efetivação do direito. As equipes de abordagem social têm papel fundamental na busca da inserção e vinculação das crianças e adolescentes em instituições de ensino e em cuidados médicos.

As situações que envolvem usos de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua configuram grave situação de risco pessoal e social e guardam especificidades. Diante de casos como este, fica nítida a importância de se manter uma postura cuidadosa durante o trabalho, de modo a evitar que as crianças e adolescentes sintam-se ameaçadas pela chegada das equipes de abordagem, o que pode dificultar a aproximação.

Os conselheiros tutelares são parceiros importantes no trabalho com crianças e adolescentes em situação de risco nas ruas, inclusive quando associada a usos de drogas. Também as relações com os demais órgãos de defesa de direitos, a exemplo do Ministério Público e da Defensoria Pública, podem ser de uma importância vital, especialmente diante em casos de violação de direitos ou quando houver ameaça de morte, situações diante das quais os órgãos de defesa de direitos devem ser mobilizados.

No trabalho de campo, as equipes do Serviço Especializado de Abordagem Social precisam ser acolhidas nos territórios de sua atuação. Este processo desafiador exige atenção e paciência. Dificilmente se conseguirá este acesso em um primeiro momento. Na maioria dos casos, será preciso investir em aproximações gradativas e insistir nas visitas para que as barreiras iniciais possam ser gradualmente transpostas, e para que se possa começar efetivamente a construir um trabalho mais consistente junto a um determinado grupo de pessoas.

3.2.1.e Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias

O **Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias** é responsável pela oferta de atendimento especializado a pessoas com deficiência ou pessoas idosas, com algum grau de dependência e suas famílias, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, como isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, entre outras situações que aumentam a dependência e comprometem o desenvolvimento e a autonomia.

Esse serviço promove atividades que garantem a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, visa à diminuição da exclusão social tanto da pessoa cuidada quanto do cuidador, da sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a superação das violações de direitos que fragilizam o indivíduo e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou idosa.

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS, o **Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias** pode ser ofertado no CREAS, em Unidades Referenciadas, no domicílio ou em Centros-dia de referência.

O Centro-dia é um equipamento socioassistencial destinado à atenção diurna à, pessoas com deficiência e à, pessoas idosas, em situação de dependência, é uma das unidades onde pode ser ofertado o Serviço de Proteção Social Especial para

Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. O Centro-dia é composto por uma equipe multidisciplinar, visando o fortalecimento de vínculos, autonomia e inclusão social, por meio de ações de acolhida; escuta, informação e orientação; elaboração de Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento; orientação e apoio nos autocuidados; apoio ao desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; identificação e fortalecimento de redes comunitárias de apoio; identificação e acesso a tecnologias assistivas e/ou ajudas técnicas de autonomia no serviço, no domicílio, e na comunidade; apoio e orientação aos cuidadores familiares com vistas a favorecer a autonomia da dupla pessoa cuidada e cuidador familiar.

Os cuidados cotidianos com os usuários durante o atendimento no Centro-Dia incluem acompanhamento e assessoramento em todas as atividades da vida diária; apoio na administração de medicamentos indicados por via oral e de uso externo, prescrito por profissionais; ingestão assistida de alimentos; higiene e cuidados pessoais; ações preventivas de acidentes; atividades recreativas e ocupacionais de acordo com as possibilidades; colaboração nas práticas indicadas por profissionais (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, dentre outros); difusão de ações de promoção de saúde e inclusão social; acompanhamento nos deslocamentos e locomoção do seu cotidiano; orientação às famílias sobre cuidados, dentre outras atividades.

O serviço ofertado em Centro-dia considera que algumas situações vivenciadas pelas pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, como histórico de usos de crack, álcool e outras drogas, aumentam o risco por violação dos direitos sociais, tanto da pessoa com deficiência, da pessoa idosa quanto dos cuidadores familiares, e são indicativos de prioridade de atendimento no serviço em estreita articulação com os serviços de saúde no território. A ocorrência de outras situações de risco pessoal ou social como as abaixo relacionadas, de forma isolada ou simultânea, ampliam a possibilidade de acontecerem violações de direitos das pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, e devem ser consideradas na identificação dos casos prioritários para atendimento nos Centros-Dia:

- Convivência com a situação de pobreza;
- Desassistência da pessoa com deficiência e idosa pelos serviços essenciais;

- Não participação da pessoa com deficiência e idosa em atividades e serviços no território;
- Isolamento social das pessoas cuidadas e dos cuidadores familiares;
- Situações de abandono, negligência e/o maus tratos, violência física e ou psicológica;
- Ausência de cuidadores familiares ou a precariedade dos cuidados familiares em virtude do envelhecimento, doença ou ausência dos pais ou responsáveis;
- Situação de estresse do cuidador familiar, em virtude da oferta de cuidados de longa permanência;
- Alto custo da oferta familiar de cuidados; e
- Impedimento de acesso à inclusão produtiva dos cuidadores familiares em virtude da necessidade de ofertar cuidados na família.

Considerando o exposto, o serviço ofertado em Centro-Dia integra a rede de ofertas do SUAS e é considerado importante para ampliar e qualificar os cuidados familiares com a pessoa com deficiência e idosa, ao tempo em que contribui para diminuir riscos por violação de direitos devido às desproteções às pessoas cuidadas e aos cuidadores, inclusive agravadas pelas situações associadas a usos de álcool e outras drogas.

Conforme referenciado neste documento, sempre que o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias identificar associações com usos de drogas deve articular-se com os serviços de saúde no território para avaliação e orientação sobre as melhores formas de acompanhamento.

3.2.1.f Serviço Especializado para Pessoas em situação de Rua (Centro Pop)

O **Centro Pop** configura-se como uma unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS voltada à oferta do **Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**. Este Serviço é destinado a indivíduos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou

sobrevivência. A criação do Centro Pop para ofertar o Serviço Especializado para a População em Situação de Rua foi prevista no Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Esta unidade especializada também está prevista na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais do SUAS.

O Centro Pop, considerando sua finalidade, deve funcionar em espaço físico próprio, contar com instalações amplas e acessíveis, integradas por ambientes destinados à acolhida, guarda de pertences, realização de oficinas socioeducativas, higiene pessoal, dentre outras finalidades, conforme Orientações Técnicas sobre o Serviço disponíveis no site do MDS.

As ofertas de espaços de cuidado, no Centro Pop, devem ser entendidas como parte da metodologia do Serviço no processo de ação com os usuários deste e, portanto, como elementos de resgate da autoestima, do autovalor e da possibilidade de ressignificação do sujeito em sua vivência pessoal e social. Nesse sentido, devem ser humanizados e acessíveis. Como unidade de referência para a população em situação de rua, deve prever funcionamento de 8 horas por dia e servir como endereço de referência para as pessoas em situação de rua, inclusive para a inserção destes no Cadastro Único dos Programas Sociais.

As práticas profissionais deste serviço devem expressar capacidade de acolher os usuários em duas dimensões (*acolhida inicial* e a *postura receptiva* ao longo de todo o atendimento e acompanhamento). As atividades ofertadas em seu âmbito devem contribuir para a garantia das seguintes seguranças socioassistenciais: *segurança de acolhida*: acolhimento no Serviço em condições de dignidade, resgate ou minimização de danos decorrentes de vivências de isolamento, violências, abusos, abandono, preservação de identidade, integridade e história de vida; *segurança de convívio ou vivência familiar, comunitária e social*: fortalecimento, resgate e construção ou reconstrução de vínculos familiar sociais e comunitário, acesso a serviços essenciais não só do âmbito do SUAS, como das demais políticas públicas setoriais, conforme necessidades; e, *segurança de desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social*: garantia de vivências pautadas pelo respeito, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania, apoio à construção de

projetos pessoais e sociais e fortalecimento da autoestima, acesso à documentação civil, apoio à construção de autonomia e bem-estar, dentre outros suportes e apoios.

O serviço ofertado pelo Centro POP, ao assegurar acompanhamento especializado à população em situação de rua procura oferecer atividades direcionadas para o desenvolvimento e fortalecimento de vínculos, resgate, fortalecimento ou construção de novos vínculos interpessoais e/ou familiares, tendo em vista a importância de apoiar a construções de projetos pessoais e sociais e novas trajetórias de vida, que favoreçam o processo gradativo de saída das ruas para vivências em espaços mais protegidos, tornar o território mais acolhedor e incentivar a participação deste nos esforços de ampliação da participação social, como direito de cidadania.

Para efetivar estes objetivos e garantir acesso desta população à serviços essenciais, direitos e proteção social, conforme previsto na Política Nacional de Inclusão da População em Situação de Rua (Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009), o serviço atua de forma articulada com a rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de garantia e defesa de direitos,

Vale destacar que a convivência com desproteções e graves violações de direitos é uma constante entre pessoas em situação de rua sob distintas formas de violências, ameaças, expulsões, agressões: efeitos perversos do brutal processo de desproteção a que esta população está submetida. Diferentes formas de violência são expressas nos relatos, em narrativas de medo e vergonha e, também, nos corpos, em feridas expostas e cicatrizes. Em muitas destas narrativas, destas marcas, é possível encontrar interfaces com consumo de álcool e outras drogas o que amplia ainda mais o risco e a violação de direitos desta população.

No atendimento e acompanhamento destes casos, a equipe pode valer-se de interfaces com a área de saúde e outras políticas públicas, para a avaliação das prioridades de atenção, estabelecimento de estratégias de atendimento e mobilização de redes mais amplas de apoio, podendo contar com parcerias com organizações da sociedade civil, com o Movimento Nacional de População em Situação de Rua, organismos de direitos humanos e órgãos de defesa e de garantia de direitos.

O planejamento do serviço deve ser participativo e os usuários devem, inclusive, ser sujeitos ativos na construção de acordos e regras de convivência, bem

como, serem estimulados ao cuidado com a manutenção do espaço, garantindo um local agradável, de convivência mais harmônica e em que eles se reconheçam e se sintam corresponsáveis. Nesse sentido as atividades devem partir de demandas coletivas e da capacidade de articulação deles, com apoio da equipe técnica.

Em todo caso, o serviço dispõe de diversas técnicas incluindo a realização de escuta qualificada e respeitosa, que possibilite a criação de vínculos e a acolhida e permita aos técnicos e usuários construírem atendimentos e encaminhamentos que contribuam para a superação das diversas violações. Nesse sentido, sempre que possível, pode-se propor a inserção em atividades coletivas, que fortaleçam a autoestima e identidade, o desenvolvimento de sociabilidades e vínculos interpessoais e/ou familiares; e oportunizem a construção de novos projetos de vida, com vistas a superação das situações de vulnerabilidade e risco. Tais atividades podem ser realizadas como oficinas socioeducativas, grupos temáticos, reuniões no Centro Pop e na comunidade, bem como pelo acesso a projetos culturais, e das demais políticas, inserindo-os, assim, no cenário sociourbano, de forma a reconhecer-se como sujeito de direitos e acolhidos no território. .

Em diversas cidades do Brasil, as Secretarias Municipais responsáveis pelas áreas de Esporte e Cultura ofertam cursos e oficinas, atividades artísticas, esportivas, espetáculos, campeonatos e outras. Atividades deste tipo devem ter a participação incentivada e apoiada pelo serviço, pois representam possibilidades de promoção de cidadania e ampliação de processos de socialização, para além do universo das ruas. Para além disto, a pessoa em situação de rua deve ser estimulada ao exercício da autonomia, obtendo informações sobre a vida cultural, bem como sobre os direitos de acesso a museus, cinemas, teatros, parques públicos, escolas, e outros espaços públicos.

Outra dimensão importante a ser considerada no serviço ofertado pelo Centro Pop é que, dentre a população em situação de rua, existem pessoas que possuem residência, mesmo que distante, e que usam a rua como espaço de trabalho e de sobrevivência, situações que merecem especial atenção, apoio e orientação sobre o ir e vir com segurança, dignidade e respeito ao próximo nas vivências de rua, que consiste, muitas vezes, em um território de desproteção, com características de tensões, conflitos e disputas de poder, podendo, portanto, ampliar a exposição a riscos.

O serviço deve, ainda, orientar o usuário sobre outras ofertas públicas como: abrigo/acolhimento, restaurantes populares, transporte, qualificação profissional e acesso a trabalho, ou outros que possam servir de apoio a esta população.

Ademais, o Centro Pop deve promover o acesso à documentação pessoal dessa população, a inclusão dos usuários do serviço no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚnico), necessário para o acesso ao Programa Bolsa Família e a outros benefícios no município, e acesso ao Benefício Prestação Continuada (BPC), conforme o caso. Para facilitar a inclusão no Cadastro Único e o acesso a outros direitos, o endereço do Centro Pop pode, inclusive, ser utilizado como endereço de referência pelo usuário. Na perspectiva da integração entre serviços, benefícios e programas de transferência de renda, estes encaminhamentos devem ser realizados no contexto de sua vinculação a serviços.

As iniciativas de outras políticas como trabalho e renda, qualificação profissional, habitação, educação, entre outras, devem ser buscadas, assim como o acompanhamento conjunto com a rede de saúde, quando identificadas demandas com este perfil.

Ao proporcionar espaço de acompanhamento especializado à população em situação de rua, o serviço também pode contribuir para a promoção de saúde, inclusive nos casos associados ao consumo de álcool e outras drogas, seja pelo desenvolvimento de atividades preventivas, seja no encaminhamento e diálogo com os serviços de saúde, especialmente nos casos que exijam atendimento concomitante pelas duas políticas.

O serviço pode incorporar atividades como oficinas de prevenção, com temas diversos (DST's, hepatites e Aids, consumo de álcool e outras drogas, tuberculose, entre outras). Pode-se ainda receber equipes de saúde para participação em reuniões técnicas, de modo a possibilitar trabalho conjunto. Nestes encontros, pode-se planejar reuniões periódicas para discussão de casos, articular o acompanhamento de situações que exijam a atenção concomitante das duas políticas e, até mesmo, o desenvolvimento de ações estratégicas junto à comunidade.

Mais uma vez, é importante salientar a importância do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar, cuja construção deve acontecer de forma participativa envolvendo horizontalmente os atores envolvidos, de forma que os usuários se sintam de fato participantes, escutados, valorizados e estimulados a porem-se em movimento.

Na construção e no desenvolvimento do Plano, é importante identificar necessidades, demandas e potencialidades dos usuários e, também, da rede local, na perspectiva da construção do fortalecimento desses sujeitos e do processo gradativo de saída da situação de rua e vivências em espaços mais protegidos.

Além da articulação com os serviços de saúde, a interface com as Secretarias de Educação no território podem contribuir na identificação de estratégias de alfabetização e escolarização de pessoas em situação de rua. Sem contar que é possível que existam projetos e programas especiais, adequados às necessidades do público atendido, quando necessário. A equipe do serviço tem a função de estimular e orientar para que os usuários do serviço possam acessar rede de ensino local, bem como os diversos programas de educação ofertados nos municípios.

Ao atender dentre seus usuários, pessoas com histórico de consumo de álcool e outras drogas, a equipe do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve considerar a importância de garantir acesso à atenção à saúde. A adesão pelo usuário à esta atenção algumas vezes não acontece com facilidade, especialmente devido ao conjunto das fragilidades vivenciadas no cotidiano em situação de rua. A partir da referência e dos vínculos de confiança

estabelecidos no Centro pop, a equipe pode fortalecer o suporte técnico de incentivo, orientação e apoio visando a vinculação das pessoas aos serviços de saúde e a continuidade do acompanhamento na unidade.

Neste contexto, o encaminhamento não consiste simplesmente em um ato administrativo de encaminhar as pessoas para atendimento em outro serviço ou política, mas requer que a pessoa seja informada sobre os motivos do encaminhamento, a importância do atendimento nos outros serviços e a continuidade da vinculação ao Centro Pop. Vale ressaltar, ainda, que o monitoramento e o acompanhamento dos encaminhamentos realizados é de suma importância, considerando que o serviço constitui-se em uma importante referência da pessoa em situação de rua. Este processo, no entanto não deve considerar o usuário do serviço, como incapaz, mas sobretudo, considerá-lo sujeito com potencialidades e com capacidade de decisão. Os profissionais devem considerar as eventuais dificuldades ao longo do processo, com idas e vindas de boas fases e outras não tão boas assim, para acolher as novas demandas apresentadas, oferecer informações e orientações adequadas para o sucesso dos usuários.

Frente ao exposto, para além do trabalho social e de saúde dirigido diretamente a esta população, é preciso pensar na construção de estratégias que tenham como objetivo o enfrentamento dos processos de produção de estigma e preconceito contra pessoas que usam drogas e, também, contra pessoas em situação de rua, com vistas à transformação do contexto social em que se encontram inseridas.

3.2.2. Proteção Social Especial de Alta Complexidade: Proteção Integral e Acolhimento

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade compreende a oferta de serviços de acolhimento, em distintas modalidades, para famílias e/ou indivíduos que se encontram sem referência familiar ou comunitária ou necessitam ser afastados do

núcleo familiar e/ou comunitário de origem, como forma de garantir a proteção integral. Destina-se a públicos diferenciados, como crianças e adolescentes, jovens entre 18 e 21 anos, jovens e adultos com deficiência, adultos e famílias, mulheres em situação de violência doméstica, idosos e famílias ou indivíduos desabrigados/desalojados.

Em geral, os serviços de acolhimento funcionam como moradias provisórias até que seja viabilizado o retorno à família de origem, o encaminhamento para família substituta – quando for o caso – ou o alcance da autonomia (moradia própria/alugada ou mesmo outras formas de usufruto desta).

Há aspectos fundamentais em relação à oferta dos Serviços de Acolhimento, dentre os quais destacamos:

- Garantia da excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar;
- Atendimento às famílias/indivíduos de forma personalizada, em pequenos grupos;
- Garantia de privacidade aos usuários e de respeito à sua trajetória de vida, aos seus costumes, contemplando a especificidade dos ciclos de vida e a diversidade de arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual;
- Garantia do direito à convivência familiar e comunitária;
- Preservação, fortalecimento ou resgate dos vínculos familiares e comunitários, sempre que possível, e construção de novas referências, quando for o caso; Promoção do acesso a direitos socioassistenciais, bem como a serviços, programas e benefícios; Garantia de espaços adequados com infraestrutura para acolher indivíduos e famílias, em condições de dignidade e segurança, seguindo os parâmetros de cada oferta;
- Realização de acompanhamento técnico-profissional, respeitada a composição e formação das equipes de referência, em quantidade adequada ao conjunto e às especificidades dos usuários em cada serviço;
- Atuação na perspectiva da intersetorialidade;
- Participação dos usuários nas decisões e fomento à construção de seus projetos de vida.

É importante ressaltar que, nos serviços de acolhimento, busca-se, essencialmente, desenvolver processos de reintegração familiar, sempre que esta for possível. No entanto, existem casos em que a reintegração familiar fica inviabilizada ou mesmo em que inexistente esta alternativa. Além disso, outras situações podem restringir as possibilidades de vida independente das pessoas, gerando a necessidade de cuidados de longa duração. Nesses casos, excetuando-se as crianças e adolescentes que devem contar com as possibilidades de colocação para adoção, o serviço de acolhimento para os demais públicos deve trabalhar na construção de novos projetos de vida, ainda que isto envolva, enquanto possibilidade de proteção social, a permanência no acolhimento por períodos mais prolongados.

De acordo com a Tipificação Nacional, há distintas modalidades e unidades de oferta dos Serviços de Acolhimento, a depender do público atendido, quais sejam:

Público	Modalidades de serviços	Unidades de oferta	
Crianças e adolescentes	Serviços de Acolhimento Institucional	Abrigo institucional	Casa-lar
	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	Unidades de referência da PSE e residências das famílias acolhedoras	
Jovens entre 18 e 21 anos	Serviço de Acolhimento em República	República	
Jovens e adultos com deficiência	Serviço de Acolhimento Institucional	Residência Inclusiva	
Adultos e famílias	Serviços de Acolhimento Institucional	Abrigo institucional	Casa de Passagem
	Serviço de Acolhimento em República	República	
Mulheres em situação de violência doméstica	Serviço de Acolhimento Institucional	Abrigo institucional	
Pessoas idosas	Serviços de Acolhimento Institucional	Abrigo institucional	Casa-lar
	Serviço de Acolhimento em República	República	
Famílias e indivíduos desabrigados/desalojados	Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	Unidades referenciadas ao órgão gestor da Assistência Social	

Para atender aos seus objetivos, os Serviços de Acolhimento devem atuar no território em estreita articulação com os demais Serviços Sociassistenciais do SUAS, em especial, CRAS/PAIF, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, CREAS/PAEFI, Centro POP e Centro Dia de Referência para Pessoa com Deficiência; com outras políticas (saúde, educação, trabalho, moradia), com os órgãos de defesa de direitos e com o sistema de justiça, na perspectiva de garantir o acesso das pessoas acolhidas aos serviços e benefícios no território.

Quando as situações de acolhimento envolvem pessoas com histórico de usos de crack, álcool e outras drogas, é fundamental a realização de estratégias articuladas com os serviços de saúde existentes no território. Ressalta-se que as equipes de saúde devem ser acionadas para avaliar, inclusive, se há necessidade de atendimento ambulatorial, hospitalar especializado ou em unidade de acolhimento da saúde. Essa decisão é exclusiva da área da Saúde. É importante que as equipes dos serviços de acolhimento mantenham interface com as equipes de saúde para que possam estar a par das informações necessárias para o manejo das situações que podem configurar efeitos do tratamento de saúde, como agitação, depressão, pensamentos confusos, dentre outras.

Nos casos em que a área de saúde decidir sobre a atenção em unidades de acolhimento de saúde, os Serviços de Acolhimento do SUAS devem manter contato frequente com estes e com as pessoas acolhidas nesta condição, de modo a contribuir no processo terapêutico e preparar-se para o retorno das pessoas ao serviço de acolhimento do SUAS quando ocorrer o desligamento da unidade da Saúde. Nesses casos, as equipes dos Serviços de Acolhimento devem realizar ações de informação e sensibilização do usuário sobre a importância da adesão ao atendimento nos serviços de saúde para sua qualidade de vida, fortalecimento dos vínculos familiares e sociais e para a ampliação de sua participação social.

Nesse contexto, o matriciamento entre os Serviços de Acolhimento no território às unidades do SUS correspondentes, como as unidades básicas de saúde,

equipes do PSF (Estratégia de Saúde da Família), serviços especializados, atendimento em saúde bucal, CAPS e outros serviços, por exemplo, é importante para a realização de parcerias e estratégias de atenção em saúde, ações preventivas, consultas, realização de curativos, encaminhamentos para exames, vacinas, entre outros.

A capacitação continuada dos trabalhadores é de fundamental importância para a qualificação dos Serviços de Acolhimento, devendo considerar as características do público atendido e possíveis situações vivenciadas relacionadas a consumo de álcool e outras drogas. Neste contexto, torna-se imprescindível adotar práticas que incluam:

- 1) acesso a conteúdos relativos ao tema para ampliar o conhecimento, superando estigmas e preconceitos;
- 2) realização de atividades que favoreçam o diálogo aberto, a integração dos profissionais e o fortalecimento das equipes;
- 3) adoção de posturas que possibilitem encaminhamentos coletivos mais criativos, consistentes e resolutivos;
- 4) promoção de troca de informações e a prática de supervisão das equipes com a presença de profissionais externos, visando dar suporte ao aprimoramento individual e coletivo aos trabalhadores.

A construção de Planos Individuais e/ou Familiares de Atendimento é um espaço de singularidade da relação entre o usuário e o Serviço de Acolhimento. Estes instrumentos norteiam a relação entre os usuários e os profissionais do serviço, devendo conter, em sua estrutura, objetivos, ações e metas. Os Planos devem ser capazes de orientar o trabalho de intervenção junto ao usuário durante sua permanência no serviço, visando à superação das situações que levaram ao acolhimento. Estes instrumentos também devem considerar a história de vida de cada usuário e a situação e dinâmica familiar, quando for o caso. Deve ser construído com o usuário e sua família, sempre que possível, podendo contar com a participação de outros profissionais da rede socioassistencial em sua construção. Da mesma forma, se outros serviços ou programas de outras políticas estiverem envolvidos na atenção

ao usuário, é importante a participação dos profissionais destes na elaboração e desenvolvimento das ações do Plano, assim como no acompanhamento e avaliação dos resultados. No caso das crianças e adolescentes, é importante considerar, também, a necessidade de envolvimento dos órgãos de defesa de direitos e do Sistema de Justiça na elaboração do Plano. O envolvimento da rede local é indispensável para que sejam alcançados resultados mais efetivos.

Por fim, no contexto de desligamento dos usuários dos Serviços de Acolhimento, merece destaque o acompanhamento das pessoas e famílias, no sentido de fortalecer os processos de reintegração familiar e comunitária, dando suporte às famílias e evitando possíveis reingressos no serviço de acolhimento. Nesses casos, os CRAS/PAIF e os CREAS/PAEFI deverão realizar o acompanhamento do usuário e sua família após desligamento do serviço, observando a natureza e as especificidades das situações vivenciadas. Nos casos de pessoas em situação de rua, por exemplo, o Centro Pop deve ser a referência deste acompanhamento, caso haja a referida unidade no território.

3.2.2.a Serviços de Acolhimento para crianças, adolescentes e jovens: Casa-Lar, Abrigo Institucional, Família Acolhedora e República

Os Serviços de Acolhimento para o público infante-juvenil são aqueles que ofertam acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, afastados do convívio familiar em decorrência da aplicação de medida protetiva por autoridade judicial (ECA, Art. 101), em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir a sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para família substituta – quando for o caso -, ou, ainda, o alcance da autonomia. Podem ser ofertados em distintas modalidades, conforme quadro a seguir:

Unidade de oferta do serviço	Capacidade de atendimento	Características
Abrigo Institucional	Até 20 crianças e adolescentes por unidade	Unidade com características residenciais, inserida na comunidade, que deve proporcionar ambiente acolhedor e condições de atendimento com dignidade. No abrigo institucional, há equipe técnica e cuidadores que são responsáveis pelo atendimento das crianças e adolescentes, observadas as competências de cada um.
Casa-Lar	Até 10 crianças e adolescentes por unidade	Unidade residencial em que pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente - em uma casa que não é a sua -, contando com o suporte de uma equipe de referência. Na casa-lar, existe a possibilidade do desenvolvimento de relações mais próximas de um ambiente familiar.
Família Acolhedora	Até 1 criança ou adolescente por família (exceto grupo de irmãos, que devem ficar juntos na mesma família acolhedora)	Acolhimento da criança/adolescente se dá nas residências de famílias acolhedoras cadastradas, selecionadas, capacitadas e acompanhadas pela equipe técnica do serviço. Conforme diretrizes internacionais adotadas pelo Brasil, esta opção é particularmente recomendada para crianças muito pequenas e dependentes (de 0 a 3 anos) e para aquelas que tenham possibilidades de retornar às famílias de origem. Observa-se que a equipe de referência do serviço deverá estar sediada em unidade de referência da Proteção Social Especial.

Para jovens de 18 a 21 anos, há o **Serviço de Acolhimento em República**, que oferece moradia e acompanhamento técnico aos jovens, preferencialmente após desligamento de Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes, por estarem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares

rompidos ou extremamente fragilizados e/ou sem condições de moradia e autossustentação. O Serviço deve ser ofertado de forma a possibilitar o desenvolvimento gradual da autonomia e independência de seus moradores. As Repúblicas, organizadas em unidades femininas e masculinas, devem favorecer o acesso a serviços essenciais e benefícios no território, em especial a saúde, a educação, a moradia, a qualificação profissional e o acesso e inserção no mundo do trabalho, contribuindo para a construção dos projetos de vida dos jovens.

A partir das diretrizes e dos princípios contidos nos instrumentos legais de proteção a crianças e adolescentes, como a Convenção sobre os Direitos da Criança e o ECA, por exemplo, o enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco por violação de direitos associadas ao consumo de álcool e outras drogas constituem um desafio a ser enfrentado pelo Serviço, em articulação com as redes existentes no território. A convivência no território com usos de drogas nesse ciclo de vida, por si só, já representa uma violação de direitos e, não raro, expõe crianças e adolescentes, assim como jovens, a outras situações de risco, com destaque para as vivências de situação de rua, envolvimento com o comércio e o tráfico de drogas, roubo, dentre outras. Assim, é fundamental que os Serviços de Acolhimento compreendam os contextos sociais do território e das pessoas envolvidas e as singularidades que determinaram cada situação de uso da droga, de forma a considerá-los nas metodologias de atendimento e nas intervenções profissionais, o que possibilitará a obtenção de resultados mais efetivos.

O Serviço de Acolhimento precisa reconhecer a diversidade humana e as dimensões implicadas no uso de drogas por crianças, adolescentes e jovens, aguçando o olhar, a escuta e os demais sentidos para a compreensão das vivências de cada um. Ainda, é preciso recusar rótulos estigmatizantes que, por vezes, impedem a construção de vínculos de confiança, atitude fundamental no desenvolvimento do trabalho social com crianças e adolescentes acolhidas e suas famílias, evitando tanto a culpabilização quanto a vitimização ou revitimização, fortalecendo vínculos e identificando estratégias de enfrentamento e superação das situações apresentadas. Neste contexto, os órgãos gestores, os coordenadores dos serviços, as equipes

técnicas e os cuidadores (e mesmo as famílias acolhedoras) precisam estar dispostos a abrir-se para novas construções e atitudes que valorizem as potencialidades dos sujeitos e suas interações nos territórios, facilitando a construção de respostas conjuntas, com os usuários, que sejam criativas, inclusivas e produtoras de autonomia.

O reconhecimento da impossibilidade de uma política enfrentar isoladamente este tipo de demanda não aponta para a fragilidade das equipes, mas, exatamente, para o seu oposto: o reconhecimento da complexidade do tema e das situações apresentadas e a **necessidade da articulação efetiva, permanente e consistente com parceiros da rede** que sejam capazes de contribuir para a resolutividade de cada caso. Para que tais arranjos da rede possam efetivar-se, **é preciso contar não apenas com o esforço cotidiano das equipes e coordenadores dos serviços, mas também com o apoio e o diálogo efetivo dos gestores locais.**

No caso de adolescentes (entre 12 a 18 anos de idade), de ambos os sexos, com necessidade de cuidados contínuos de saúde e acompanhamento terapêutico decorrentes de usos de crack, álcool e outras drogas, faz-se necessário que as equipes dos serviços de acolhimento do SUAS identifiquem e se articulem com as unidades de atenção em Saúde para o acompanhamento necessário.

É importante lembrar que o dirigente do Serviço de Acolhimento do SUAS é equiparado ao guardião da criança/adolescente acolhido, para todos os efeitos legais de direitos. Isso implica dizer que, quando um adolescente usuário do Serviço de Acolhimento do SUAS, em virtude do consumo de álcool e/ou outras drogas, é encaminhado, pela área da Saúde, para atendimento sob a forma de internação, o Serviço de Acolhimento do SUAS deverá prestar o suporte necessário, no sentido de prestar os esclarecimentos necessários, incentivar a adesão ao tratamento (diligenciando por sua continuidade) desenvolver estratégias para a manutenção dos vínculos familiares durante o período de tratamento, aprender manejos e cuidados relativos a esta situação e preparar-se/adequar-se para o retorno do adolescente ao Serviço de Acolhimento do SUAS.

No contexto do Serviço de Acolhimento do SUAS, é importante ressaltar que não cabe ao serviço avaliar condições de saúde e seus agravos, tampouco configurar-

se como espaço para internação de crianças e adolescentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. **Nos casos em que for observada a necessidade de cuidados contínuos de saúde**, é preciso haver a articulação com os serviços competentes, corresponsabilizando-se pelas questões pertinentes à Assistência Social.

A atuação intersetorial dos Serviços de Acolhimento com a rede local (inclusive com as unidades da rede socioassistencial do território, como CRAS, CREAS e Centro Pop) é fundamental para evitar a ocorrência de determinadas situações, tais como: o não acesso a serviços essenciais; o isolamento e a desarticulação dos serviços e das equipes; a descrença no potencial do trabalho em rede ou no próprio usuário atendido, dentre outras. Nesse sentido, a articulação entre os gestores e as equipes da Assistência Social e da Saúde constitui estratégia central para qualificar os serviços destas políticas, dentro de suas competências, e compartilhar responsabilidades na perspectiva da garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

No acompanhamento constante de casos e por meio do diálogo permanente entre as equipes dos serviços de saúde e de assistência social, é possível manter avaliação constante do usuário atendido, que permita eventuais ajustes, inclusive quanto ao uso de **medicação**. Respeitados os limites ético-profissionais, é importante que as equipes dos Serviços de Acolhimento compartilhem impressões relacionadas à atenção em saúde, do mesmo modo que as equipes de saúde também discutam aspectos relativos ao Serviço de Acolhimento que, juntos, contribuirão para a resolutividade de cada caso.

Vale ressaltar que, na construção de Planos Individuais de Atendimento nos Serviços de Acolhimento do SUAS, os serviços da saúde, como os CAPSi e CAPSad envolvidos, são parceiros estratégicos. Convém lembrar que os CAPS realizam seu trabalho a partir da construção de **projetos terapêuticos singulares**, que possuem analogias com os planos elaborados no âmbito dos serviços de acolhimento da Assistência Social. Outro aspecto que merece consideração é a relação com os órgãos de garantia e de defesa de direitos, como o Ministério Público e o Conselho Tutelar, parceiros importantes na garantia dos direitos de crianças e adolescentes em situação de risco, inclusive, daquela associada ao consumo de álcool e outras drogas.

No que se refere a crianças e adolescentes, convém salientar que o Serviço de Acolhimento não poderá abrir mão de princípios como a excepcionalidade do atendimento, aprovisoriedade do afastamento da família e a preservação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Sempre que possível, em qualquer decisão sobre as crianças e adolescentes acolhidos, a participação destes e das suas famílias deve ser assegurada. Igualmente, os cuidadores devem ser partícipes nas decisões tomadas e nos encaminhamentos realizados, pois são referências fundamentais no serviço para a vinculação aos serviços de saúde de crianças e adolescentes implicadas com consumo de drogas.

3.2.2.b Serviços de Acolhimento para Adultos e Famílias: Abrigo Institucional, Casa de Passagem e República

A proteção social de indivíduos e famílias (acompanhados ou não de filhos ou dependentes)² em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento representa um desafio para todas as políticas públicas. No âmbito dos Serviços de Acolhimento, este desafio se traduz na perspectiva destes se constituírem numa moradia de apoio, de caráter provisório, ao mesmo tempo em que possibilita o desenvolvimento de condições para a independência e o autocuidado e promove o acesso à rede socioassistencial e demais políticas públicas (saúde, educação, qualificação profissional, trabalho e renda, habitação, entre outras).

Como já referenciado neste documento, esta população vivencia fragilidades e desproteções no seu cotidiano que dificultam a construção de projetos pessoais para vivências em espaços mais protegidos. Os agravos decorrentes da pobreza, da fragilidade ou ruptura dos vínculos familiares, da baixa escolaridade, da precária ou inexistente qualificação profissional e outras condições reduzem ou dificultam a capacidade de ingresso e permanência no mundo do trabalho, a inclusão em projetos

² As crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos) só poderão ser atendidas neste serviço quando estiverem acompanhadas dos pais e/ou responsáveis.

de habitação popular, a retomada da educação formal e o acesso a programas de qualificação profissional, que poderiam contribuir para a mudança ou mesmo ruptura desta problemática. Ainda, é importante referir que a associação direta das pessoas em situação de rua, por exemplo, a usuários de álcool e outras drogas, apoiada no senso comum, agrava ainda mais o risco e a violação de direitos desse grupo populacional, produzindo, reproduzindo e até fortalecendo práticas higienistas e segregacionistas, em especial na área da segurança pública, reafirmando, também, o preconceito e a discriminação da sociedade e ampliando a exclusão social dessas pessoas.

Embora seja necessário desconstruir as concepções do senso comum de que toda pessoa em situação de rua faria uso de drogas, é provável que dentre os usuários dos Serviços de Acolhimento do SUAS possam existir pessoas nessa condição. Nesses casos, quando for identificada demanda de cuidados em saúde e/ou acompanhamento terapêutico, o Serviço de Acolhimento deve articular-se com a área de saúde para que sejam realizados os atendimentos e acompanhamentos necessários.

Os Serviços de Acolhimento para Adultos e Famílias estão organizados em duas modalidades: Serviços de Acolhimento Institucional (nas modalidades Abrigo Institucional e Casa de Passagem) e Serviço de Acolhimento em República (na modalidade de idêntico nome).

O **Abrigo Institucional** constitui-se em unidade que funciona ininterruptamente e conta com equipe de referência. Deve atender, no máximo, 50 (cinquenta) pessoas por unidade, garantindo atendimento individualizado. A **Casa de Passagem** constitui-se em unidade de acolhimento imediato e emergencial, que, assim como o abrigo institucional, funciona ininterruptamente, e atende ao limite máximo de 50 (cinquenta) pessoas por unidade. As ações desenvolvidas no serviço são realizadas na perspectiva de atender a demandas específicas, verificar a situação apresentada pelo usuário e, desse modo, realizar os devidos encaminhamentos. Deverá contar com equipe de referência para atender e receber os usuários, a qualquer horário do dia ou da noite, e realizar estudo de caso para os encaminhamentos necessários.

A diferença entre as duas modalidades de serviços descritas anteriormente é que a Casa de Passagem contempla atendimento imediato, emergencial e estudo

diagnóstico para a realização dos encaminhamentos mais adequados diante de cada caso, ao passo que o Abrigo Institucional pressupõe atendimento continuado, considerando a possibilidade de resgate de vínculos familiares e comunitários, inserção em Serviço de Acolhimento em República e/ou construção de novos vínculos e estratégias de construção do processo de saída das ruas com dignidade e respeito à vontade e nível de autonomia do usuário.

O Serviço de Acolhimento em República, desenvolvido em sistema de autogestão ou co-gestão, em unidades distintas para homens e mulheres com até 10 (dez) usuários, possibilita o desenvolvimento gradual da autonomia e independência de seus residentes. Para os adultos em processo de saída das ruas, a República pode ser a moradia intermediária de reaproximação e restabelecimento de vínculos familiares, sociais e comunitários, com vistas à construção da autonomia.

A constatação de que nos serviços socioassistenciais não se tem a competência, o saber e as condições necessárias para o atendimento integral das demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas não deve ser compreendida como uma incapacidade de contribuir a partir do que lhes é específico, o que significa, nesses casos, o acolhimento de pessoas e famílias com esta demanda. As pessoas ou famílias com histórico de usos de drogas podem requerer diferentes combinações de serviços e equipamentos, de modo a constituir uma rede local que atenda às diversas dimensões e necessidades apresentadas por cada pessoa/família.

Ao acolher e identificar pessoas com necessidades de atenção especializada da saúde em virtude do consumo de álcool e outras drogas, é necessário que a equipe do Serviço de Acolhimento aborde o assunto de modo cuidadoso para sensibilizar, orientar e prestar o suporte necessário para a vinculação do usuário aos serviços especializados, se for o caso, e articular-se com a rede de saúde no território, por exemplo, os CAPS, para avaliação das estratégias de atendimento em saúde mais adequadas para cada caso. Isso, todavia, não retira a responsabilidade do Serviço de Acolhimento sobre o compartilhamento do acompanhamento, tendo em vista a complexidade das demandas apresentadas pelos sujeitos frente às situações de risco por violação de direitos, para além dos usos de drogas, especialmente aqueles que não contam com referências familiares para o suporte necessário.

As pessoas podem ter receio em admitir o consumo de drogas por medo de serem impedidos de acessar ou permanecer no Serviço de Acolhimento, sofrerem algum tipo de discriminação ou, ainda, serem denunciados à polícia. É importante que elas percebam que serão acolhidos em condições de respeito, sem julgamentos morais e estigmatização. A equipe do Acolhimento deve demonstrar confiança, informando que qualquer atitude a ser tomada será comunicada e decidida conjuntamente, resguardada a segurança dos usuários.

Ainda que nos acolhimentos imediatos e emergenciais, faz-se necessário acolher as histórias de vida dos sujeitos, seus anseios, desejos, angústias, dificuldades e, especialmente, suas potencialidades enquanto sujeitos de direitos, ou seja, a atuação não deve estar focada somente nas necessidades decorrentes do consumo de drogas, reduzindo as pessoas aos problemas que vivenciam.

É importante reafirmar a visão de sujeito para além das situações que envolvem o consumo de álcool e outras drogas e os contextos vivenciados nos territórios de desproteção e exclusão social, para não minimizar os efeitos destas inter-relações e para ampliar as possibilidades de suporte e apoio.

É possível que as demandas apresentadas pelos indivíduos e famílias ao Serviço de Acolhimento incluam questões como situação de rua, falta de condições de autossustento, migração, violência sexual ou de gênero, dentre outras. Nesses casos, articulações com os serviços, benefícios e programas ofertados pela rede socioassistencial e por outras políticas públicas devem ser permanentemente realizadas para a atenção ampliada das situações com as quais se depara.

Especificamente em relação às pessoas migrantes, é importante lembrar que elas podem ter chegado ao município em busca de um trabalho específico, por exemplo, e podem necessitar de um Serviço de Acolhimento por tempo limitado, contudo, por não terem vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ao contrário das pessoas em situação de rua, têm diferentes perspectivas, o que deve influenciar na escolha do Serviço de Acolhimento mais adequado para atendê-las.

Em relação ao acolhimento de famílias, este pressupõe a importância da não separação dos pais/mães de suas crianças e adolescentes, dos grupos de irmãos e dos casais, inclusive do mesmo sexo, de modo a respeitar as diversas configurações familiares. Apesar das situações de vulnerabilidade e risco por violação de direitos vivenciadas pelo conjunto dos membros da família, o Serviço de Acolhimento deverá resguardar a manutenção dos vínculos protetivos durante o acolhimento.

Quando do acolhimento de famílias, o Serviço poderá se deparar com a situação de consumo de drogas por algum de seus membros, que poderão revelar-se de múltiplas formas. Pode ser que se trate de uma questão assumida no seio da família ou, ainda, despercebida ou até naturalizada. Poderá ser um uso temporário ou continuado, por distintas motivações, o que exige que cada situação seja avaliada pelas equipes, considerando todos os fatores que possam estar envolvidos, principalmente os impactos sobre a família.

Ainda a respeito dos Serviços de Acolhimento para jovens e adultos, ressaltamos que é frequente confundi-los com as **Comunidades Terapêuticas**. As **Comunidades Terapêuticas** são considerados Serviços de Atenção em Regime Residencial, conforme Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde, destinados a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes de álcool e outras drogas. Estas unidades devem obedecer a Resolução da ANVISA nº 29/2011 e a Resolução do CONAD Nº 01/2015, que estabelecem parâmetros e diretrizes de funcionamento das entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa. Não se configuram, portanto, em Serviços de Acolhimento ou unidades do SUAS.

3.2.2.c Serviço de Acolhimento para mulheres em situação de violência: Abrigo Institucional

O Serviço de Acolhimento para Mulheres em situação de no âmbito do SUAS trata-se de acolhimento provisório para mulheres, acompanhadas ou não de seus

filhos, em situação de risco ou ameaças em razão de violência doméstica e familiar. Trata-se de uma medida emergencial, que visa à proteção integral das mulheres e seus dependentes.

As proteções nas situações de violência e violação de direitos, como a violência física, psicológica, sexual e outras, causadoras de lesão ou provocadoras de sofrimento psicológico ou dano moral, são de fundamental importância e, às vezes, requerem medidas protetivas de urgência, dentre as quais se destaca o afastamento das vítimas de suas residências, gerando, em diversos casos, a necessidade de atendimento da mulher em um serviço de acolhimento, a exemplo dos abrigos institucionais, unidades do SUAS que atendem a esse público em específico.

A violência doméstica ou familiar é entendida como uma modalidade de violência de gênero, que ocorre no ambiente doméstico ou familiar da mulher, podendo ser perpetrada por pessoas que compartilhem seu convívio doméstico, em relações de afeto, independente de coabitação, consanguinidade ou orientação sexual. Dessa forma, pode ser perpetrada pelo pai, padrasto, madrasta, mãe, irmão(s), filho(s) ou companheiro(a), entre outros.

Por sua vez, a violência de gênero é uma violação dos direitos humanos e não se trata de problema pontual ou particular, pois suas raízes se assentam num contexto cultural e histórico de violações de direitos das mulheres, baseando-se nas construções sociais a respeito do papel que as mulheres devem desempenhar e o lugar que devem ocupar na vida em sociedade.

A provisoriedade, o sigilo (*para proteção e segurança das próprias usuárias, sem que se revele, por exemplo, a identidade das pessoas acolhidas e o endereço da unidade de oferta do serviço*) e o fortalecimento da autonomia das usuárias são princípios orientadores da oferta do serviço. *O convívio comunitário pode ser preservado, dentro das possibilidades de sociabilização, no limite de que a convivência com a comunidade de origem não gere maior insegurança sobre a integridade e proteção da mulher e de seus filhos ou dependentes.* A articulação com a rede socioassistencial, com as demais políticas públicas e o Sistema de Justiça

favorece o acesso aos atendimentos jurídicos e psicológicos para as usuárias e seus filhos e/ou dependentes quando estiverem sob sua responsabilidade, como forma de possibilitar a superação da situação de violência vivenciada e o resgate da autonomia das usuárias do serviço. O Serviço deverá, ainda:

- a) Garantir a proteção integral das acolhidas e sua integridade física e psicológica, propiciando condições de segurança física e emocional às mulheres;
- b) Contribuir para a construção dos projetos pessoais das acolhidas, desenvolvendo capacidades e habilidades, visando à superação das situações de violência;
- c) Resgatar a autonomia pessoal e social das mulheres, fortalecendo sua autoestima;
- d) Promover o acesso das mulheres às políticas de trabalho e renda e aos benefícios socioassistenciais, com vistas à sua autonomia, acesso à renda e inclusão produtiva.

Nos casos associados ao consumo de álcool e outras drogas, é importante contextualizar cada situação. Caso a mulher acolhida faça uso de drogas, a articulação com a saúde é importante para a atenção especializada. Em muitos casos, a dependência química dos familiares tem relação direta com a violência que deflagrou a situação de acolhimento. Nesse sentido, reforça-se a orientação quanto à importância da articulação entre os Serviços de Acolhimento e as unidades da rede socioassistencial, como CRAS e CREAS, além de outras políticas, como a Saúde, para a obtenção de resultados mais efetivos, assegurando a proteção e cuidados à mulher em situação de violência e sua família.

3.2.2.d Serviço de Acolhimento para pessoas idosas: Casa-Lar, Abrigo Institucional (ILPI) e República

Estes Serviços destinam-se a pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, independentes e/ou com algum grau de dependência, que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e/ou negligência, em situação de rua e abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. As unidades para a oferta do Serviço de Acolhimento para

peças idosas devem resguardar *características domiciliares na sua organização e estar localizadas no território em áreas residenciais*. O Serviço pode ser ofertado nas unidades: **Abrigo Institucional** (para idosos independentes e/ou com diversos graus de dependência), **Casa Lar** (para grupos de até 10 pessoas, com maior autonomia) e **República** (para aqueles com condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária).

Seja na modalidade abrigo institucional (ou ILPI), casa-lar ou república, os serviços de acolhimento para os idosos compõem o conjunto de ofertas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para as quais o estreitamento e a articulação com a rede socioassistencial como um todo e as demais políticas públicas se faz indispensável para garantir o “acolher com dignidade, qualidade e respeito”, primando, em primeira instância, pelo direito à vida, que se estende do pré-natal à velhice, passando pela infância, adolescência, vida adulta e meia-idade, e, não menos importante, pelo direito ao cuidado.

A provisoriedade e a excepcionalidade dos Serviços de Acolhimento não impedem o caráter da proteção integral ao deparar-se com o impedimento do viver sozinho ou do retorno à família. Neste contexto, é preciso preparar não apenas a pessoa idosa, mas também a equipe técnica responsável pelo atendimento, que deve levar esta condição em consideração no ato de construção do Plano de Atendimento Individual e/ou Familiar, identificando estratégias que superem o isolamento social e garantam a participação social dos idosos. No Serviço de Acolhimento, as pessoas idosas com vínculo de parentesco ou afinidade (casais, irmãos, amigos etc.) devem ser atendidas na mesma unidade para fortalecer os vínculos familiares.

Tão diversos quanto à própria sociedade, os “envelhecimentos” são atravessados pelas vivências, pelas relações sociais, pela cultura e pelo contexto econômico e social. Desta forma, a não infantilização das pessoas idosas, a adoção de posturas respeitadas, não estigmatizantes ou preconceituosas consideram as vivências naturais da condição humana, como a possibilidade de vinculações afetivas entre moradores, a sexualidade entre pares, dentre outras, exigindo dos Serviços de Acolhimento atenção no trato destas questões, além de orientação sobre prevenção e autocuidados em questões como AIDS, álcool e outras drogas, por exemplo.

É possível que a expressão mais visível dos usos de drogas entre pessoas idosas seja o consumo de bebidas alcoólicas. Hábito que muitas vezes teve início ainda na adolescência, o uso de álcool muitas vezes acompanha os sujeitos por toda a vida, chegando aos processos de envelhecimento. O consumo de drogas podem tornar-se mais intensos a partir de situações envolvendo luto, solidão e abandono. Nesses casos, são muito importantes as articulações com os serviços de saúde, pois o uso continuado do álcool ao longo de toda uma vida aumenta a probabilidade de desenvolver problemas de saúde que podem demandar acompanhamento clínico constante. Nesses casos, é muito importante que a equipe do Serviço de Acolhimento ofereça suporte adequado ao trabalho de diagnóstico e tratamento realizado no âmbito da Saúde, por meio de uma postura acolhedora e uma escuta qualificada e da realização de encaminhamentos e incentivo à adesão e continuidade do tratamento.

Em alguns casos, o envolvimento da pessoa idosa com as drogas refere-se a perdas de determinadas capacidades, e há quem utilize, excessivamente, antidepressivos, remédios contra impotência e hormônios do crescimento, que ganham destaque na lista da dependência na maturidade. É possível haver complicações do uso continuado de determinadas substâncias, efeitos colaterais das medicações sobre doenças preexistentes ou associação perigosa de medicamentos.

Outro tipo de droga bastante comum entre pessoas idosas, especialmente as mulheres, são os medicamentos psicotrópicos. Não são incomuns os casos em que foi receitado este tipo de medicação por um período de tempo específico (para o enfrentamento da insônia relacionada a uma situação ou contexto específico, por exemplo), mas que termina por se perpetuar ao longo dos anos, pois há casos em que pode haver renovação da receita sem a realização de uma nova avaliação do caso, tornando de uso continuado uma medicação que deveria ser utilizada temporariamente.

As articulações com o SUS no território, como a Estratégia de Saúde da Família, são fundamentais para o Serviço de Acolhimento, tendo em vista seu papel nos territórios de atuação. Nesse sentido, recomenda-se que o gestor da Assistência Social articule-se com o gestor da política de Saúde para que as unidades de acolhimento sejam incorporadas no acompanhamento das equipes de Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção das orientações técnicas sobre o atendimento no SUAS de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social associada ao consumo de álcool e outras drogas é uma tarefa desafiadora que não tem a pretensão de colocar-se como concluída, tampouco prescindir das contribuições dos fazeres cotidianos dos serviços nos Estados, Municípios e no Distrito Federal, razão pela qual deverá ser permanente a disposição em incorporar novos conhecimentos para qualificar os serviços do SUAS.

Nas situações de vulnerabilidade e risco que envolva consumo de álcool e outras drogas, é importante lembrar que os fatores socioeconômicos, políticos e culturais do território e as novas demandas do mundo contemporâneo, também, influenciam na organização das estratégias e ações das diversas políticas públicas, em particular da Assistência Social na perspectiva de garantir a proteção social. Esta perspectiva deixa claro não ser mais possível a atuação isolada de uma única política, o que requer uma atuação interdisciplinar das equipes, conhecimento e aprofundamento sobre as dimensões dos fenômenos envolvidos, suas percepções sobre os usuários, suas famílias e a sociedade e as interações no território, permitindo melhor atuação profissional, evitando posturas estigmatizantes e culpabilizadoras geradoras de desproteções.

Nessa direção, os gestores do SUAS precisam possibilitar às suas equipes espaços de reflexão, interação, capacitação, troca de experiências e, no possível, implementar processos de supervisão externa com profissionais que possam dar o suporte necessário às equipes. Esta atuação articulada reafirma a importância do alinhamento conceitual e de concepções sobre o tema, entre as políticas públicas e de práticas nos serviços que evitem esvaziamentos de atenções, superposição de ações, fragilidade de vínculos e, de forma acertada, objetivem a soma de esforços no enfrentamento das situações encontradas, sempre na perspectiva do direito de cidadania e da responsabilização do Estado na oferta da proteção social de indivíduos e famílias.

A **Capacitação** no SUAS possui várias estratégias, em especial o Programa CAPACITASUAS, cujas informações encontram-se no site do MDS. Além disso, no âmbito do **Programa Crack, é possível vencer** várias estratégias de capacitação foram desenvolvidas, por meio de cursos presenciais e a distância dirigidos a diversos públicos, inclusive para os profissionais da Assistência Social. A gestão das unidades do SUAS deve assegurar o tempo necessário à participação dos profissionais em capacitações e outros espaços de troca e aprendizado, orientando-os para a sua aplicabilidade no cotidiano da intervenção profissional. Práticas de capacitação conjunta com profissionais de outras políticas, a exemplo da saúde, educação e segurança Pública, devem ser estimuladas, com vistas a trabalhar conjuntamente conceitos e atuações de forma integrada e em articulação com as equipes intersetoriais nos territórios.

A Capacitação e a educação permanente que envolvem os trabalhadores do SUAS na atuação nos serviços e nas políticas envolvidas podem se concretizar por meio de diversas estratégias, observados os contextos locais. Iniciativas com sistematicidade, planejamento, coordenação, transparência e horizontalidade nas relações são mais efetivas. Nessa perspectiva, recomenda-se a realização de:

- reuniões entre os gestores das diversas áreas;
- mapeamentos e planejamentos conjuntos para atuação nos territórios com incidência de usos de drogas;
- encontros e reuniões periódicas entre as equipes;
- estudos de caso conjuntos;
- oficinas de alinhamento conceitual ou aprofundamento da temática;
- grupos de estudo;
- grupos virtuais de troca e socialização de informações;
- vídeo conferência sobre a temática;
- acompanhamento compartilhado de casos;
- disseminação de experiências inovadoras;
- outras iniciativas que aproximem gestores e equipes, potencializando a atenção integral aos sujeitos e suas famílias.

Outra dimensão importante é **atuação intersetorial** nas relações que pode se dar por meio da elaboração participativa de fluxos envolvendo os diversos atores presentes no território. Estudos de caso podem subsidiar a construção de fluxos, a partir da identificação das demandas dos sujeitos e do percurso já feito ou a fazer na rede local. Por meio de grupo focal³, realizado com profissionais das unidades CRAS, CREAS e Centro Pop, observou-se que os fluxos estabelecidos formalmente entre os serviços são importantes e dão direção às relações entre os serviços da rede socioassistencial e desta com as demais políticas. Todavia, cada caso tem o seu percurso particular na rede, definido a partir da história dos sujeitos, suas vulnerabilidades pessoais e sociais e o potencial da rede instalada. Isso revela uma característica imprescindível dos fluxos de atendimento, que é a sua flexibilidade para atender as singularidades de cada sujeito e família.

Por fim, o **acompanhamento, monitoramento e avaliação** são elementos estruturantes para a organização, o desenvolvimento e a execução da política de Assistência Social. Desenvolvem-se por meio da produção sistemática de informações e da construção de indicadores que visam mensurar as estruturas existentes, os processos de trabalho e as atividades desenvolvidas, bem como os produtos e os resultados alcançados. Nesse processo, é importante a implementação de práticas participativas de avaliação de gestão, envolvendo trabalhadores, Conselhos de Assistência Social e usuários.

Em relação à questão do crack e outras drogas, esse processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação deve alargar-se para além dos processos no interior da política de Assistência Social. Não se pode esquecer que a inter-relação e a interdependência existentes entre os sujeitos, os contextos e as drogas demonstra que a intervenção frente aos fatores de risco, bem como a intervenção para o fortalecimento dos fatores de proteção às pessoas e famílias, extrapolam a competência e a especificidade de uma única política. Também nesse processo, o gestor de Assistência Social tem papel estratégico, tanto no que se refere

³ No processo de construção desse documento, realizou-se em setembro de 2012, em Brasília/DF, grupo focal com a participação de alguns profissionais de CRAS, CREAS e Centro Pop. O objetivo do grupo focal foi escutar profissionais em relação ao atendimento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, risco social e situação de rua, implicadas com usos de drogas, para subsidiar a elaboração desse documento. Na oportunidade, a partir de casos acompanhados pelos profissionais, construiu-se o percurso de cada um na rede, percebendo-se que cada caso teve uma trajetória diferente e particular na rede local.

a instrumentos de registro, captura e sistematização de informações, como na criação de espaços intrasetoriais de diálogo para a disseminação de informações para as equipes do SUAS e demais áreas envolvidas. Destaca-se ainda a importância de:

- Municípios e Distrito Federal ampliem estratégias locais de articulação entre as diversas áreas, em especial com Saúde, Educação, Direitos Humanos e Segurança Pública;
- Criar, participar de instâncias locais de governança compartilhada para planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações nos territórios. Nesses espaços, a gestão da Assistência Social deve disseminar e reafirmar o papel do SUAS frente à temática. Também deve contribuir com informações dos territórios onde estão localizadas as unidades de referência da política para subsidiar a definição de áreas prioritárias e ações de planejamento integrado.

Concluindo, destaca-se a importância dos gestores da Assistência Social no território na implementação dos serviços do SUAS, de acordo com as orientações técnicas construídas no MDS, com a qualidade necessária; a articulação com as demais unidades do SUAS, as outras políticas públicas e órgãos de garantia e defesa de direitos; capacitação continuada, incentivo e motivação dos profissionais, para a atuação interdisciplinar, em articulação com outros serviços e com as famílias e indivíduos, inclusive com históricos de consumo de álcool e outras drogas, na perspectiva do alcance dos objetivos dos Serviços no que diz respeito ao fortalecimento de vínculos, construção da autonomia e independência, ampliação da participação social, qualidade das relações no território, acesso a serviços essenciais, dentre outras proteções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. A experiência precoce da punição. In: MARTINS, José de Souza (Org.). **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 181-207.

AQUINO, Júlio Groppa. A escola e as novas demandas sociais: as drogas como tema transversal. In: _____ (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 83-103.

AQUINO, Luseni Maria. A juventude como foco das políticas públicas. In: CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni Maria; ANDRADE, Carla Coelho de. **Juventude e Políticas Públicas no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009. pp. 23-40.

ARATANGY, Lídia Rosenberg. O desafio da prevenção. In: AQUINO, Julio Groppa (org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus Editorial, 1998. p. 9–17.

BARRETO, Frederico Flósculo Pinheiro. **Espaços para a Terceira Idade**. Revista Humanidades. Brasília: Editora da UNB, n. 46, Out. 1999. p. 54–65.

BAUDELAIRE, Charles. **Paraísos Artificiais: O Ópio e Poema do Haxixe**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1998.

BERETTA, Regina Célia de Souza; Andrade, R.A.M.A. **Em busca de uma nova lógica para a Assistência Social: da singularidade a totalidade**. In: II Congresso de Serviço Social. Franca: UNESP, 2009.

BERETTA, Regina Célia de Souza; MARTINS, Lilia Cristina Oliveira, et all. **A construção da Proteção Social no Brasil**. In: VI Semana do Serviço Social e I Jornada de Estágio em Serviço Social. Bebedouro: IMESB, 2008.

BERRIDGE, Virgínia. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcolm (Orgs.). **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 13-33.

BILL, MV; ATHAYDE, Celso. **Falcão: mulheres e o tráfico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

BOITEUX, Luciana. Tráfico de Drogas e Constituição (relatório de pesquisa). **Série Pensando o Direito**, n. 1. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Direito (UFRJ); Brasília: Faculdade de Direito (UNB), 2009.

BOURDIEU, Pierre. A “juventude” é apenas uma palavra. In: _____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112 – 121.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 891**, de 25 de novembro de 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm> Acessado em: 17/08/2010.

_____. **Lei n. 11.343**, de 23 de agosto de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acessado em: 17/08/2010.

_____. **Lei n. 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm> Acessado em: 17/08/2010.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. SINASE**. Lei Federal n. 12.594, 18 janeiro, 2012. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais: módulo 1**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011a.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4^a ed. Brasília: Ministério da Justiça/UFS, 2011.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: Universidade Federal Rio de Janeiro. Centro de pesquisa em álcool e drogas do Rio Grande do Sul. Instituto de Psiquiatria – IPUB, 2011.

_____. Ministério da Justiça. SENAD. Ministério da Saúde. Fio Cruz. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Justiça. SENAD. Ministério da Saúde. Fio Cruz. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **A clínica ampliada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha:** coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Documento para Aprimoramento da implantação do Centro POP.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Oficina de alinhamento conceitual do Plano Integrado do Enfrentamento ao Crack.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. 2ª ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF – Famílias e Proteção Social Básica do SUAS.** Vol. 1 e 2. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e respostas:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social. CREAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e respostas**: Centro de Referência Especializado para população de Rua. Centro Pop. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, vol II, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** (PNAS/2004) – Norma Operacional Básica (NOAS/SUAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANS, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. In: **Textos & Contextos**. v. 9, n. 2, ago./dez. 2010. Porto Alegre: PUCRS, 2010, p. 229 – 243.

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos de Aids**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1996.

BUENO, Austragésilo Carrano. **O canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

BURGIERMAN, Denis Russo. **O fim da guerra**: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya, 2011.

CAMPOS, Marcelo Araújo. Freire e Freud: por uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, Aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 213-229.

CARBALLEDA. A. **Los cuerpos fragmentados**. Buenos Aires: Paidós, 2008.

CARLINI, Elisaldo *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2006.

CARLINI, Elisaldo *et al.* **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2004.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, Júlio Groppa. (org.). **Drogas na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus Editorial, 1998. p. 19-30.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: PINTO, Renato; CARNEIRO, Henrique. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. p. 11-24.

CARVALHO, Vera Aparecida; CARLINI-COTRIM, Beatriz. Atividades extracurriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. **Revista de Saúde Pública**, vol. 26, n. 3, p. 145-149, 1996.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

CASTRO, Jorge Abrahão de; AQUINO, Luseni. **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2008.

CAVALLARI, Celi Denise; SODELLI, Marcelo. Redução de Danos e Vulnerabilidades enquanto estratégia preventiva nas escolas. In: SEIBEL, Sergio Dario. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Athenas, 2010. p. 795-810.

CHAVES, Eugênia Maria; CHAVES, Edmundo Muniz. O papel da Comunidade Terapêutica na Atual Conjuntura. In: **Comunidade Terapêutica e Dependência Química em Pauta**. V.II, nº 02. Blumenau: Cruz Azul no Brasil, 2005.

CLEGG, Bill. **Retrato de um viciado quando jovem**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, Maria Lívia. Jovens pobres: o mito da periculosidade. In: FRAGA, Paulo Cesar Pontes; IULIANELLI, Jorge Atílio Silva. **Jovens em tempo real**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. pp. 19-37

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

COSTALLAT, Benjamin. O segredo dos sanatórios [1924]. In: RESENDE, Beatriz. **Cocaína**: literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006. pp. 115-123.

CROCHIC, José Len. Os desafios atuais do estado da subjetividade na psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 69-85, 1998.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: **Reforma do Estado**. Políticas de Emprego no Brasil. Campinas: Unicamp, 1998.

DOMOSTAWSKI, Artur. **Política da droga em Portugal**: os benefícios da descriminalização do uso de drogas. Varsóvia: Global Drug Policy Program / Open Society Fundation, 2011.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, Jane; COOK, Christopher. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artemed, 2005.

ESCOHOTADO, Antonio. **História elemental de las drogas**. Barcelona: Editorial Anagrama, 2005.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios.** São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FAGUNDES, Helenara Silveira & NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social.** Disponível em:

<http://www.uff.br/lassal/images/stories/jornadas/artigo/FAGUNDES_E_NOGUEIRA1.doc> Acessado: em 20/09/2012.

FILHO, Mario José; DALBÉRIO, Osvaldo. **Desafios da pesquisa.** Franca: PROAP. UNESP, 2006.

FILHO, Pernambuco & BOTELHO, Adauto. **Vícios sociais elegantes** (cocaína, ether, diamba, ópio e seus derivados, etc.): estudo clínico, médico-legal e prophylactico. Rio de Janeiro, São Paulo, Bello Horizonte: Livraria Francisco Alves, 1924.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOHN, Maria Gloria. **Teorias dos movimentos sociais paradigmas clássicos e contemporâneos.** São Paulo: Edições Loyola, 2007.

GOLDONI, Ana Maria. **As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas.** Cadernos de pesquisa. UNICAMP: São Paulo, n. 91, p. 7-22, nov. 1994.

GUARÁ, Isa Maria; FERREIRA, Rossetti Maria Clotilde. et al. **Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente.** São Paulo: IEE/PUC-SP e Previdência Social; Brasília: SAS – Série Programas e Serviços de Assistência Social, 1998.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história,** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

JONES, Mawell. **A comunidade terapêutica.** Petrópolis: Editora Vozes, 1972.

KAËS, René. Introdução ao conceito de transmissão psíquica no pensamento de Freud. In: _____ *et al.* **Transmissão da vida psíquica entre gerações.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 27-69.

KARAM, Maria Lúcia. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, Christiane Moema Alves; CAMPOS, Marcelo Araújo. **Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática de Redução de Danos.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA, 2003. p. 45-97.

KOGA, Dirce. Vulnerabilidade e Proteção Social Básica na Agenda do CRAS. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria Especial de Assistência e Desenvolvimento Social. **Capacita CRAS: Marcos Legais.** São Paulo: Fundação Vanzolini/ SEADS, 2009. p. 29-40.

LABATE, Beatriz Caiuby. **A reinvenção da ayahuasca nos centros urbanos**. Campinas: Mercado das Letras; São Paulo: FAPESP, 2004.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

LEFEBVRE, Henri. **La production de l'espace**. Paris: Anthropos, 2000.

LEITE, Eduardo Furtado. **Drogas, concepções, imagens**: um comentário sobre dependência a partir do modelo usual de prevenção. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2005.

LURIE, Peter. Quando a Ciência e a Política Colidem: A Resposta do Governo Federal dos EUA aos Programas de Troca de Seringas. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio (orgs.). **Troca de seringas**: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 73 - 86.

MARCELLI, Daniel & BRACONNIER, Alain. **Adolescência e psicopatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____ & COHEN, David. **Infância e psicopatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguera**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MEDEIROS, Rafael Gil; CECCHIM, Ricardo André. Marchas da maconha: para além da neblina sensacionalista. In: MORAES, Maristela; CASTRO, Ricardo; PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Gênero e drogas**: contribuições para uma atenção integral à saúde. Recife: Instituto Papai, 2011. p. 41-52.

MENDOZA, Aurora Zamora. **O uso de álcool na adolescência, uma expressão de masculinidade**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2004.

MILANESE, Efrem. **Tratamento comunitário** – Manual de trabalho 1. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. In: **Cadernos de Saúde Pública**. 14(1). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2008. p. 35-42.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Trabalho com família**: textos de apoio. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo; Pontifícia Universidade Católica de SP; IEE, UNICSUL, UNISA, 1999.

MORAES, Marcelo Estevão de. **Seguridade Social e Direitos Humanos**. Trabalho apresentado no Seminário Desafios da Previdência: atualidade do pensamento de Francisco Oliveira. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em < <http://www.ipea.gov.br/TemasEspeciais/previdencia.htm>> Acessado em: 10/06/12.

MORAES, Maristela; CASTRO, Ricardo; PETUCO, Dênis Roberto da Silva (orgs.). **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife: Instituto Papai, 2011.

MORAIS, Paulo César de Campos. **Drogas e políticas públicas**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Sociologia, UFMG, Belo Horizonte, 2005.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, vol. 40, n. 5, p.810-817, out. 2006.

MOURÃO, Carla. A “**experiência cultural**” na **prevenção do abuso de drogas na adolescência**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, PUC/RJ, Rio de Janeiro, 2005.

NAPPO, Solange *et all.* **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2004.

NASCIMENTO, Vardeci Santos do. **Carta Amiga Droga**. Guarabira, PB: 2004.

NOGUEIRA Vera Maria Ribeiro & MIOTO Regina. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. [Mimeo]. 2006.

NUNES, Márcia Batista Gil; MAURO, Cileia do Nascimento Silva Ramos & CHAVES, Maria Yvone. **Estudo das políticas de proteção as pessoas da terceira idade no Brasil**. Disponível em <<http://www.direitodoidoso.com.br/01/artigo011.html>> Acessado em: 12/06/2012.

OLIEVENSTEIN, Claude; PARADA, Carlos. **Drogas, adolescentes e sociedade: como um anjo canibal**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaración Conjunta: Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf> Acessado em: 25/07/2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002**. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002, Madrid (Espanha): Madrid, 2002.

PAES, Paulo Duarte. **Redutores de danos e usuários de drogas: uma relação de ensino e aprendizagem**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSCAR, São Carlos, 2006.

PARKER, Richard. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

PARREIRAS, Décio. Canabismo ou maconhismo (estudos brasileiros). In.: BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Ministério da Saúde. **Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 243-281.

- PESSOTTI, Isaias. **Os Nomes da Loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Educação, UFPB, João Pessoa, 2011.
- PILLON, Sandra. **Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas**. Esc Anna Nery (impr.) out-dez; p. 742-748, 2010.
- PRADO, Christiane Moema Alves Sampaio. **O imaginário sobre drogas na formação docente: o que se sabe, o que se fala e o que se faz**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Educação, UFSM, Santa Maria, 2007.
- RAHM, Haroldo. **O caminho da sobriedade: a Fazenda do Senhor Jesus e o Amor Exigente**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.
- RAMEH DE ALBUQUERQUE, Rossana Carla. **Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**. Dissertação (Mestrado) - Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- RAUP, Luciane; ADORNO, SÉRGIO. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. In: **Revista Brasileira de Adolescência e Conflitualidade**. São Paulo: UNIBAN, 2011 (4). p. 52-67.
- RIBEIRO, Marcelo. **Seguimento de cinco anos com usuários de crack: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Psiquiatria, UNIFESP, São Paulo, 2005.
- RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2000.
- ROCHA, Irabussú. Introdução (2ª edição). In: BRASIL. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Ministério da Saúde. **Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. XI.
- RUA, Maria das Graças; ABRAMOVAY, Miriam. **Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde/Grupo Temático UNAIDS/UNDCP, 2001.
- SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: tempo e razão**. São Paulo: Hucitec. 2002
- SÃO PAULO. UNIFESP. **Levantamento Nacional de álcool e drogas**. LENAD, 2012. Disponível em <http://www.inpad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=106> Acessado em: 07/10/2012.

SCHEINAR, E. A produção da condição de risco como estratégias das políticas de proteção social. In: FREIRE, S. **Direitos Humanos. Violência e pobreza na América latina contemporânea**. Rio de Janeiro: Letra e Imagem, 2007.

SEIBEL, Sérgio. Álcool. In: SEIBEL, Sérgio (org). **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 119-137.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. São Paulo: Editora Cortez. 2008.

SOUZA, Herbert de. Um programa de Aids para o Rio de Janeiro: três idéias centrais. In.: **Boletim ABIA**. n. 17. ago, 1992.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família na política de assistência social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. **Revista de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Piauí (UFPI): São Luis, v. 13, n. 2, p. 255-264 jul- dez. 2009

TELLES, Vera; CABALE. R. (Orgs). **Nas tramas das cidades trajetórias urbanas e seus territórios**. São Paulo: IRD/ Hamanitas, 2006.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. In: **Revista de Antropologia**. São Paulo: USP, 2006, v. 49, n. 2. p. 581-623.

VELHO, Gilberto. **Nobres & anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

VERSTER, Annette. Os programas de troca de seringas em Amsterdã. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio (orgs.). **Troca de seringas**: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 115 – 124.

VIANNA, Werneck Maria Lucia. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? In: **Praia Vermelha: estudos de política e teoria social**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós Graduação em Serviço Social vol. 1, n.18 (2008) - Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social.

VIDAL, Sérgio. Da diamba à maconha: usos e abusos da Cannabis sativa e da sua proibição no Brasil. **Boletim Drogas e Violência no Campo**, Ano 4, n. 11, 2008. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=304> Acessado em: 17/08/2010.

VIOLANTE, M. L. V. O perfil psicossocial de crianças da criança e do jovem marginalizados. **Caderno FUNDAP**, São Paulo, ano 10, n. 18, p. 46-51, ago. 1990.

VIVARTA, Veet (coord.). **Mídia e Drogas**: o perfil do uso e do usuário de drogas na imprensa brasileira. Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI); Ministério da Saúde, 2005.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012**: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WERB, Dan; MILLS, Edward; DEBECK, Kora; KERR, Thomas; MONTANER, Julio; WOOD, Evan. **The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements**: a systematic review and meta-analysis. In.: Journal of Epidemiol Community Health. Doi: 10.1136/jech.2010.125195.