

Linha de
**CUIDADO
INTEGRAL**
a adultos com
necessidades
relacionadas
ao uso de
**CRACK,
ÁLCOOL
E OUTRAS
DROGAS**
em cenas
abertas



**SÃO
PAULO**

**GOVERNO
DO ESTADO**

Secretaria da
Saúde

Assessoria Técnica de
Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Linha de
**CUIDADO
INTEGRAL**
a adultos com
necessidades
relacionadas
ao uso de
**CRACK,
ÁLCOOL
E OUTRAS
DROGAS**
em cenas
abertas



**SÃO
PAULO**

**GOVERNO
DO ESTADO**

Secretaria da
Saúde

Assessoria Técnica de
Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

TARCÍSIO GOMES DE FREITAS

Governador do Estado de São Paulo

FELÍCIO RAMUTH

Vice-Governador do Estado de São Paulo

ELEUSES VIEIRA DE PAIVA

Secretário de Saúde

PRISCILLA REINISCH PERDICARIS

Secretaria Executiva da Saúde

MARIA ALICE SACCANI SCARDOELLI

Coordenadora da Assessoria Técnica de Saúde Mental

DIVANE DE VARGAS

Assessoria Técnica em Álcool e Drogas

Autor da Linha de Cuidados

São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. Assessoria técnica de saúde mental. Linha de Cuidados a Adultos com Necessidades Relacionadas ao Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas em Cenas Abertas. São Paulo, 2024.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da assessoria técnica de saúde mental da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo – SES/SP.

Publicação Virtual disponível em: www.saude.sp.gov.br

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Assessoria Técnica de Saúde Mental

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, 7º andar, CEP: 05403 000, São Paulo/SP

Tel.: (11) 3066 8000 – E-mail: saudemental@saude.sp.gov.br

Organização geral:

Divane de Vargas

Revisão Técnica:

Arthur Guerra de Andrade

Caroline Figueira Pereira

Claudia Ruggiero Longhi

Gleuda Apolinário

Lúcia de Fátima Chibante Fortes

Maria Alice Saccani Scardoelli

Colaboradores:

Nubia Elias Santos

Projeto gráfico e diagramação:

Cristiane Andrade

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

Linha de cuidado integral a adultos com transtornos relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas em cenas abertas.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Organização: Assessoria Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. - São Paulo: SES/SP, 2024.

76f. : tab.

ISBN 978-85-85472-42-9

1. Cocaína Crack. 2. Álcool. 3. Drogas Ilícitas. 4. Psicotrópicos.

SES/CCD/CD 118/24

NLM QV58

Elaborada por Renan Matheus Predasoli CRB 8/9275

SUMÁRIO

ACRÔNIMOS.....	9
INTRODUÇÃO	11
CENAS ABERTAS DE USO	15
Por que não Cracolândia?	16
LINHA DE CUIDADO	18
PÚBLICO ALVO	21
OBJETIVOS.....	21
COMPONENTES DA LINHA DE CUIDADO INTEGRAL A ADULTOS COM NECESSIDADES RELACIONADAS AO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM CENAS ABERTAS	22
Fases e etapas da Linha de cuidados a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas.....	23
Fase 1 – Abordagem, acolhimento e estabilização inicial	23
Fase 2 – Programas de Desintoxicação Protegida	24
A. Programas de Desintoxicação Hospitalar	24
B. Programas de Desintoxicação em Unidade de Acolhimento Residencial	24
Fase 3 – Manutenção e Reabilitação Psicossocial	25
PRONTO ATENDIMENTO HUB DE CUIDADOS	27
Público alvo e atribuições gerais	29
Etapa 1 – Acolhimento e triagem	30
Etapa 2 – Avaliação e estabilização	30
Etapa 3 – Encaminhamento	31
DESINTOXICAÇÃO.....	35
Desintoxicação para dependência de crack	35
Fatores que podem potencializar a severidade da Síndrome de Abstinência do Crack.....	37
Programas de Desintoxicação.....	38
Programa de desintoxicação hospitalar.....	38
Princípios da desintoxicação (SAMHSA, 2023)	40
Metas terapêuticas da desintoxicação	42
Observações importantes.....	43
Programas de Desintoxicação em Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas.....	43
Unidade de Acolhimento Residencial Terapêutico Transitório (UARTT)	43
Diretrizes gerais do atendimento assistencial na UARTT.....	47
Plano Individual de Atendimento (PIA).....	48

Intervenções terapêuticas, planejamento e acompanhamento do PIA	48
ALTA	49
Tipos de alta	49
Alta Médica:	49
Alta a pedido:	51
Alta por evasão:	51
Alta dos programas de desintoxicação da LCI	52
Planejamento da Alta Responsável	54
Planejamento da Alta na Linha de Cuidado Integral no Contexto da Rede de Atenção Psicossocial	55
A constituição da equipe de Reinserção Social	55
Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	61
ANEXO - CRITÉRIOS ASAM DETERMINANDO CLASSIFICAÇÕES DE GRAVIDADE	62
REFERÊNCIAS	71

ACRÔNIMOS

Atenção Primária em Saúde (APS)

Cenas Abertas de Uso (CAU)

Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS)

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Comunidade Terapêutica (CT)

Coordenadoria Estadual de Políticas sobre Drogas (COED)

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA)

Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA)

Linha de Cuidado Integral (LCI)

Plano Terapêutico Individualizado (PTI) Plano Individual de Atendimento (PIA)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDS)

Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS)

Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

Unidade Básica de Saúde (UBS)

Unidade de Acolhimento (UA)

Unidade de Acolhimento Residencial Terapêutico Transitório (UARTT)

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios no tocante à saúde pública no Brasil e no mundo tem sido o uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas, entre elas o crack e as mais novas drogas sintéticas que vêm sendo fartamente consumidas sobretudo no contexto de grandes cidades, havendo a formação de fenômeno conhecido como “cracolândia”. A maior e mais antiga cena aberta de uso do Brasil encontra-se na região central da cidade de São Paulo, e reúne centenas de pessoas consumindo e comercializando essas substâncias no centro da capital paulista.

Oferecer assistência a essas pessoas é um desafio para o Estado porque, ao atingirem essa gravidade, os indivíduos com dependência do crack, na maioria das vezes, rompem o vínculo com suas família e comunidade passando a viver nas ruas, agravando sua vulnerabilidade, e potencializando ainda mais esse fenômeno. Dados do último Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA, 2022) apontam que 70% dos frequentadores da cena aberta de uso da região central de São Paulo, conhecida como “cracolândia”, eram pessoas em situação de rua.

Esse duplo fenômeno – dependência de crack e outras substâncias psicoativas agravado pela vulnerabilidade e questões sociais inerentes à situação de rua – torna ainda mais complexo o cuidado em saúde desta população, visto que, assim como as demais dimensões do viver e habitar, a saúde passa a ser ameaçada e a motivação para o tratamento, o restabelecimento de vínculos familiares e sociais e a recuperação diminuem à medida que a dependência e o tempo de permanência em situação de rua avançam.

Estudos apontam que adultos que vivem em situação de rua apresentam prevalência 50% maior para adoecer em decorrência do uso de SPA, contribuindo para um terço das mortes nesta população (SMITH BERNARDIM, 2022; NEALE, 2022). Esses indivíduos são extremamente vulneráveis a desenvolver problemas de saúde devido às suas condições de vida, que envolvem, além do uso de álcool e drogas, a violência física e psicológica, prostituição, sexo desprotegido, compartilhamento de perfurocortantes entre outros. Soma-se a isso o fato de raramente procurarem o serviço de saúde para práticas preventivas, resultando em uma alta taxa de doenças, muitas delas preveníveis (PATRICIO et al, 2020). Como reflexo desse fenômeno, observa-se a maior taxa de mortalidade precoce, sendo 5,6 vezes maior em mulheres e 2,8 vezes maior em homens, comparado com a população geral (CAMPOS, 2018).

Esse fato é preocupante, pois, segundo o último levantamento LECUCA (2022) realizado na cena aberta de uso da região central de São Paulo, a maior parte dos entrevistados referiu ter problemas com uso de substâncias há mais de 5 anos. No entanto, mais de um terço disse nunca ter procurado algum tipo de tratamento para o uso do crack e outras drogas. Essa realidade torna o atendi-

mento de saúde e a reinserção social dessa população uma prioridade para o governo do Estado.

Embora existam publicações sobre a “cracolândia”, há pouca literatura sobre as diretrizes técnicas específicas para o processo de desintoxicação dessa população. Diretrizes voltadas para o uso grave de cocaína podem ser utilizadas como referência para propor o período ideal desses processos, mas adaptações podem ser necessárias.

É fundamental considerar que o perfil dos usuários das cenas abertas, é composto majoritariamente, por pessoas em alta vulnerabilidade ou risco social, em situação de rua, e em maioria, dependentes de múltiplas substâncias, em especial do crack. Além disso deve se considerar também que a própria dependência química intensifica e é potencializada pelas situações de vulnerabilidade e/ou risco social.

Tratar as comorbidades oriundas da precariedade da situação de rua confere ainda mais complexidade ao tratamento da dependência química, apresentando necessidades que extrapolam as questões de saúde e abrangem áreas como habitação, assistência social e educação, entre outras. Portanto, pensar numa linha de cuidado para essas pessoas exige intervenções integradas, articulando saúde física e mental com políticas públicas de habitação, assistência social, educação, segurança pública e saúde.

Essas ações devem ser desenvolvidas no sentido de construir estratégias conjuntas e efetivas entre os diversos atores envolvidos. Nesse sentido, a assessoria técnica de saúde mental e dependência química da Secretaria de Estado de Saúde (SES) propõe o protocolo de atenção para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas de uso, visando o acolhimento, tratamento e a reabilitação psicossocial dessa população.

Diversas iniciativas foram implementadas ao longo dos últimos anos direcionadas às cenas abertas de uso da região central de São Paulo. Contudo, nenhuma ação foi investigada suficientemente a ponto de produzir resultados contínuos e permanentes, que resultassem em evidências científicas robustas publicadas, capazes de respaldar a tomada de decisões sobre as melhores ações e práticas para o enfrentamento do fenômeno da dependência de crack e situação de rua na região central de São Paulo. Cabendo destacar que trata-se de um fenômeno particular do Brasil no que diz respeito ao uso de crack, mais especificamente quando se considera a magnitude social e de saúde em termos quantitativos e suas repercussões sociais para a cidade de São Paulo, constituindo-se num desafio para gestores e profissionais de saúde. A criação de uma abordagem integrada e adaptada às necessidades dessa população por meio de uma linha de cuidado integral pode melhorar o acesso a cuidados, promover a redução de danos e apoiar a recuperação e a reabilitação psi-

cosocial desses indivíduos. A linha de cuidado integral à adultos em cenas abertas de uso da SES - SP tem como premissas:

a) O reconhecimento de que essas pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool ou outras drogas em situação de rua possuem Necessidades Específicas

Pessoas que usam drogas em cenas abertas enfrentam desafios únicos que não são respondidos pelas abordagens tradicionais de tratamento e cuidados. Essas necessidades incluem questões de saúde física e mental, exposição a condições adversas e maior risco de violência e abuso. Além disso, frequentemente apresentam comorbidades, como transtornos mentais e doenças infecciosas, que exigem uma abordagem integrada e adaptada (GIBBONS *et al.*, 2024).

b) O Reconhecimento da Necessidade de Atenção Integral

Um modelo de linha de cuidado específico permite a integração de serviços de saúde, assistência social e suporte psicossocial, pontos cruciais para o enfrentamento das múltiplas dimensões do uso de drogas e situação de rua e suas consequências. Uma abordagem integrada que combine tratamento médico, apoio psicossocial, assistência social, e de desenvolvimento econômico, é essencial para potencializar os resultados da desintoxicação e possibilitar a reabilitação psicossocial das pessoas com necessidades relacionadas ao uso de substâncias, assumindo maior importância no contexto das cenas abertas.

c) Redução de Danos e Acesso a Cuidados de Saúde e Acolhimento Social

As cenas abertas de uso de drogas são frequentemente associadas a altos níveis de estigmatização e exclusão social, o que pode dificultar o acesso a serviços de saúde e apoio. A implementação de uma linha de cuidado específica pode ajudar a reduzir danos, e facilitar o acesso aos serviços necessários. Estratégias de redução de danos adaptadas para o contexto das cenas abertas podem melhorar o acesso aos cuidados, e reduzir as consequências adversas do uso de drogas (SILVA *et al.*, 2017).

d) Prevenção e Intervenção Precoce

A criação de uma linha de cuidado específica pode facilitar a identificação precoce e a intervenção em casos de pessoas com história de permanência recente nas cenas de uso. A literatura sugere que a intervenção precoce é fundamental para prevenir a progressão dos problemas relacionados ao uso de drogas. A abordagem precoce em cenas abertas pode prevenir o agravamento de condições de saúde e sociais associadas ao uso de substâncias, como afirmam Santos e Ribeiro (2018). Além disso, dados do primeiro ano da linha de cuidados evidenciaram que pessoas internadas pela primeira vez nos programas de

desintoxicação hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo apresentaram 19% menor chances de abandono precoce dos programas.

e) Experiências Internacionais e Melhores Práticas

Experiências internacionais mostram que a implementação de linhas de cuidado específicas e integradas pode levar a melhorias significativas na saúde e no bem estar das pessoas com necessidades relacionadas aos uso de drogas. Modelos de cuidado baseados na integração de serviços e na adaptação às condições locais têm mostrado sucesso na melhoria das condições de saúde e na redução da mortalidade dessa população (WAAL *et al.*, 2014).

CENAS ABERTAS DE USO

Quando os usuários de drogas se reúnem para vender e usar drogas em espaços públicos, esse fenômeno é chamado de cena de uso de drogas (WAAL *et al.*, 2014). . No Brasil, a maior e mais antiga cena de uso é a Cracolândia (por derivação de crack+lândia = terra do crack) é a denominação comum para uma população em situação de rua composta, na sua maioria, por dependentes químicos e traficantes, geralmente de crack, que costuma ocupar determinada áreas no centro da cidade de São Paulo, cuja itinerância nesse espaço caracteriza um fluxo de pessoas que se aglomeram para uso de substâncias levando também à denominação dessa população como fluxo da cracolândia.

De acordo com o último levantamento de cenas de uso nas capitais LECUCA (2022), o perfil sociodemográfico dos frequentadores da cena de uso caracteriza-se pela população predominantemente masculina, parda e com baixo nível educacional. Destes, 32% referiram ser originalmente da região central, 53% referiram não possuir nenhuma fonte de renda, 66.3% dos participantes da pesquisa estavam dormindo na rua, 21% referem estar nessa condição há 10 anos ou mais e 29.4% estão há no máximo um ano. Quanto ao tempo que frequenta a cena de uso, destaca-se um aumento de frequentadores antigos, com mais da metade referindo estar na região há pelo menos 5 anos (de 47.6% para 57.4%).

Ainda que os resultados relacionados ao perfil do consumo de substâncias psicoativas observado pelo levantamento devam ser considerados com limitações, apontadas pelos próprios autores, já que se trata de uma população no mais alto grau de dependência química combinado ao fato de estarem sob efeito da droga, as avaliações dos padrões de consumo de drogas não seguiram indicadores convencionais que determinam grau de dependência ou rastreiam comorbidades psiquiátricas. Entretanto, o estudo(LECUCA,2022) apontou que 21.1% dos frequentadores da cracolândia refere não usar crack. Entre os 78.9% que usam, 22% usam essa droga exclusivamente, referindo não consumir nenhuma das outras drogas ilícitas mais consumidas (cocaína aspirada e maconha). A prevalência de poliusuários (usa crack, cocaína, álcool e pelo menos mais uma substância ilícita) é de 65%. Além do crack, o consumo de bebidas alcoólicas e maconha foram os mais prevalentes, com 63.7% e 62.1% respectivamente.

Para além das questões de saúde relacionadas à própria dependência de crack e outras substâncias psicoativas e das questões sociais relacionadas ao fluxo como a perturbação social, aumento da criminalidade e contribuição para o tráfico de drogas, a cracolândia hoje representa um desafio de saúde pública da cidade e do estado de São Paulo.

No que se refere às condições de saúde, um dos principais indicadores investigados no levantamento se refere a testagem e manutenção de tratamento de

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e Tuberculose (TB). A prevalência de indivíduos com resultado positivo para TB foi de 25.4%, para Sífilis foi 26.7%, HIV 14.3%, chamando atenção o fato de que para essa última, apesar de 92.3% terem iniciado o tratamento, mais de 45% não o concluiu (LECUCA, 2022).

A investigação autorreferida sobre ocorrência e tratamento de outras enfermidades realizada pelo (LECUCA, 2022) mostrou ainda que 5.8% relatam ter sido diagnosticado com epilepsia ou teve convulsões, 2.7% têm histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e apenas 2.1% referiram conhecimento sobre já ter tido problemas de fígado ou rim. O levantamento ainda estimou alguns indicativos de comorbidades psiquiátricas nessa população, sendo que 39.3% apresentavam algum sintoma compatível com sintomas psicóticos, 22.1% relatavam autolesão, 38.3% apresentavam ideação suicida, enquanto 30.3% já haviam atentado contra a própria vida.

Por que não Cracolândia?

A mudança na linguagem utilizada ao tratar questões relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas é crucial para promover um ambiente de maior compreensão e respeito, contribuindo para a redução do estigma associado a essas condições (International Network of People Who Use Drugs, 2015).

Ao se referir a cena aberta de uso, o emprego de uma linguagem estigmatizante perpetua estereótipos negativos, dificultando a busca por ajuda e o acesso a tratamento adequado. A adoção de uma linguagem centrada na pessoa, que enfatize a dignidade e o respeito, é essencial para que as pessoas afetadas por essas condições sejam tratadas com a mesma humanidade e consideração daquelas que enfrentam outras questões de saúde (CHAGAS; PAULA; GALDUROZ; 2015).

Além disso, as consequências do uso de substâncias, que vão além dos transtornos imediatos, englobando doenças crônicas, mortalidade precoce e incapacidades, reforçam a necessidade de um tratamento mais sensível e cientificamente embasado, que considere os avanços no entendimento sobre o tema. Nesse contexto, a mudança de terminologia deve ser realizada de forma consistente e fundamentada, como forma de promover um atendimento mais humanizado e eficaz (CHAGAS; PAULA; GALDUROZ; 2015). O termo “Cracolândia” possui uma carga simbólica que influencia a percepção da população. A palavra em si sugere uma associação direta com o uso de crack e com a marginalização, reforçando uma percepção de que o local é um espaço onde as pessoas podem encontrar “diversões” e acesso fácil à substância.

Essa associação do termo com uma área de “diversões” pode refletir uma visão distorcida da realidade do espaço. Caracterizado como um local de sofrimento e necessidades das mais diversas ordens, pode ser interpretado superficialmente como um “espaço de excessos” e “diversões perigosas”, ignorando a

gravidade do sofrimento e da vulnerabilidade social enfrentadas pelos indivíduos que vivem e/ou frequentam o local.

Ainda a esse respeito, a utilização de termos estigmatizantes pode perpetuar estereótipos e dificultar a implementação de políticas eficazes e humanizadas. É crucial abordar essas questões com sensibilidade e empatia, reconhecendo a complexidade das situações e buscando soluções que respeitem e atendam às necessidades das pessoas afetadas pelos problemas do tráfico e da dependência de crack na região central e demais cenas abertas do estado.

A mudança na linguagem é essencial para transformar a percepção social e institucional sobre o uso de substâncias em cenas abertas, pois a terminologia utilizada tem um impacto direto na forma como as pessoas são vistas e tratadas. Ao adotar uma linguagem mais respeitosa e científica, que considere os avanços no entendimento sobre o tema, é possível contribuir para redução do estigma e promover uma abordagem mais empática e inclusiva.

Esse processo de mudança linguística proposto na linha de cuidado integral não apenas reflete um compromisso com a dignidade e o respeito, mas também favorece a construção de políticas públicas e práticas de saúde mais eficazes, baseadas em evidências e em um olhar mais humano sobre as pessoas afetadas pelo uso de substâncias na cena aberta da região central de São Paulo. A mudança da linguagem é um passo crucial para a melhoria do atendimento, a redução da marginalização e a promoção da reabilitação dessas pessoas na sociedade.

LINHA DE CUIDADO

A Linha de Cuidado (LC) é concebida como uma estratégia para garantir fluxos assistenciais seguros e eficazes para os usuários, oferecendo uma abordagem para compreender, organizar e reorganizar os serviços de saúde para melhor atender às necessidades e alcançar indivíduos com maior vulnerabilidade ou risco social. Por meio da LC, é possível mapear o percurso do usuário na rede de saúde, incluindo os dispositivos de saúde e sociais e outros que possam contribuir para o cuidado da pessoa (FRANCO;FRANCO, 2012). No contexto de usuários com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas, a LC é uma abordagem essencial para a organização e oferta de serviços de saúde. Esta estratégia visa garantir um atendimento contínuo e integrado, alinhado às necessidades individuais e promovendo a articulação entre diferentes serviços e recursos da rede de atenção à saúde nos diferentes níveis e esferas do cuidado.

Este documento tem como propósito apresentar e descrever a linha de cuidado integral a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas. Trata-se da primeira linha de cuidado publicada com foco nessa população no estado de São Paulo. O mesmo fornece orientações detalhadas para os profissionais do SUS do estado, visando a construção de um atendimento em uma linha de cuidado integral que engloba todos os níveis de atenção, proporcionando a interlocução e a sinergia de esforços dos diversos atores envolvidos.

A Linha de Cuidado Integral a Adultos com necessidades relacionados ao Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas em Cenas Abertas será estruturada nos seguintes eixos principais:

- I. Reabilitação psicossocial como transversal em todas as etapas do cuidado;
- II. Acessibilidade ao cuidado, assegurando acessibilidade geográfica e integração intersetorial dos serviços;
- III. Baixa exigência inicial para o vínculo e alta disponibilidade dos dispositivos da linha de cuidado;
- IV. Adaptação dos serviços às especificidades culturais e locais;
- V. Gestão compartilhada e corresponsabilização dos casos entre os dispositivos da RAPS e as esferas de governo.
- VI. Reconhecimento das diversas ações e estratégias alicerçadas em evidências científicas para enfrentar o fenômeno do uso de substâncias psicoativas.

Ancorada nas políticas de saúde mental do país, preconiza a promoção da autonomia, protagonismo, inserção social e dignidade das pessoas. E, em con-

sonância com a política de drogas do Estado de São Paulo (São Paulo, 2023a), reforça a necessidade de fortalecer o território como eixo organizador da rede de atenção, promovendo a integração entre diferentes níveis de serviço e superando os desafios diários com uma abordagem bipartite (município x estado) e intersetorial.

Além disso, a LC integral é o resultado da pactuação entre todos os atores envolvidos no cuidado e na reabilitação psicossocial das pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas das cenas abertas de uso da região central de São Paulo.

O serviço estadual de referência é ordenado pelo Complexo de Cuidados às Pessoas com Necessidades Relacionadas à Dependência Química em Cenas Abertas de Uso (CCDQ) (São Paulo, 2023b) é responsável pela entrada do usuário na LC estadual, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar constituintes da RAPS em articulação com os serviços de base territorial, responsáveis pela continuidade das ações reabilitatórias para as pessoas que passarem por programas de desintoxicação nos dispositivos estaduais especializados. O CAPS Ad constitui-se como referência na transição do cuidado das pessoas que derem entrada na linha de cuidado estadual pós alta.

A LC configura-se, desta maneira, como mecanismo de articulação entre os pontos de atenção à saúde, potencializando a efetividade das ações voltadas a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas por meio do cuidado compartilhado, de forma horizontal, promovendo a corresponsabilização dos casos pelas esferas de governo e equipes de saúde, envolvendo todos os dispositivos da RAPS.

A linha busca pautar-se pela acessibilidade, conceito fundamental do SUS para garantir que todos os cidadãos, independentemente de suas condições físicas, mentais ou sociais, tenham equidade de acesso aos serviços de saúde. O SUS, como um sistema de saúde universal e equitativo, enfrenta o desafio contínuo de garantir que todos os serviços sejam acessíveis a todos, em conformidade com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), no âmbito do SUS, a palavra acessibilidade tem um sentido multidimensional de caráter social e político que está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os usuários e seus familiares.

A acessibilidade é também considerada um elemento chave na proposição da LC a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas do estado de São Paulo e pressupõe:

- ▶ Acessibilidade geográfica, distribuição e integração dos serviços, gestão compartilhada e rede de cuidado intersetorial;

- ▶ Acessibilidade oportuna, ou seja, disponibilidade e sensibilidade no atendimento, estando atento ao estado do sofrimento da demanda;
- ▶ Baixa exigência e alta disponibilidade dos trabalhadores para estabelecer vínculo com os usuários, a partir das suas necessidades;
- ▶ Adaptação dos serviços às especificidades locais, considerando as particularidades da cultura local e da prevalência do uso de drogas;
- ▶ Arranjos institucionais entre a rede existente para o atendimento de casos complexos;
- ▶ Garantia de acesso, em igualdade de oportunidades, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação para os usuários e familiares que necessitem do serviço.

É essencial, ainda, que os profissionais de saúde envolvidos na operacionalização da LC sejam sensibilizados e capacitados para lidar com a diversidade das pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas, promovendo uma abordagem inclusiva e respeitosa. Isso inclui o treinamento em práticas antidiscriminatórias e na importância da empatia e respeito pelas diferenças.

O compromisso com a acessibilidade das pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas envolve a articulação contínua entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e inter-setorial, no sentido de assegurar a essas pessoas a possibilidade de acolhida e tratamento, e necessita de outras ações tais como a capacitação dos profissionais de saúde, a integração de políticas inclusivas e reabilitatórias ao acesso a moradia, ao trabalho e a renda.

PÚBLICO ALVO

A LC tem como público alvo as pessoas com problemas relacionados ao uso de crack e outras drogas das cenas abertas de uso da cidade de São Paulo.

OBJETIVOS

Prestar acolhimento e tratamento às pessoas com problemas relacionados ao uso de crack e outras drogas das cenas abertas de uso da cidade de São Paulo, podendo ser adaptada as outras regiões do Estado;

Ordenar a assistência ofertada pela SES SP às pessoas com problemas relacionados ao uso de crack e outras drogas das cenas abertas de uso, conjugando esforços com outras Secretarias de Estado, municípios e entidades da administração direta e indireta do estado;

Padronizar e integrar ações para o acolhimento, tratamento e reinserção social de pessoas com problemas relacionados ao uso de crack e outras drogas das cenas abertas no âmbito da RAPS;

Constituir as ações de reabilitação psicossocial como transversais ao tratamento em todas as suas etapas;

Oferecer ações de formação intersetorial para os profissionais envolvidos na operacionalização da linha.

COMPONENTES DA LINHA DE CUIDADO INTEGRAL A ADULTOS COM NECESSIDADES RELACIONADAS AO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM CENAS ABERTAS

A complexidade das necessidades de saúde e sociais de indivíduos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas exige uma abordagem sistemática e integrada. Nesse contexto, a construção de uma linha de cuidados robusta e articulada é essencial para garantir o acesso ao tratamento e a continuidade do cuidado, desde a abordagem na cena aberta, o acolhimento inicial até a reinserção social.

Os componentes estruturais da Linha de Cuidados, foram organizados para atender às especificidades dessa população em situação de vulnerabilidade extrema e em consonância com o Decreto N° 68.287, de 28 de dezembro de 2023 (São Paulo, 2023b) que estabelece o Complexo de Cuidados às Pessoas com Necessidades Relacionadas à Dependência Química em Cenas Abertas de Uso (CCDQ).

Conforme ilustrado na Figura 1, o fluxo de cuidados na LC é composto por três componentes:

- ▶ Fase 1 - Abordagem na cena de uso, Acolhimento no CCDQ HUB com pronto atendimento e leitos de retaguarda;
- ▶ Fase 2 - Programas de desintoxicação hospitalar ou Programas de desintoxicação em Unidade de Acolhimento Residencial Terapêutico Transitório (UARTT);
- ▶ Fase 3 - Manutenção do tratamento e reabilitação psicossocial.

Cada um desses componentes possui etapas delineadas, que visam promover intervenções articuladas, intersetoriais e centradas na pessoa.

Esses componentes são descritos em detalhe, destacando as funções específicas de cada etapa, bem como a integração com outros dispositivos sociais e de saúde. O objetivo é criar um fluxo contínuo e eficiente que promova a desintoxicação, o desenvolvimento de habilidades e recursos para a autonomia, a reabilitação psicossocial e a melhoria da qualidade de vida.

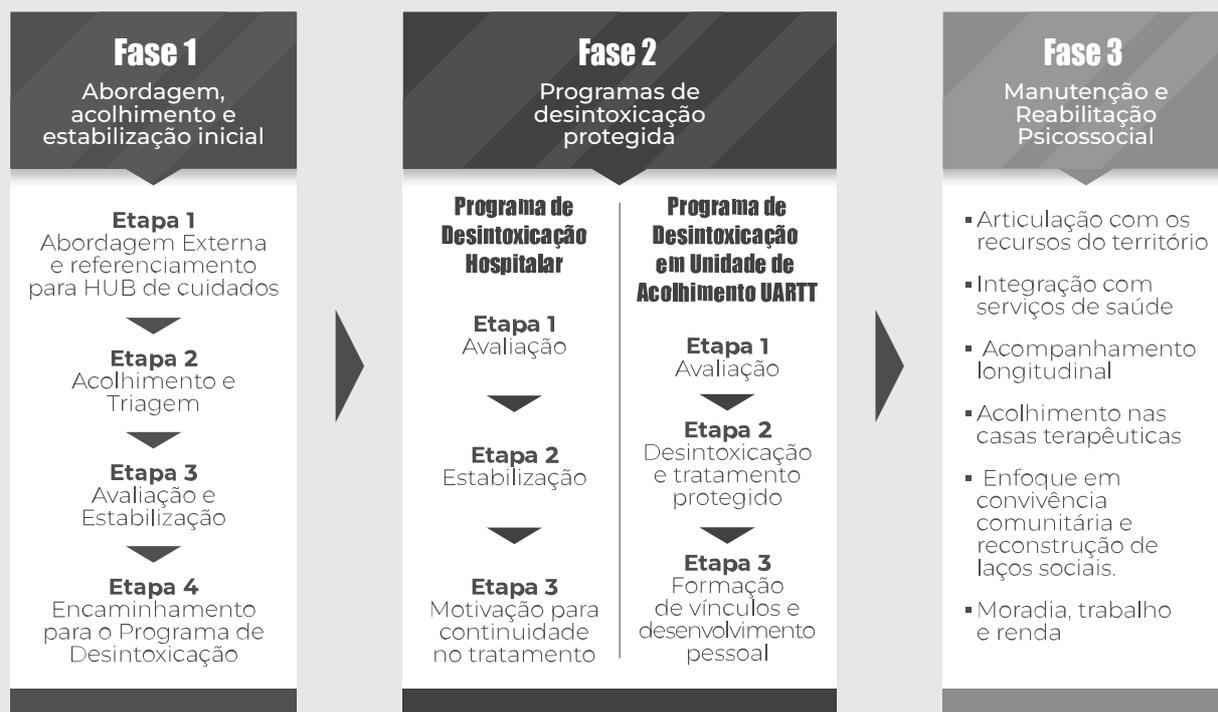


Figura 1 – Componentes da Linha de cuidados a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas

Fases e etapas da Linha de cuidados a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack e outras drogas em cenas abertas

Fase 1 – Abordagem, acolhimento e estabilização inicial

Etapa 1: Abordagem Externa

- ▶ Equipes treinadas realizam busca ativa e contato com indivíduos em cenas abertas.
- ▶ Emprego de estratégias de redução de danos visando a criação de vínculos iniciais e sensibilizar os indivíduos para a adesão à desintoxicação e ao cuidado de saúde .

Etapa 2: Acolhimento e Triagem

- ▶ Realização de uma avaliação inicial das condições físicas, psicológicas e sociais.
- ▶ Identificação de situações de risco ou emergência que requerem atenção imediata.

Etapa 3: Avaliação e Estabilização

- ▶ Atendimento clínico para estabilização médica e psicológica (ex.: manejo de crises, intoxicações ou abstinência aguda).
- ▶ Definição do plano terapêutico individual (PTI).

Etapa 4: Encaminhamento

- ▶ Direcionamento para os serviços da rede de atenção psicossocial (CAPS ad, desintoxicação em programa hospitalar, acolhimento residencial terapêutico etc.).

Fase 2 – Programas de Desintoxicação Protegida

A. Programas de Desintoxicação Hospitalar

Focado em intervenções de curto prazo para estabilização física e psicológica em ambiente hospitalar protegido.

Etapa 1: Avaliação

- ▶ Exames clínicos e psiquiátricos detalhados para entender o impacto do uso de substâncias na saúde do indivíduo.
- ▶ Planejamento inicial do tratamento desintoxicante.

Etapa 2: Estabilização

- ▶ Terapêutica para controle da abstinência, intoxicação e comorbidades.
- ▶ Suporte clínico intensivo, incluindo tratamento de condições de saúde física e psíquica associadas.

Etapa 3: Motivação para Continuidade no Tratamento

- ▶ Estratégias psicossociais para fortalecer a adesão ao cuidado após a alta.
- ▶ Planejamento para encaminhamento à Unidade de Acolhimento ou outros serviços da rede.

B. Programas de Desintoxicação em Unidade de Acolhimento Residencial

As Unidades de Acolhimento oferecem um espaço protegido para tratamento e reabilitação psicossocial para casos de alta vulnerabilidade e sem complicações ou riscos clínicos e psiquiátricos (São Paulo, 2023a; São Paulo, 2023b).

Etapa 1: Avaliação Desintoxicação em Caráter Residencial Terapêutico

- ▶ Exames clínicos e psiquiátricos detalhados para entender o impacto do uso de substâncias na saúde do indivíduo.

- ▶ Acompanhamento contínuo em um ambiente de acolhimento residencial.
- ▶ Controle médico e suporte multiprofissional para a abstinência de substâncias.

Etapa 2: Formação e reestabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos e desenvolvimento pessoal

- ▶ Oficinas e atividades para promover autonomia, habilidades sociais e fortalecimento emocional.
- ▶ Estímulo à construção de vínculos interpessoais saudáveis.

Etapa 3: Recuperação e Reabilitação Psicossocial

- ▶ Atendimento psicoterapêutico, atividades culturais e reinserção em grupos comunitários.
- ▶ Desenvolvimento de competências para reintegração social e produtiva.
- ▶ Articulação de iniciativas para promover a moradia, trabalho e renda.

Fase 3 – Manutenção e Reabilitação Psicossocial

Esta fase visa garantir a continuidade do cuidado e promover a autonomia do indivíduo, conectando-o a redes de suporte social e produtivo, operacionalizando as oportunidades de moradia, trabalho e renda.

- ▶ Articulação com os recursos do território.
- ▶ Integração com serviços de saúde, serviços de atenção básica etc.
- ▶ Acompanhamento longitudinal com equipes multiprofissionais do território.
- ▶ Acolhimento nas casas terapêuticas que oferecem suporte para reabilitação psicossocial.
- ▶ Enfoque em convivência comunitária e reconstrução de laços sociais.
- ▶ Programas de moradia assistida para facilitar a transição para a vida independente.
- ▶ Qualificação profissional, acesso ao mercado de trabalho e suporte para geração de renda.

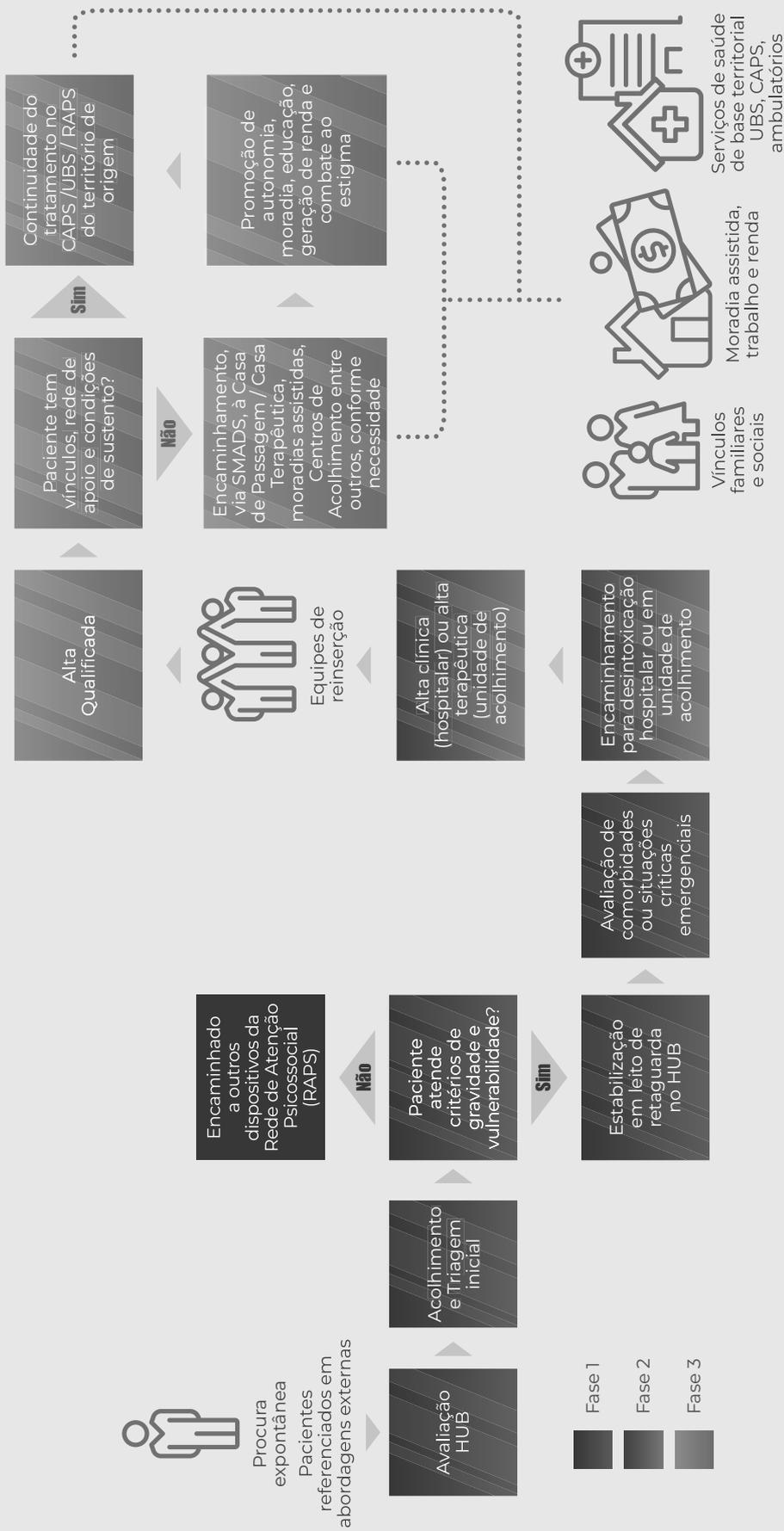


Figura 2 - Fluxo dos componentes e etapas da linha de cuidado integral a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas em cenas abertas

HUB DE CUIDADOS EM CRACK E OUTRAS DROGAS

PRONTO ATENDIMENTO HUB DE CUIDADOS

Considerando a Portaria GM/MS 3.088/2011, incorporada à Portaria de Consolidação 03/2017, que recomenda a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E ainda em consonância com a política de atenção integral a usuários de álcool e outras SPAs que preconiza o aperfeiçoamento e a assistência dos casos de maior gravidade em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), voltados principalmente para o atendimento de urgências relacionadas aos quadros de intoxicação ou abstinência graves.

Destaca-se que as cenas abertas de uso de SPAs são fenômenos que ensejam ações que oportunizem atendimento multiprofissional qualificado, de modo a incrementar a rede de atenção psicossocial, alinhada à política estadual de drogas, SES SP, por meio do Decreto nº 68.287, de 28 de dezembro de 2023 (São Paulo, 2023b), estabeleceu a criação de um complexo de cuidados a adultos com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas (CCDQ), responsável por abordar, admitir e oferecer programas de desintoxicação para essa população. O referido decreto, em seu Artigo 2º, prevê o HUB de Cuidados em Crack e Outras Drogas como a porta de entrada para a LC estadual para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras SPAs oriundos das cenas abertas de uso, especialmente na região central de São Paulo.

Enquanto porta de entrada para a LC integral da SES SP, o objetivo do serviço é iniciar a desintoxicação estabilizando os quadros graves, além da identificação do perfil clínico/psiquiátrico dos usuários que atendem critérios para entrada na linha. Dentre as principais atribuições da porta de entrada do CCDQ HUB estão:

- ▶ Manejo da síndrome de abstinência;
- ▶ Rastreamento de doenças infecto contagiosas (Sífilis, HIV, COVID 19, Tb e outras);

- ▶ Rastreamento e tratamento de comorbidades psiquiátricas;
- ▶ Rastreamento e tratamento inicial de comorbidades clínicas;
- ▶ Elaboração do perfil do usuário com estabelecimento do PTS de acordo com necessidades e perfil do mesmo;
- ▶ Alta clínica e/ou encaminhamento para os demais dispositivos da LC de acordo com perfil traçado.

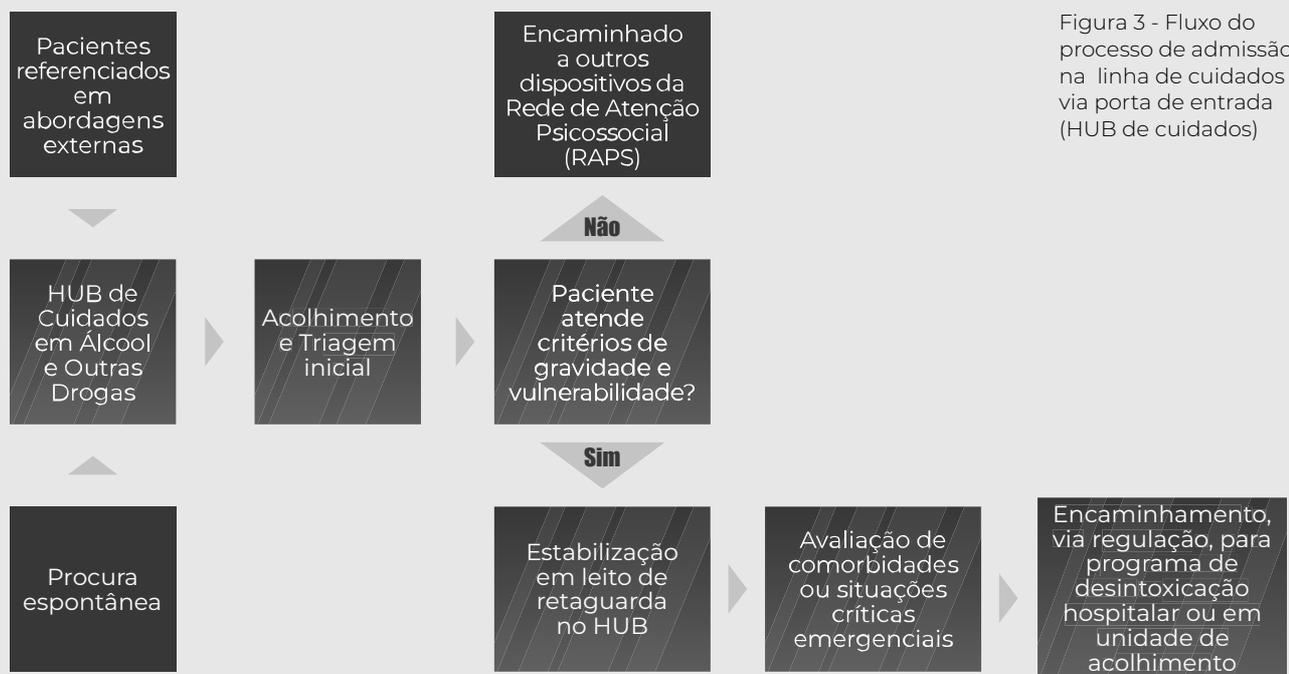


Figura 3 - Fluxo do processo de admissão na linha de cuidados via porta de entrada (HUB de cuidados)

Público alvo e atribuições gerais

O HUB de Cuidados em Crack e Outras Drogas constitui-se porta de entrada para tratamento a indivíduos com risco de abstinência severa e alta vulnerabilidade ou risco social que sejam referenciados pelas equipes de abordagem em loco na cena e que atendam os critérios de classificação de risco dispostos na linha de cuidado aos usuários de crack em cenas abertas de uso da região central de São Paulo (Anexo 1).

O perfil de usuários do serviço deve caracterizar-se por pessoas com dependência do crack associada ou não a dependência de outras substâncias psicoativas, com risco de abstinência grave, que estejam em situação de rua, encaminhados pelas equipes de abordagem e de consultório de rua, provenientes das cenas abertas de uso da região central de São Paulo.

Indivíduos que busquem tratamento no HUB de Cuidados em Crack e Outras Drogas de forma voluntária, e não atendam os critérios necessários para indicação de internação, serão referenciados a outros dispositivos da RAPS, observando-se sempre que possível a procedência geográfica do usuário.

Compete ao HUB oferecer assistência imediata eficaz e efetiva utilizando das melhores práticas baseadas em evidências científicas. Facilitando e orientando ao usuário o acesso aos diversos equipamentos de saúde e sociais, articulando-se a RAPS e outros dispositivos de saúde e socioassistenciais do território.

O HUB constitui-se como o primeiro contato do paciente com a LC Integral Estadual. A permanência nos leitos de observação e estabilização desse dispositivo deve ser transitória, com duração de 72 horas a, no máximo, cinco dias, dependendo da avaliação multidisciplinar.

Para a avaliação e estabilização dos pacientes, o HUB contará, além dos espaços próprios do serviço, com serviços auxiliares de retaguarda destinados a receber pacientes que atendam aos critérios do Protocolo de Classificação de Risco e Encaminhamento da Linha de Cuidado a Usuários em Cena de Uso do Estado de São Paulo.

Esse período de permanência nos espaços de retaguarda visa oportunizar o aprofundamento da avaliação pela equipe multidisciplinar, prioritariamente nas dimensões da saúde mental, moradia e rede de apoio, bem como, ausência de quadros que indiquem necessidade de tratamento clínico e/ou psiquiátrico de urgência, ou que demandem maior complexidade.

O atendimento no HUB de cuidados é composto por três etapas, que vão desde o acolhimento e triagem das pessoas encaminhadas pelas equipes de abordagem, até o encaminhamento para o dispositivo de tratamento especializado mais adequado ao perfil da pessoa, conforme descrito na sequência.

Etapa 1 – Acolhimento e triagem

O serviço acolhe pessoas provenientes das cenas de uso de crack, álcool e outras drogas que estejam acompanhadas ou encaminhadas pelas equipes de abordagem no território e realiza a avaliação multiprofissional, que verifica se o usuário atende os critérios na classificação de risco que justifique a entrada na LC estadual: 1. Ser proveniente de cena aberta de uso; 2. Obter escore ≥ 10 no ASAM critérios de gravidade (Anexo 1); 3. Vínculos sociais e familiares rompidos e fragilizados, associados à avaliação médica e da equipe multidisciplinar especializada. Somente após esse processo, a equipe decidirá se o paciente atende os critérios de gravidade e vulnerabilidade para prosseguimento em atendimento na LC e indicação de internação em programa de desintoxicação hospitalar e/ou em regime de tratamento protegido. A avaliação inicial deverá ser realizada pela equipe multiprofissional; tal triagem tem como objetivo além de verificar se o usuário atende os critérios para atendimento no HUB, avaliar os possíveis fatores de risco e condições que identifiquem diferentes condutas iniciais, bem como possíveis necessidades do usuário que devem ser previstas para compor o plano de cuidado emergencial com observância dos aspectos sociais, os quais são fundamentais para agir nas condições e determinantes que mantêm a vulnerabilidade ou risco social.

Se durante a avaliação inicial forem detectadas situações clínicas emergenciais críticas, como sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda, edema agudo de pulmão, acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, fraturas e outros quadros de emergências clínicas, o paciente será redirecionado para equipamentos de referência do HUB para esses casos.

Etapa 2 – Avaliação e estabilização

O HUB possui leitos de retaguarda para estabilização e avaliação que consiste em local de assistência temporária a pacientes críticos/gravos (excluídos os de emergências clínicas) triados e admitidos pela equipe de porta de entrada HUB, com vistas a realizar avaliação mais detalhada e identificar o perfil de cada usuário antes do referenciamento para outros dispositivos da LC. A permanência nas camas de estabilização não deve ultrapassar cinco dias. Durante esse período está previsto:

- ▶ Iniciar a primeira fase de desintoxicação com o manejo da fissura, que caracteriza-se por um impulso psicológico durante a síndrome de abstinência que causa forte vontade de consumir droga após a interrupção do consumo desta. A desintoxicação consiste em suporte médico social intensivo nas primeiras 72 horas; o intuito é, neste primeiro período, acompanhar o processo de desintoxicação e todos os fatores envolvidos, acolhendo e oferecendo um ambiente protegido aos usuários de substâncias psicoativas em alta vulnerabilidade ou risco social;
- ▶ Avaliar as comorbidades clínicas e psiquiátricas com vistas a determinar o perfil prévio do usuário, elaborando relatório que deverá ser encaminhado

ao hospital ou unidade de acolhimento que será responsável pelo programa de desintoxicação do paciente;

- ▶ Realizar testagem para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV, hepatite e sífilis, de COVID 19 e prover o tratamento inicial para os casos positivos de IST;
- ▶ Identificar e orientar a equipe dos programas de desintoxicação hospitalar e/ou acolhimento sobre o uso de medicações específicas e outras necessidades de cada pessoa referenciada.

Etapa 3 – Encaminhamento

Finalizada a etapa inicial de desintoxicação, com estabilização do quadro de abstinência e identificação do perfil clínico e psiquiátrico, o paciente será referenciado para o programa de desintoxicação. O encaminhamento será decidido em conjunto com a equipe técnica indicando se dentro do menu disponível, aquele dispositivo que segundo a avaliação da equipe técnica e, sempre que possível, de preferência do paciente seja considerado mais adequado (Programa de desintoxicação hospitalar geral e/ou especializado, acolhimento residencial transitório em UARTT ou Comunidade Terapêutica (CT) ou Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de referência. A articulação e encaminhamento para o segmento do tratamento mais adequado para cada indivíduo deve sempre levar em conta a escolha do paciente, frente ao menu de opções para tratamento, exceto nos casos de referenciamento para o CAPS AD, que deve se dar solicitando-se vaga junto à Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS SIRESP).

Nota importante: Os pacientes somente poderão ser encaminhados para qualquer um dos dispositivos disponíveis na LC estadual, após atendidas e observadas todas as condições listadas anteriormente.

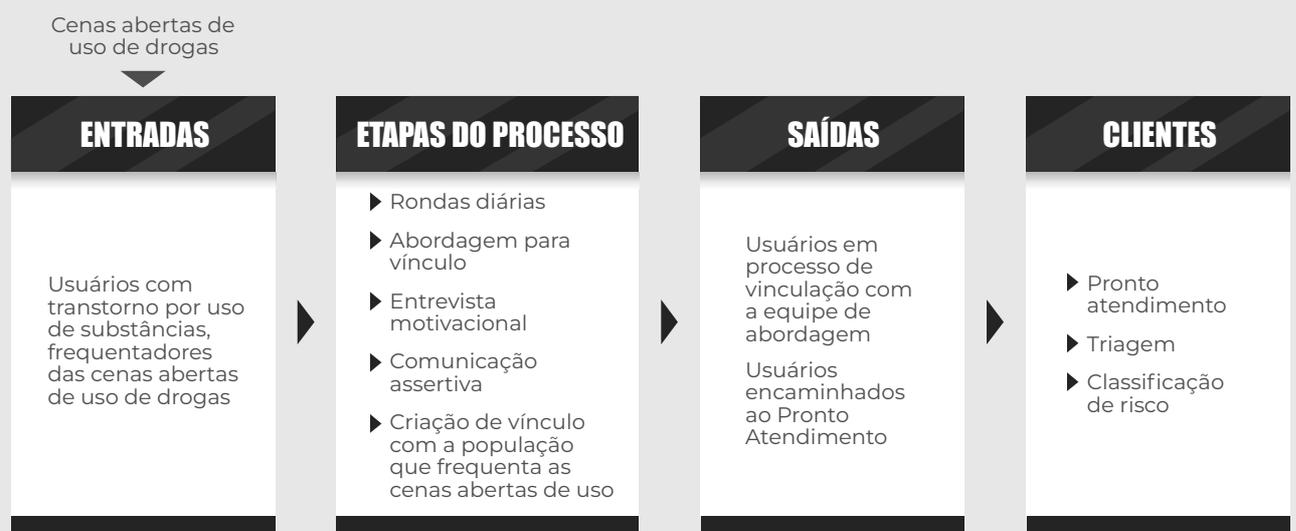


Figura 4 - Fluxo do processo assistencial do HUB de cuidados

DIMENSÕES	CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE / INTENSIDADE 0 = sem problema ou estável / 1 = leve / 2 = moderado / 3 = substancial / 4 = grave
Dimensão 1 Avaliação do Potencial de Desintoxicação/ Abstinência	<p>0. Indivíduo em pleno funcionamento com boa capacidade de tolerar, lidar com o desconforto da abstinência</p> <p>1. Capacidade adequada de tolerar ou lidar com o desconforto de abstinência.</p> <p>2. Alguma dificuldade em tolerar e lidar com o desconforto da abstinência</p> <p>3. Demonstra baixa capacidade de tolerar e lidar com o desconforto da abstinência.</p> <p>4. Incapacitado, com sinais e sintomas graves de abstinência</p>
Dimensão 2 Condições e complicações clínicas	<p>0. Totalmente funcional com boa capacidade de tolerar ou lidar com desconforto físico</p> <p>1. Demonstra capacidade adequada de tolerar e lidar com o desconforto físico</p> <p>2. Alguma dificuldade em tolerar e lidar com problemas físicos e/ou tem outros problemas clínicos</p> <p>3. Demonstra baixa capacidade de tolerar e lidar com problemas físicos e/ou a saúde geral é ruim</p> <p>4. Incapacitado, com graves problemas clínicos</p>
Dimensão 3 Condições e complicações emocionais / comportamentais / cognitivas	<p>0. Nenhum ou problema de saúde mental estabilizado</p> <p>1. Transtorno mental subclínico</p> <p>2. Ideação suicida ou impulsos violentos requerem mais do que monitoramento de rotina</p> <p>3. Impulsos frequentes para prejudicar a si mesmo ou aos outros que são potencialmente</p> <p>4. Indivíduo apresenta sintomas psiquiátricos graves e instáveis e requer atendimento em ambiente seguro</p>
Dimensão 4 Prontidão para Mudar	<p>0. Voluntariamente engajado no tratamento como um participante proativo, está ciente / admite ter um problema de dependência e está comprometido com o tratamento da dependência e com a mudança do uso de substâncias e adesão a medicamentos psiquiátricos</p> <p>1. Disposto a entrar em tratamento e explorar estratégias para mudar o uso de CAOD – crack, álcool e outras drogas, ou lidar com transtorno de saúde mental, mas é ambivalente sobre a necessidade de mudança (está em Contemplação Estágio de Mudança)</p> <p>2. Relutante em concordar com o tratamento para uso de substâncias ou problemas de saúde mental, mas disposto a cumprir para evitar consequências negativas ou pode ser legalmente obrigado a realizar o tratamento</p> <p>3. Exibe acompanhamento inconsistente e mostra conhecimento mínimo de CAOD ou Transtorno de saúde mental e necessidade de tratamento</p> <p>4. Incapaz de seguir adiante, tem pouca ou nenhuma consciência sobre o uso de substâncias ou saúde mental. Problemas e consequências negativas associadas</p>
Dimensão 5 Recaída/Uso Continuado/ Potencial de Problema Contínuo	<p>0. Sem potencial para mais problemas de CAOD ou de saúde mental</p> <p>1. Potencial mínimo de recaída com alguma vulnerabilidade</p> <p>2. Reconhecimento e compreensão prejudicados dos problemas de recaída do uso de substâncias</p> <p>3. Pouco reconhecimento e compreensão da recaída do uso de substâncias</p> <p>4. Episódios repetidos de tratamento tiveram pouco efeito positivo no funcionamento</p>
Dimensão 6 Ambiente de recuperação	<p>0. Tem um ambiente de apoio ou é capaz de lidar com suportes deficientes</p> <p>1. Tem suporte passivo no ambiente; família/outro sistema de apoio significativo precisa aprender técnicas para apoiar o esforço de recuperação do indivíduo (por exemplo, estabelecimento de limites, habilidades de comunicação, etc.)</p> <p>2. O ambiente não é favorável à recuperação da dependência, mas com a estrutura clínica, o indivíduo é capaz de lidar com a mesma na maior parte do tempo</p> <p>3. O ambiente não é favorável à recuperação da dependência e o enfrentamento é difícil, mesmo com estrutura clínica</p> <p>4. O ambiente não é favorável à recuperação da dependência e é hostil e tóxico para a recuperação ou progresso do tratamento</p>

Figura 5 - Critérios ASAM Determinando Classificações de Gravidade



Figura 6 - Fluxo de Gestão de Risco - Ferramenta SIPOC



Figura 7 - Fluxo assistencial: Pronto Atendimento



Figura 8 - Fluxo assistencial - Observação

DESINTOXICAÇÃO

Desintoxicação para dependência de crack

O tempo de abstinência do crack varia de acordo com o padrão de uso de cada pessoa e baseia-se em uma série de fatores diferentes. Esses incluem a química corporal, a tolerância, a gravidade e a duração da dependência.

A abstinência pode começar de 30 minutos a 72 horas após o último consumo e os sintomas podem atingir seu pico durante esse período. Nessa fase há geralmente uma piora importante do humor, hipersonia, esgotamento físico, sintomas depressivos e arrependimento pelo uso. A fissura (desejo intenso pelo uso) pode se instalar nessa fase.

Esse período coincide com uma brusca e intensa depleção de neurotransmissores na fenda sináptica, sobretudo a dopamina. Os sintomas podem incluir dores no corpo, alucinações auditivas e visuais, e paranoia. A paranoia pode ser extrema durante as primeiras 24 horas, mas tende a diminuir após três dias. As alucinações embora não muito comuns, também tendem a começar a diminuir em 72 horas.

Os sintomas físicos da abstinência do crack duram geralmente de 1 a 3 meses, embora não exista um prazo exato para sua duração. Qualquer sintoma de abstinência que persista por mais de 3 semanas deve ser avaliado com maior atenção (DIHEL;CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Os sintomas psicológicos da abstinência de crack, incluindo desejos intensos, sonhos com a droga e pensamentos obsessivos sobre o consumo, duram geralmente muito mais tempo. Há relatos de sintomas psicológicos de abstinência que duram 6 meses ou mais (DIHEL;CORDEIRO;LARANJEIRA, 2011).

Durante a primeira semana de abstinência da cocaína ou crack, a pessoa geralmente se recupera dos sintomas físicos extremos e pode sentir-se curada. No entanto, muitos baixam a guarda e tornam-se vulneráveis a recaídas nesse período.

É comum, nessa fase, o surgimento de sintomas como letargia, irritabilidade, fadiga e insônia. Também podem surgir, associados à fissura pelo consumo de crack, sintomas de ansiedade e depressão, sendo esses últimos decorrentes do fato de que o cérebro ainda não está produzindo dopamina suficiente para a regulação das emoções.

A fissura e outros sintomas físicos tendem a reduzir na terceira e quarta semanas, mas alterações de humor, depressão e falta de motivação podem persistir durante o primeiro mês. A alteração do humor, conhecida como síndrome

disfórica tardia, pode durar de 2 semanas a 3 ou 4 meses, sendo marcada pela volta do desejo de consumo da droga, irritabilidade, alterações do afeto.

Nesse período, observa-se também uma intensificação do desejo pelo consumo (*craving*), o que aumenta o risco de recaídas graves, frequentemente associado à grande dificuldade em experimentar prazer. A anedonia, a irritabilidade e a apatia constituem barreiras significativas à manutenção da abstinência nessa fase.

Na fase seguinte, conhecida como extinção, que pode durar alguns meses ou até anos, observa-se uma melhora gradual da fissura pelo consumo. No entanto, permanecem inicialmente sintomas como anedonia, dificuldades de planejamento e assertividade, que tendem a melhorar de forma gradativa.

A fissura pode ser desencadeada por eventos específicos, como o consumo de álcool, contato com pistas ou gatilhos ambientais (por exemplo, locais associados ao uso de droga ou pessoas que estimulem o consumo), além de situações de estresse. A frustração ou euforia apresentam melhora progressiva, desde que não ocorram novos episódios de uso.

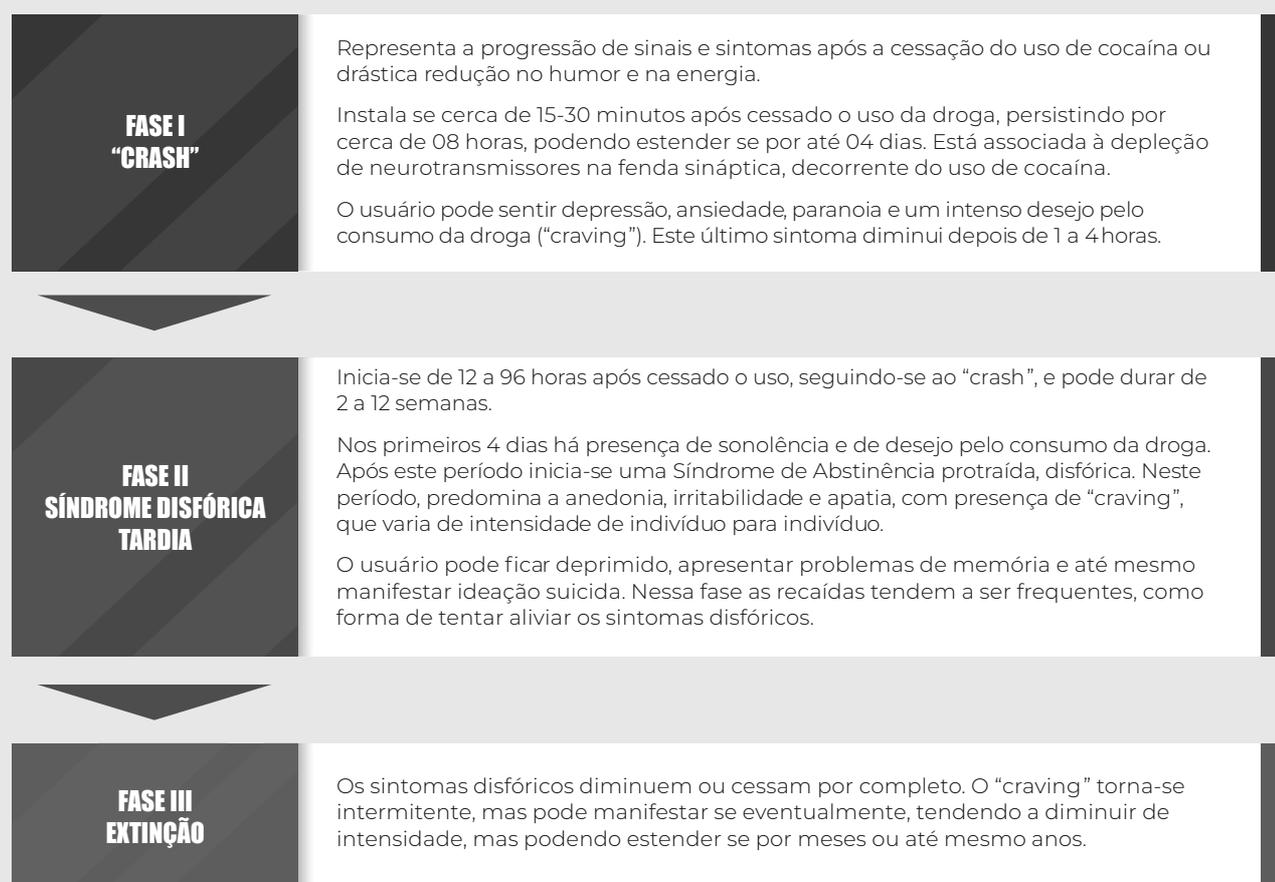


Figura 9 - Síntese das principais características das três fases comuns observadas na abstinência de cocaína/crack

A duração dos programas de desintoxicação para pacientes internados com dependência de cocaína/crack pode variar conforme as necessidades individuais, incluindo condições de saúde física e mental concomitantes. Traçar um Plano Terapêutico Individualizado (PTI) a curto prazo durante a fase de desintoxicação pode ter implicações clínicas importantes para estratégias futuras de tratamento.

As primeiras três semanas de um programa de desintoxicação hospitalar são frequentemente seguidas por programas pós-tratamento que têm como objetivo manter a motivação de longo prazo para a mudança do comportamento relacionado ao consumo de substâncias. Além disso, esses programas buscam promover a aprendizagem, retenção e aplicação das estratégias terapêuticas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar durante a desintoxicação, com o intuito de evitar recaídas após a alta (NIDA, 2024; APA, 2023).

Esses programas devem incluir desde a criação de novas escolhas de estilo de vida saudáveis, para lidar com situações que desencadeiam o consumo da droga, até o reconhecimento e a resistência ao impulso de repetir antigos comportamentos automáticos. O objetivo é estabelecer um padrão de comportamento mais adaptativo, que permita evitar situações de consumo, mesmo antes de alcançar uma recuperação completa, e lidar com sentimentos emocionais negativos em caso de fracasso (SAMHSA, 2023). Esse processo envolve o aprimoramento da aprendizagem e da memória, bem como do funcionamento executivo, visto que a capacidade cognitiva prejudicada pode impactar a eficácia das estratégias terapêuticas (KESSLER *et al.*, 2023).

Para evitar recaídas durante o processo inicial da desintoxicação, é importante se dispor de um sistema de apoio, com vistas a manejar os quadros que se apresentam no período subsequente após a desintoxicação, incluindo os desejos futuros. É de fundamental importância após a conclusão da desintoxicação, oferecer um menu de opções de tratamento e reinserção, incluindo a possibilidade de ingresso em programas de reabilitação, acompanhamento nas redes de saúde e socioassistenciais e acesso a grupos de autoajuda.

Fatores que podem potencializar a severidade da Síndrome de Abstinência do Crack

- ▶ Intensidade do consumo (se consumiu crack durante vários anos, é de esperar que o processo de abstinência demore mais tempo);
- ▶ Dependência de outras substâncias (a mais comum é o álcool);
- ▶ Presença de transtornos psiquiátricos (comorbidades);
- ▶ Quantidade de crack consumida (se a dependência é relativamente recente, mas consome regularmente grandes quantidades da droga, também pode esperar um período de abstinência mais longo);
- ▶ Condições físicas ou de saúde mental subjacentes (condição de saúde mental preexistente poderá se potencializar durante o processo de desintoxicação).

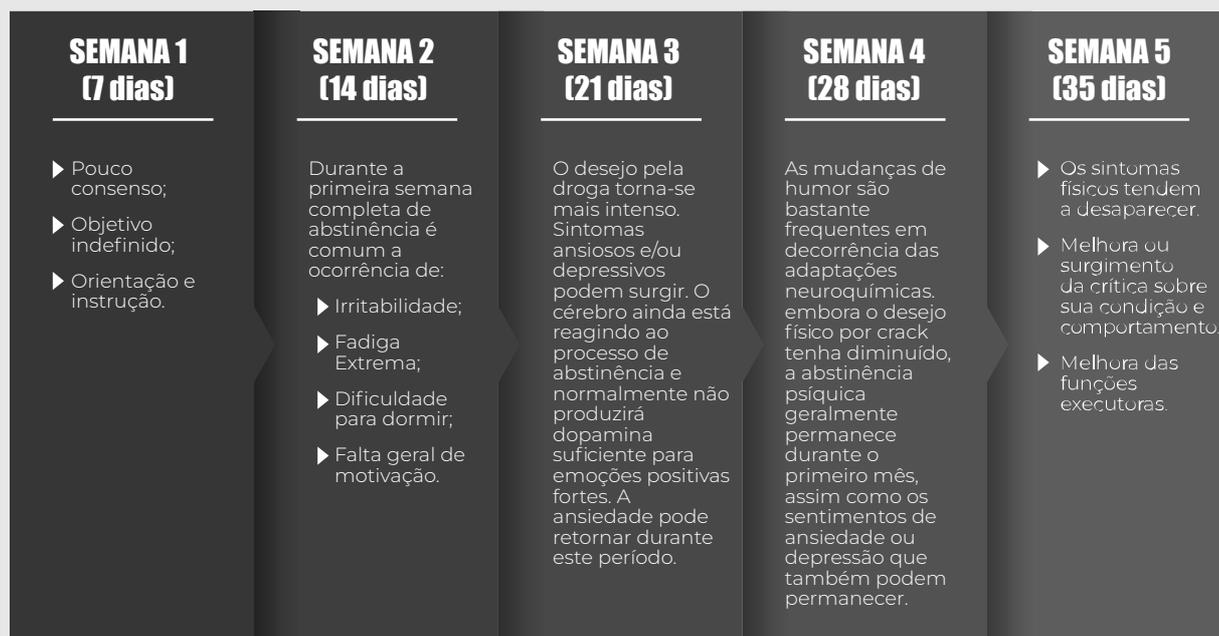


Figura 10 - Percurso clínico da síndrome de abstinência do crack

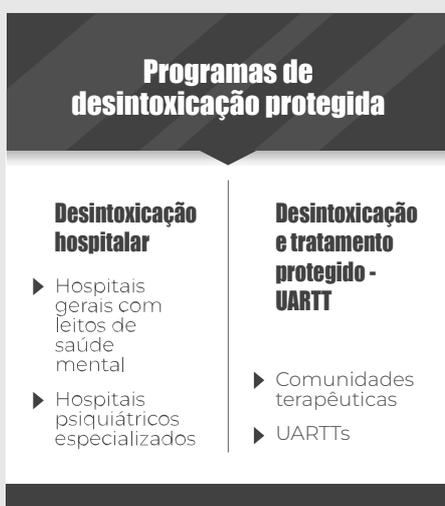


Figura 11 - Tipos de Programa de Desintoxicação oferecidos

Programas de Desintoxicação

Programa de desintoxicação hospitalar

A desintoxicação é um conjunto de intervenções que visam o manejo da intoxicação aguda e retirada de toxinas do organismo do paciente gravemente intoxicado e/ou dependente de substâncias psicoativas. A meta na desintoxicação é minimizar os danos físicos causados pelo abuso de substâncias.

A desintoxicação tem como objetivo prevenir complicações potencialmente fatais que podem ocorrer caso o paciente não receba os cuidados adequados. Além disso, ela constitui uma forma de cuidado para aliviar os sintomas (reduzindo a intensidade do transtorno) em pacientes que desejam tornar-se abstinentes. Para alguns, pode representar o ponto de primeiro contato com o sistema de tratamento e o primeiro passo para a recuperação. É importante destacar que, embora a desintoxicação seja a fase inicial do tratamento, ela não deve ser confundida com o tratamento em si, nem tampouco com um programa de reabilitação e reinserção social, mas sim um dos meios para alcançar esses objetivos.

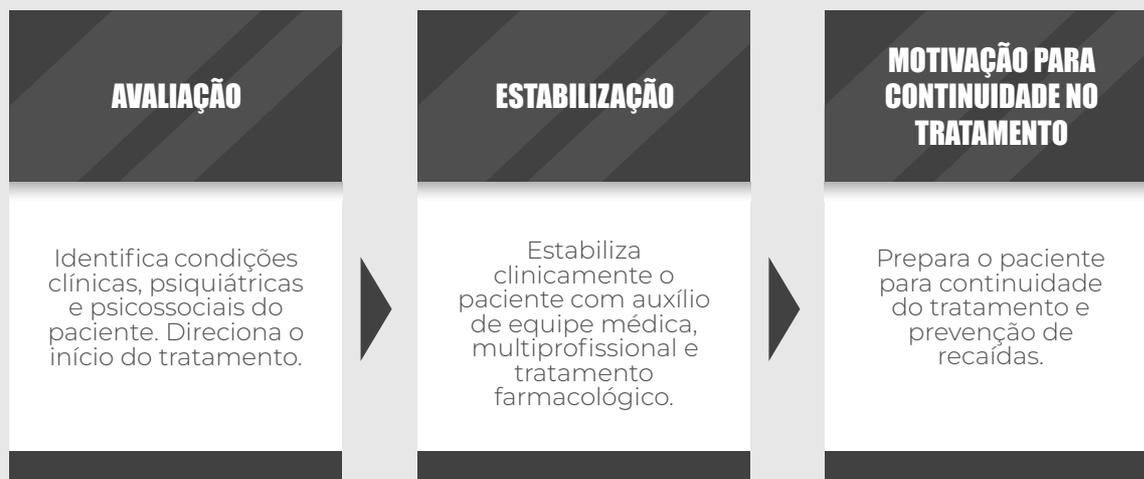


Figura 12 - Componentes do processo de desintoxicação

De acordo com SAMHSA (2023), a desintoxicação é um processo amplo composto por três componentes essenciais que podem ocorrer simultaneamente ou como uma série de etapas:

A avaliação implica em identificar as necessidades imediatas do paciente, o padrão de uso da droga, tempo de uso, condições clínicas e psiquiátricas presentes. A avaliação também inclui os aspectos psicossociais incluindo a rede de apoio social e familiar do paciente visando ajudar a determinar o nível de tratamento apropriado após a desintoxicação. Essencialmente, a avaliação serve como base para o tratamento inicial de abuso de substâncias.

A estabilização inclui assistência médica e de equipe multiprofissional para a obtenção de uma situação clinicamente estável. Isso é feito com auxílio de medicamentos. Durante a estabilização se busca também familiarizar os pacientes com o programa de tratamento e seu papel no mesmo e na recuperação. Durante este período a equipe deve promover o envolvimento da família do paciente e outros apoios sociais, incluindo a articulação com os serviços do território do paciente.

Motivação para continuidade no tratamento: envolve preparar o paciente para aderir ao tratamento da dependência, após a desintoxicação. Enfatizando a importância de seguir com o tratamento completo num continuum de cuidado. Para pacientes que concluem o programa de desintoxicação, a elaboração de um Projeto Terapêutico Individual (PTI) escrito com a previsão da continuidade do tratamento pode encorajar a procura e manutenção do tratamento para a dependência. Este contrato, que não é legalmente vinculativo,

é assinado voluntariamente pelos pacientes quando eles são estáveis o suficiente para fazê-lo no início do tratamento. Nele, o paciente e a equipe decidem e concordam quais serão os encaminhamentos em detalhes e contatos que devem ser estabelecidos antes da conclusão da desintoxicação.

O objetivo ao final desta pode ser referenciar os pacientes para um ambiente menos restritivo que ainda seja seguro e eficaz e/ou referenciá-los ao longo de um cuidado contínuo, à medida que demonstram a capacidade e a motivação para se manter no tratamento dispensando um ambiente mais estruturado ou dos tipos de serviços oferecidos no ambiente hospitalar (ou seja, supervisão médica e/ou de enfermagem, hospedagem e alimentação).

Todos os três componentes da desintoxicação (avaliação, estabilização e motivação para o tratamento) envolvem tratar o paciente de maneira empática e respeitosa, valorizando seu protagonismo durante todo o processo. Durante a desintoxicação é importante a pessoa saber que alguém se preocupa com ela, a respeita como indivíduo e tem esperança no seu futuro, assim quando possível a equipe hospitalar deve oportunizar o contato do paciente com membros da equipe do serviço do território durante a internação, quer por reuniões presenciais, chamadas de vídeo ou telefonemas, visando o planejamento da alta e contribuindo com a equipe do território na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Princípios da desintoxicação (SAMHSA, 2023)

- 1.** O processo de desintoxicação consiste em três componentes sequenciais e essenciais: Avaliação; estabilização; e motivação para ingresso no tratamento.
- 2.** Um processo de desintoxicação que não incorpora todos os três componentes essenciais é considerado incompleto.
- 3.** A desintoxicação pode ocorrer em uma ampla variedade de ambientes e em vários níveis de intensidade (desde que adequada às necessidades do paciente) seguindo os três componentes.
- 4.** Durante a desintoxicação as pessoas devem ter acesso a meios terapêuticos adequados qualitativa e quantitativamente que assegurem todos os componentes do processo de desintoxicação (atividades terapêuticas condizentes com o momento de cada paciente, pessoal em quantidade suficiente e com habilidades e treinamento técnico na área).
- 5.** Todas as pessoas que finalizam os três componentes devem ser encaminhadas de forma responsável pelo mesmo programa que forneceu os serviços de desintoxicação. O encaminhamento deve ser direcionado ao tratamento territorial, considerando os dispositivos disponíveis, o PTS, bem como as necessidades e preferências do paciente.

6. Os pacientes que procuram serviços de desintoxicação têm origens culturais diversas, bem como necessidades de saúde e situações de vida únicas. Os dispositivos de saúde (hospitais/UARTT) que fornecem programas de desintoxicação protegida precisam garantir a elaboração de projetos terapêuticos individuais e planejamento para o tratamento futuro.

7. É essencial que as equipes de saúde dos serviços de desintoxicação possuam as habilidades clínicas especiais necessárias para o atendimento desse público. Os dispositivos que oferecem os programas de desintoxicação têm o dever de garantir que o treinamento esteja disponível para a equipe.

8. Um processo de desintoxicação bem-sucedido pode ser medido, em parte, pela permanência do indivíduo admitido no programa até a conclusão das três fases, que duram aproximadamente 5 semanas.

Durante esse período, é essencial planejar e assegurar a continuidade do tratamento no território de origem da pessoa, com alta referenciada aos serviços/dispositivos de saúde e assistência social que melhor atendam as necessidades de cada indivíduo. Há evidências científicas (THOMPSON *et al.*, 2020) de que o tempo adequado de permanência e a qualidade dos programas de desintoxicação – incluindo a articulação desses serviços com os serviços territoriais para a continuidade do tratamento – resultam em melhores resultados em termos de abstinência, repetição de internações e efetividade econômica a médio e longo prazo.

Para a maioria dos pacientes admitidos nos programas de desintoxicação hospitalar e/ou protegida, o objetivo principal é atingir e manter a abstinência, mas isso pode levar inúmeras tentativas e fracassos, antes que a motivação suficiente seja mobilizada. Assim, é preciso considerar que a dependência química é um transtorno crônico e recidivante, o que frequentemente leva a múltiplas internações para desintoxicação como parte do tratamento.

De acordo com o NIDA (2023), a dependência química é uma condição que pode exigir diversas internações ao longo do tratamento, devido à sua natureza recidivante e complexidade. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (2023) afirma que “a reinternação para desintoxicação deve ser considerada uma parte normal do processo de recuperação, refletindo a necessidade de abordagens contínuas e adaptáveis”. A American Society of Addiction Medicine (2024) complementa que “as recaídas e a necessidade de múltiplas tentativas de tratamento são comuns e esperadas, e não indicam falhas pessoais, mas a necessidade de uma abordagem persistente e ajustada às necessidades do paciente”.

Assim, no momento da desintoxicação, o programa de tratamento geralmente tenta minimizar os efeitos do uso através da educação, aconselhamento e autoajuda. É importante também enfatizar a redução de compor-

tamentos de risco, construindo novos relacionamentos com pessoas que não estejam envolvidas com os usos da droga, mudando atividades recreativas e padrões de estilo de vida.

É importante notar que quaisquer protocolos destinados a determinar em que nível de cuidado os pacientes serão direcionados devem ser entendidos apenas como diretrizes.

Independentemente de o programa de desintoxicação indicado ou consensuado ser realizado em ambiente protegido, em uma internação hospitalar, em um acolhimento residencial transitório, em uma comunidade terapêutica ou em um CAPS AD, trata-se, frequentemente, do encontro terapêutico inicial entre o paciente e a equipe especializada daquele serviço.

Metas terapêuticas da desintoxicação

Fase da desintoxicação inicial

Compreende as primeiras duas semanas de internação:

- ▶ Auxiliar o paciente a interromper o uso de crack e outras SPAs de maneira segura e eficaz;
- ▶ Monitorar e controlar os sintomas de abstinência;
- ▶ Prevenir as complicações da síndrome de abstinência.

Fase de transição/estabilização

Ao final de três semanas a meta é que o paciente:

- ▶ Não apresente mais sintomas de abstinência aguda;
- ▶ Tenha sido avaliado quanto à presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas e que tenha sido dado o devido encaminhamento para tratamento destas condições;
- ▶ Gradativamente venha aumentando a sua crítica quanto aos riscos do uso de crack e outras SPAs;
- ▶ Esteja em fase de pré-contemplação e contemplação para agir em favor da manutenção da abstinência.

Fase da contemplação – Ao final de 45/60 dias

Nesta fase espera-se que:

- ▶ Disfunções familiares e sociais tenham sido identificadas e providenciados os encaminhamentos;
- ▶ A rede de apoio social/familiar do paciente tenha sido identificada e envolvida no PTS;

- ▶ O paciente e familiares tenham sido orientados em relação aos riscos de uma recaída e a como agir caso recaia no uso crack e outras SPAs;
- ▶ O paciente esteja em acompanhamento simultâneo pela equipe do CAPS ad e demais serviços de referência territorial do paciente;
- ▶ O paciente e sua rede de apoio tenham sido orientados quanto ao acompanhamento ou encaminhamento a outros dispositivos de assistência e ou saúde para acompanhamento, ou se necessário encaminhado e vinculado ao serviço que irá oferecer o seguimento no tratamento;
- ▶ O paciente e sua rede de apoio tenham sido orientados sobre sua condição e sintomas, quando procurar o serviço de saúde, exames laboratoriais
- ▶ Seja estimulada a motivação para retomar o tratamento, orientar os familiares ou rede de apoio para que possam observar riscos e motivar o paciente a se engajar novamente no tratamento, considerando inclusive a continuidade em tratamento protegido em outras opções de dispositivos como uma Comunidade Terapêutica ou UARTT.

Observações importantes

Se houver sinais de deterioração ou nenhuma indicação de melhora, considere interromper o tratamento atual, revisar a necessidade de realizar tratamento para as síndromes identificadas.

Considere a avaliação de possíveis déficits cognitivos (ex. Mini Exame do Estado Mental) para auxiliar no Projeto Terapêutico Individual (PTI), especialmente se o paciente apresentar indícios de comprometimento cognitivo, principalmente após um período de abstinência ou redução significativa na ingestão de álcool.

Sugira que procure o suporte de amigos e familiares próximos que não consomem álcool ou grupos de suporte (ex. Alcoólicos Anônimos).

Se o paciente estiver procurando um tratamento protegido mais prolongado, considere o encaminhamento para UARTTs ou CT.

Pacientes que após abstinência, não apresentaram melhora significativa das comorbidades associadas, avalie encaminhar para tratamento específico das mesmas.

Programas de Desintoxicação em Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas

Unidade de Acolhimento Residencial Terapêutico Transitório (UARTT)

Estudos que avaliaram o perfil da população da maior cena de uso do Estado de São Paulo apontam a grande prevalência de pessoas em situação de rua (70% dos entrevistados) e sem qualquer vínculo sociofamiliar que lhes confira

suporte social. Esse dado é consistente com o perfil dos indivíduos encaminhados para programas de desintoxicação hospitalar no primeiro ano pós implantação da LC da SES-SP.

Como costumam permanecer tanto tempo na rua, mesmo após desintoxicadas, a reabilitação psicossocial dessas pessoas é desafiadora. Portanto, o tratamento da dependência de crack e outras substâncias psicoativas, para pessoas que se encontram em alta vulnerabilidade ou risco social é um processo que necessita de amplas intervenções em saúde e desenvolvimento social, incluindo trabalho, justiça, renda, moradia e monitoramento do usuário na rede, para que se possa assegurar a continuidade do tratamento, que é complexo e envolve uma diversidade de equipamentos de acordo com as necessidades e perfil de cada pessoa.

A intersetorialidade de ações das áreas da saúde e social representa, portanto, um desafio maior ao poder público, pois as ações, tanto de tratamento como de reinserção social, necessitam ser coordenadas e gerenciadas de forma conectada e eficiente evitando o descompasso entre uma ação e outra, o que poderia desencadear um retrocesso no processo de recuperação, provocando recaídas frequentes ao uso da droga, gerando um aumento do custo social e financeiro decorrente da dependência do crack, álcool e outras drogas.

Desse modo, torna-se necessário prover um atendimento sequencial e complementar às ações desenvolvidas pelo Complexo de Cuidados às Pessoas com Necessidades Relacionadas à Dependência Química em Cenas Abertas de Uso (CCDQ).

Esse espaço, combinando ações terapêuticas de caráter clínico e psicossocial, acolhimento residencial e iniciativas de reinserção socioproductiva e reabilitação psicossocial. Oferecendo além de um programa de desintoxicação, tratamento inicial protegido.

A UARIT está pensada para oferecer um programa de desintoxicação conduzido por equipes multiprofissionais especializadas, com duração maior do que a desintoxicação hospitalar, mas ainda em um ambiente protegido. A permanência deve ocorrer de maneira voluntária e com consentimento do usuário acolhido, prevendo sua participação ativa em todas as etapas do programa, incluindo desintoxicação, conscientização, capacitação profissional e reinserção social e produtiva. Essa abordagem é especialmente importante quando se consideram as características da maioria das pessoas oriundas das cenas abertas.

A Portaria de Consolidação nº 3/2017, ao regular a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considera as Unidades de Acolhimento como componentes da mesma. Identificando em seu Art. 5º a “Atenção Residencial de Caráter Transitório” como uma modalidade dentro da RAPS. Inclui-se especificamente as Unidades de Acolhimento como serviços voltados ao cuidado de pessoas em situação de

vulnerabilidade social e com necessidades de acolhimento terapêutico. Neste meandro, a UARTT oferece apoio com característica de regime residencial, fundamental para a estabilização social e emocional dos usuários e, conseqüentemente, para a eficácia do tratamento e da recuperação dessas pessoas.

Em consonância com as normas jurídicas do país, o Decreto Estadual nº 67.642/2023 regulamenta a Lei nº 17.183/2019, que institui a Política Estadual sobre Drogas e estabelece o enfrentamento do uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse decreto serve como base para a implantação da UARTT, orientando a Secretaria da Saúde a fortalecer a RAPS, incluindo serviços de acolhimento terapêutico.

Esse fortalecimento visa garantir que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma abrangente e que o atendimento seja contínuo, desde a atenção básica até o acolhimento terapêutico. A UARTT permite uma ampliação dos serviços oferecidos na rede estadual com vistas a garantir o acolhimento como uma etapa natural dentro da rede de atendimento.

Diante disso, em consonância com o previsto no inciso VI do art. 4º do Decreto nº 67.642/2023, que regulamenta a Política Estadual Sobre Drogas e do inciso 8º do Decreto nº 68.287/2023 que estabelece o Complexo de Cuidados às Pessoas com Necessidades Relacionadas à Dependência Química em Cenas Abertas de Uso (CCDQ), e com a Resolução SS nº 15, de 24 de janeiro de 2025, a Unidade de Acolhimento Residencial Terapêutico Transitório (UARTT) constitui dispositivo integrantes do CCDQ.

A UARTT tem como objetivo oferecer acolhimento transitório, em caráter voluntário, aliado a cuidados contínuos de saúde, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, funcionando como uma residência transitória para estes indivíduos, propiciando um ambiente seguro e estruturado para desintoxicação àqueles em situação de vulnerabilidade ou risco social devido à dependência química, oferecendo suporte integral com a proposta de formação de vínculos e desenvolvimento pessoal visando a recuperação e reabilitação psicossocial. A UARTT deve funcionar articulada com os demais dispositivos da RAPS do território do acolhido, os quais devem ser contatados pela unidade na primeira semana pós admissão.

Ao compor o CCDQ, a UARTT visa combinar o acolhimento residencial com intervenções terapêuticas especializadas, envolvendo cuidado médico e de equipe multidisciplinar ininterruptamente. Este modelo de cuidado assemelha-se às comunidades terapêuticas e é projetado para atender às necessidades específicas das pessoas em tratamento, promovendo um espaço de recuperação que favoreça a desintoxicação e prevenção de recaídas.

Assim, a diferença entre a UARTT e uma Comunidade Terapêutica tradicional, reside fundamentalmente no modelo de cuidado, na abordagem terapêutica,

no objetivo e no tempo de permanência. Caracteriza-se por um serviço que permita associar o cuidado de saúde por equipe de saúde multiprofissional especializado em dependência química ininterruptamente, associado concomitantemente a oferta de moradia provisória e estratégias de tratamento reabilitatórias.

Com base em Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) centrados não somente na desintoxicação, mas também na retomada de participação sociocomunitária e na vida socioprodutiva, a UARTT deve possibilitar oportunidades concretas para a emancipação da situação de rua e retorno, sempre que possível, de vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos.

O modelo de cuidado na UARTT permite que os acolhidos permaneçam por períodos maiores de acolhimento do que as internações em programas hospitalares de desintoxicação, com foco na reabilitação psicossocial. Possibilita que pessoas que tenham passado por programas de desintoxicação em ambiente hospitalar ou em outros serviços possam ser acolhidas em um ambiente mais protegido antes de seu retorno à seu território de origem, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de habilidades essenciais para lidar com os problemas relacionados ao uso das substâncias.

Isso inclui a identificação de fatores de risco e proteção, bem como dos gatilhos envolvidos nos lapsos e recaídas. Além disso, busca-se promover a melhoria das condições de saúde, da qualidade de vida e da autonomia dos acolhidos, ao mesmo tempo em que se fortalece seus vínculos familiares e comunitários. O objetivo é reduzir o risco de retorno precoce ao uso de substâncias, fornecendo um ambiente que apoie a recuperação.

A permanência do usuário acolhido na UARTT é de até 90 dias, com a possibilidade de prorrogação por mais 30 dias conforme a necessidade e avaliação da equipe técnica, não podendo ser superior a 180 dias. Toda prorrogação deve ser realizada sob justificativa circunstanciada em relatório conjunto das equipes técnicas da entidade, dos serviços de referência do território de origem e/ou dos dispositivos de acolhimento e moradia disponíveis. Além da garantia da voluntariedade da adesão ao tratamento e a possibilidade de desistência a qualquer momento, respeitando a decisão do usuário acolhido.

Com esse modelo intermediário de cuidado entre o programa de desintoxicação hospitalar e o tratamento no território de origem do acolhido, a integração da UARTT no CCDQ, permite uma abordagem multidisciplinar e contínua, alinhada com os princípios de atenção psicossocial e humanização do cuidado. Isso envolve não apenas o suporte clínico e terapêutico, mas também a articulação com os demais dispositivos da RAPS e a promoção de estratégias de prevenção e reinserção social e aos que desejem permanecer por um período maior em tratamento protegido.

Configura-se como uma resposta para pessoas que desejam se engajar de forma voluntária em um processo de cuidado voltado para a abstinência e que podem se beneficiar significativamente de uma mudança de ambiente para um local mais protegido em relação ao uso de substâncias. Além disso, a UARTT é indicada para pessoas que vivenciam, além da dependência química, situações de risco e vulnerabilidade social.

Equipes de saúde

As Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental devem ser compostas obrigatoriamente por profissionais de medicina, enfermagem, psiquiatria, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, e outras categorias profissionais previstas como educador físico, monitores e outros. A formação desse grupo especializado deve estar adequada ao projeto técnico institucional, de maneira a prestar cuidado em saúde e acolhimento social aos usuários acolhidos ininterruptamente.

Diretrizes gerais do atendimento assistencial na UARTT

O trabalho será estruturado de modo a estimular o envolvimento da pessoa em todas as etapas do processo terapêutico até a saída qualificada, respeitando a identidade sexual, religiosa e cultural de cada acolhido. O momento do acolhimento deve contar com profissional médico e enfermeiro para avaliação inicial e consulta, em acordo com as normativas vigentes.

A adesão ao atendimento em todas as suas etapas deverá ser livre e consentida. Para isso, se faz necessário realizar intervenções técnicas no sentido de buscar reiteradamente a conscientização progressiva do sujeito acerca da importância e significado do tratamento, bem como de sua duração.

A adoção de PTI, com a participação ativa dos sujeitos, deve ser utilizada como uma estratégia organizadora do cuidado e como suporte para a construção de projetos de vida que incluam a reabilitação psicossocial bem como a emancipação da situação de rua.

As intervenções técnicas também devem ter como finalidade estimular o protagonismo, o envolvimento ativo e cocriativo do sujeito em seu processo de recuperação. Além disso, buscam promover a descoberta de habilidades e no despertar de interesses relacionados à cultura, ao esporte e a atividades profissionalizantes. Essas intervenções visam ampliar o repertório simbólico e criativo, além de desenvolver, de forma progressiva, habilidades relacionais que instrumentalizem o sujeito na retomada de projetos pessoais e profissionais.

Trata-se de associar o suporte psicossocial ao tratamento médico especializado, utilizando recursos como grupos terapêuticos, oficinas de orientação vocacional e formação profissional, oficinas culturais, atendimentos individuais e atividades esportivas.

Plano Individual de Atendimento (PIA)

A equipe multiprofissional elaborará o Plano Individual de Atendimento (PIA) com a participação do acolhido e seus familiares/representantes legais, quando houver, e será atualizado ao longo das diversas fases do atendimento. O PIA deverá ser elaborado no prazo de até 15 (quinze) dias da data do ingresso no atendimento. As informações produzidas na avaliação e as registradas no PIA são consideradas sigilosas nos termos da Lei Nº 13.840/2019.

Intervenções terapêuticas, planejamento e acompanhamento do PIA

As intervenções terapêuticas na UARTT compreenderão atividades individuais e coletivas de apoio psicossocial que contribuam para a aquisição e restabelecimento das habilidades para o cotidiano que visem à reabilitação psicossocial e à construção da autonomia.

A participação em atividades educacionais e de aprendizado na UARTT deve respeitar a condição singular de cada acolhido, supervisionadas por membros da equipe da entidade, a quem caberá motivar os acolhidos, dando o caráter terapêutico a tais atividades.

Dentre os atendimentos coletivos e individuais, com equipe médica e equipe multiprofissional, devem ser garantidos na UARTT:

- ▶ suporte farmacológico;
- ▶ atendimentos familiares e grupos de famílias;
- ▶ saídas individuais periódicas, de acordo com o PTI;
- ▶ saídas coletivas;
- ▶ assembleias para discussão e deliberação de questões relacionadas à convivência coletiva;
- ▶ grupos de ajuda mútua e de prevenção de recaídas;
- ▶ Práticas Integrativas e Complementares (PICS);
- ▶ atividade física e desportiva;
- ▶ atividade lúdico terapêutica variada;
- ▶ realização do atendimento individual proposto pela equipe multidisciplinar;
- ▶ atividade educativa que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- ▶ atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- ▶ tempo previsto de permanência do acolhido na unidade;
- ▶ atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação que busquem a inserção e a reinserção social, o resgate ou o desenvolvimento de habilidades profissionais.

ALTA

Em linhas gerais, a alta hospitalar refere-se ao processo que autoriza a saída do paciente do hospital, englobando todas as formas de desvinculação do estabelecimento. De acordo com a Portaria nº 3.390, a chamada “alta hospitalar responsável” envolve a transferência adequada do cuidado, o que deve ser feito por meio da: orientação aos pacientes e seus familiares sobre como prosseguir com o tratamento, fortalecendo a autonomia e promovendo o autocuidado; coordenação da continuidade dos cuidados com outras partes da rede de saúde; e implementação de mecanismos de desospitalização, que buscam alternativas às práticas hospitalares (Portaria nº 3.390).

A Alta responsável deve funcionar como um dispositivo para articulação dos processos de trabalho entre equipes, gestores e redes de atenção à saúde, com o objetivo de garantir a integralidade e continuidade do cuidado em saúde dos usuários nos territórios.

Entendida como transferência e continuidade do cuidado, a alta responsável convoca, necessariamente, o conjunto dos atores para o trabalho em rede, promovendo a discussão de projetos terapêuticos, a organização de fluxos, referências e processos de trabalho nas equipes, serviços e redes de atenção.

Tipos de alta

Alta Médica:

A alta médica está relacionada à cura ou melhora do paciente, ou seja, a finalização do tratamento que levou o paciente a ficar internado em ambiente hospitalar, como o próprio termo diz, ouvida e pactuada com a equipe multidisciplinar sobre a alta hospitalar é prerrogativa do médico. É importante salientar que, quando hospitalizado, o paciente tem o direito de ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo dever do diretor clínico do estabelecimento de saúde as providências cabíveis para que isso ocorra (CREMESP, 2024).

De maneira geral alguns critérios devem ser atendidos ao se pensar na alta hospitalar do paciente:

1. Critérios Clínicos

- ▶ O paciente deve ter mostrado uma melhora significativa na sua condição clínica, com a redução ou controle dos sintomas relacionados ao uso de substâncias.
- ▶ Deve haver uma avaliação médica que confirme que a condição do paciente está estável o suficiente para a alta.

2. Ausência de Comorbidades Agudas

- ▶ Ausência de comorbidades médicas ou psiquiátricas agudas que precisem de tratamento intensivo ou que comprometam a capacidade do paciente de manter a abstinência ou o tratamento.

3. Critérios psicológicos

- ▶ O paciente deve ter completado avaliações psicológicas para garantir que está apto a lidar com a pressão e os estresses da vida cotidiana sem recorrer ao uso de substâncias.
- ▶ O paciente deve ter demonstrado comprometimento com o plano de tratamento, incluindo a adesão a terapias farmacológicas e psicossociais.
- ▶ A manutenção do uso de medicamentos.
- ▶ Apresentar crítica com relação a seu padrão de consumo de crack, álcool e/ou outras drogas.

4. Critérios Sociais

- ▶ Rede de Apoio Social: O paciente deve ter uma rede de apoio social que pode incluir família, amigos, ou grupos de apoio, para auxiliar na reintegração social e na manutenção da abstinência.
- ▶ Condições de Moradia: O paciente deve ter uma situação de moradia estável e segura. Se estiver em risco de perda de moradia ou vivendo em condições inadequadas, deve haver um plano para resolver essas questões.
- ▶ Emprego e Atividades: A capacidade do paciente de retornar ao trabalho ou de se engajar em atividades produtivas é considerada. Se o paciente estiver desempregado ou enfrentando dificuldades financeiras, pode ser necessário fornecer suporte para acesso a programas de emprego ou assistência social.
- ▶ Planejamento de Recursos: O paciente deve ter acesso a recursos e serviços necessários para continuar sua recuperação, como transporte, alimentação adequada e acesso a serviços de saúde.
- ▶ Educação e Treinamento: A conclusão de programas educativos ou de treinamento, quando aplicável, pode ser um critério importante para garantir que o paciente tenha habilidades e conhecimentos para lidar com desafios futuros.

5. Plano de Continuidade de Cuidado – articulação com a rede

Deve haver um Projeto Terapêutico Singular construído em parceria com o paciente e a equipe do território de origem, incluindo consultas regulares com profissionais de saúde, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico em serviço de base territorial, moradia temporária e suporte em grupo, se necessário.

Alta a pedido:

Existem situações nas quais a alta hospitalar pode ser solicitada pelo paciente ou por seus responsáveis, denominada alta a pedido. Para a solução deste problema, é fundamental distinguir a alta a pedido que não envolve risco iminente à vida, daquela em sentido contrário; somente através de avaliação e parecer técnico poderá haver tal distinção. Consistente com os componentes do programa de desintoxicação da LCI as alta a pedido serão classificadas em duas categorias:

Superprecoce – menor do que uma semana de permanência no programa de desintoxicação;

Precoce – entre duas e três semanas de permanência no programa de desintoxicação.

Alta por evasão:

A alta por evasão ocorre quando o paciente decide deixar a instituição de saúde antes da conclusão do tratamento, muitas vezes sem a autorização da equipe médica. Esse tipo de alta pode ser preocupante, pois pode indicar falta de compreensão sobre a importância do tratamento ou problemas pessoais que interferem na continuidade do cuidado, ou inadequação do programa para o paciente.

É fundamental que a equipe busque entender os motivos da evasão, oferecendo apoio e orientações adequadas. Em alguns casos, a alta por evasão pode resultar em complicações de saúde do paciente, dificultando sua recuperação e prolongando a necessidade de tratamento e aumento de reinternações. Para minimizar esse tipo de situação, é essencial estabelecer uma comunicação clara e empática, além de criar um ambiente acolhedor que incentive a adesão ao tratamento.

Alta por Intercorrência Clínica: É realizada para pacientes que apresentarem intercorrência clínica; durante a internação, receberão os primeiros atendimentos na Unidade de Crise e serão encaminhados aos serviços de emergência UPA ou Hospital de Urgências, de acordo com a orientação do médico responsável.

Alta administrativa: A alta administrativa por descumprimento das normas hospitalares ocorre quando um paciente é liberado da instituição devido a infrações às diretrizes estabelecidas, de acordo com a Consulta nº 6/2017 – CFM. Após esgotar todas as tentativas para restabelecer a ordem, é possível conceder alta hospitalar administrativa ao paciente que infrinja as normas administrativas e disciplinares do estabelecimento, uma vez que sua conduta pode comprometer o bem estar dos demais pacientes. Para os casos em que a in-

tercorrência se deu por não adesão às normativas institucionais, o paciente terá alta definitiva da instituição.

Alta dos programas de desintoxicação da LCI

No campo da saúde mental e das necessidades relacionadas a SPAs, a alta hospitalar é uma estratégia crucial para a reabilitação psicossocial e para a articulação com a rede de suporte, visando garantir a continuidade da atenção no território (GUEDES, *et al.*, 2017). Nesse contexto, um ponto essencial para o avanço nesse processo é a existência de uma rede de suporte que auxilie o usuário na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Indivíduos com transtornos por uso de substâncias (TUS) tendem a apresentar maiores frequências de internações, períodos mais longos de permanência e maior número de readmissões não planejadas em comparação com a população geral de pacientes hospitalizados (THOMPSON, *et al.*, 2020; RONAN; HERZIG, 2017; LIEBSCHUTZ, *et al.*, 2014; ENGLANDER, *et al.*, 2017). Ademais, as evidências apontam que as recaídas são elevadas após a alta de internações em programas de desintoxicação, destacando ainda mais a necessidade do suporte continuado ao paciente após a saída de tais programas.

Além disso, o abandono precoce dos programas de desintoxicação antes do planejado é comum entre pacientes com necessidades relacionadas ao uso de substâncias. Dentre as variáveis que podem afetar as altas precoces, a literatura aponta que pacientes jovens com baixa escolaridade e com comorbidades associadas têm maior probabilidade de não completar o programa de desintoxicação (THOMPSON, *et al.*, 2020; RONAN; HERZIG, 2017; ENGLANDER, *et al.*, 2017).

Considerando o risco aumentado de recaída após a alta de tratamento de internação para TUS (JOHANNESSEN, *et al.*, 2020), e o abandono precoce do programa (altas a pedido) independente do período de permanência no programa de desintoxicação, a alta é um processo que necessita de atenção e integração entre os serviços envolvidos.

Assim a alta do programa de desintoxicação, constitui-se em um momento tão importante quanto a entrada na linha de cuidado integral, por constituir-se em um processo complexo e multifacetado, que está associado a uma menor taxa de reinternação e à continuidade dos cuidados fora do ambiente hospitalar. Dessa forma, o planejamento da alta deve se caracterizar como um processo contínuo, iniciando com uma avaliação rápida já no momento da admissão do paciente e integrando todo o plano de cuidado hospitalar no PTI.

Pois, independentemente do tempo de observação nos leitos de retaguarda ou de internação, haverá um impacto na condição atual do paciente, resultando na redução dos danos causados pelo uso da substância. Quer seja

estabilizando e assistindo no período inicial da síndrome de abstinência em internações mais curtas em que o paciente solicita a alta precocemente, quer na completude do plano de cuidado hospitalar ou do período de tratamento protegido em unidade de acolhimento residencial que possibilita o planejamento de seu PTS para a fase da manutenção e continuidade do tratamento após a saída do hospital.

A linha de cuidado estadual para as pessoas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas é um processo que deve buscar garantir que o indivíduo esteja em condições adequadas para a continuidade de seu tratamento e sua reabilitação psicossocial independente da sua condição e tipo de alta.

Pessoas que são encaminhadas para tratamento especializado de internação para transtorno por uso de substâncias (TUS) representam uma população com múltiplos desafios psicossociais, que frequentemente enfrentam dificuldades para lidar com suas vidas diárias (por exemplo, manter rotinas diárias, comparecer ao trabalho ou outras obrigações significativas). Devido a essas características, para a manutenção do tratamento a articulação intersetorial – que possibilita moradia temporária, educação e oportunidade de geração de renda – é mandatória.

Os critérios clínicos e sociais para a alta variam de acordo com as diretrizes e protocolos específicos de cada instituição e equipe. No entanto, devem assegurar, sempre que possível, a alta (qualificada) responsável, evitando ao máximo que o paciente retorne a ambientes que possibilitem seu acesso imediato às cenas abertas após o processo de desintoxicação, independente do tempo de permanência no programa. Por isso, é essencial o envolvimento e responsabilização do território de origem do paciente para sua recepção pós-alta.

Essas questões devem ser consideradas no processo de alta, sendo necessário que o paciente seja esclarecido quanto às oportunidades e benefícios que a alta lhe proporcionará, possibilitando construir novos vínculos com pessoas e serviços, ampliando assim sua rede social, exigindo novamente a articulação e responsabilização do território de origem da pessoa. Pois, as práticas voltadas à autonomia dos usuários devem estar presentes no cotidiano das equipes dos serviços do território, sendo que o recurso da alta contribui para que o usuário retome sua vida de maneira independente.

O plano de alta e o PTS iniciado durante a internação devem possibilitar o fortalecimento do cuidado em outros pontos da rede, estreitando vínculo com a atenção primária e com os demais equipamentos de saúde e sociais do território (GUEDES, *et al.*, 2017), de maneira a planejar e possibilitar a articulação intersetorial para a reinserção do indivíduo no território (JOHANNESSEN, *et al.*, 2020).

Planejamento da Alta Responsável

No sentido de assegurar a alta responsável da linha de cuidado estadual, são recomendadas algumas ações que devem ser realizadas durante todo o período de permanência nos dispositivos da LCI, balizando o trabalho interinstitucional e inter equipes:

- ▶ Promover reuniões sistemáticas para melhorar a capacidade de comunicação entre os profissionais e também revisar protocolos, fluxos, instrumentos de alta hospitalar e encaminhamento à rede de atenção
- ▶ Envolver os profissionais para a discussão dos casos, intercâmbio de informações e compartilhamento das decisões, facilitando o planejamento da alta hospitalar a partir do histórico do usuário e familiares, ações realizadas durante a internação, levantamento e compartilhamento de necessidades biopsicossociais para a continuidade do cuidado no território.
- ▶ Promover a discussão para qualificar os processos de orientação destinados aos usuários e seus familiares/cuidadores, com o objetivo de fomentar a corresponsabilização no cuidado em saúde, durante e após a alta hospitalar.
- ▶ Construir e/ou fortalecer Equipe de Alta Responsável, com a finalidade de aprimorar formas de comunicação e articulação entre o hospital, DRS e as unidades de saúde de referência municipais, para garantir a troca de informações necessárias à efetiva articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde.
- ▶ Planejar ações de apoio voltadas para o trabalho em rede, em parceria com os DRS e municípios.
- ▶ Proposição e discussão conjunta do indicador de Alta Responsável com equipe do DRS para definição de estratégia de implementação do indicador nos planos de trabalho apresentados pelos prestadores.
- ▶ Assegurar a implementação de ações que garantam o planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, com ênfase nas linhas de cuidado estadual, elaboradas em conjunto com o DRS e gestores municipais.
- ▶ Investir na qualificação dos processos de orientação aos usuários e familiares/cuidadores, visando produzir corresponsabilização destes no cuidado em saúde durante e após a alta hospitalar.
- ▶ Participar das discussões com DRS e municípios de referência nas reuniões de equipes interdispositivas (hospital, CAPS, SMADS).

Por ocasião da alta médica, deve ser produzido um Resumo de Alta Hospitalar, no qual constem as informações diagnósticas, resumo da evolução e medicamentos em uso; Encaminhamento com agendamento da data para o próximo atendimento comunitário, geralmente CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental. Esse agendamento deve se dar na data mais próxima possível da alta hospitalar, preferencialmente em até 48 horas após a alta do programa de desintoxicação. Caso necessário, são realizadas outras articulações com a rede –

por exemplo, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); Conselho Tutelar; Comunidades Terapêuticas, Casas de Passagem/Casas Terapêuticas e outros.

Planejamento da Alta na Linha de Cuidado Integral no Contexto da Rede de Atenção Psicossocial

O planejamento da alta hospitalar ou da saída do acolhimento residencial é uma etapa fundamental no cuidado integral de pacientes admitidos na LCI. Este processo deve ser organizado de forma antecipada, interdisciplinar e intersetorial, considerando as especificidades de cada indivíduo e o papel das diferentes instâncias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A alta deve ser planejada desde o momento da admissão no programa de desintoxicação, e o planejamento do PTS deve compor o plano de cuidado durante a permanência dos mesmos, integrando os serviços de saúde, assistência social e outras redes de apoio para garantir a continuidade do tratamento.

O envolvimento do CAPS de referência, da gestão municipal e estadual, e de outras instâncias, como moradia assistida e programas de reinserção social, é essencial para assegurar que o paciente receba suporte adequado para a manutenção do tratamento e a reintegração social.

Este processo requer ações coordenadas, comunicação eficiente e a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) voltado a vida da pessoa no contexto de seu território, adaptado às condições clínicas, psicológicas e sociais de cada um.

Ao priorizar o planejamento da alta, a RAPS promove o cuidado integral, o respeito à singularidade do usuário e a articulação com diferentes setores, criando condições para a redução de recaídas, a recuperação contínua e a manutenção no tratamento.

A constituição da equipe de Reinserção Social

A constituição da equipe de Reinserção Social emerge como um processo natural e integrado dentro da linha de cuidado, acompanhando o percurso do paciente desde a sua admissão nos programas de desintoxicação até a alta. Essa equipe é formada por todos os atores envolvidos nos diversos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que juntamente com o paciente inclui a equipe dos programas de desintoxicação, CAPS de referência, Serviço de Assistência Social, Moradia assistida, ambulatório especializado, Unidade Básica de saúde, programas de apoio comunitário e laboral. Sua formação reflete a transversalidade e a interdisciplinaridade necessárias para atender às demandas complexas do cuidado integral e da reabilitação psicossocial.

A equipe é estabelecida na primeira semana após a admissão, possibilitando que profissionais dos diferentes dispositivos da rede passem a trabalhar de forma articulada, considerando as necessidades específicas do indivíduo e contempladas no plano de cuidado hospitalar, ou PTI, visando a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

À medida que o tratamento avança, a equipe de Reinserção Social se fortalece com a inclusão de representantes de serviços complementares, como CAPS, centros de acolhimento residencial e iniciativas comunitárias. Esse envolvimento contínuo permite que as estratégias de cuidado sejam integradas e dinâmicas, adaptando-se às condições clínicas, psicológicas e sociais do paciente.

O papel da equipe é consolidado durante o planejamento da alta e na construção do PTS, momento em que as ações de reinserção social se tornam mais evidentes. A equipe atua como um elo entre o paciente e os recursos do território, articulando a disponibilização de atividades que promovam autonomia, integração comunitária e desenvolvimento laboral. Esse processo envolve tanto a mobilização de redes de apoio quanto a estruturação de oportunidades que facilitem a transição para a vida em comunidade.

De forma simultânea, a equipe monitora o progresso dos indivíduos, mantendo contato com os serviços territoriais e os familiares, para assegurar que as metas estabelecidas no PTS sejam efetivamente facilitadas. Essa proximidade com o panorama psicossocial dos pacientes permite que os profissionais respondam prontamente a demandas específicas, promovendo a continuidade do cuidado e a prevenção de recaídas.

Assim, a equipe de Reinserção Social se constitui como um coletivo em constante formação e atuação integrada, acompanhando cada etapa do tratamento e garantindo que a linha de cuidado integral seja sustentável, funcionando de maneira sistemática como um todo coerente e efetivo, desde a admissão até a alta, buscando a reintegração da pessoa na família e na comunidade.

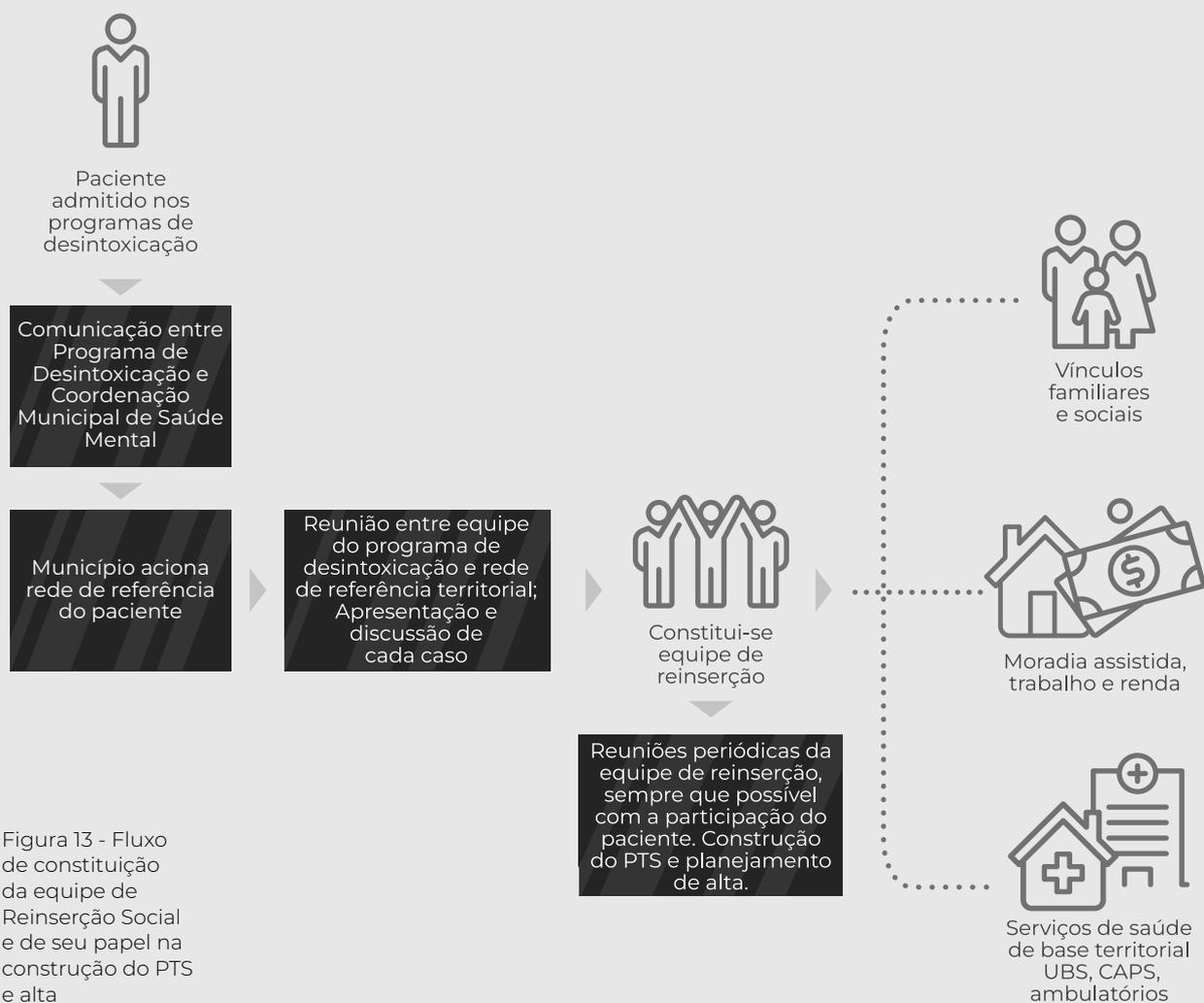


Figura 13 - Fluxo de constituição da equipe de Reinsertão Social e de seu papel na construção do PTS e alta

A seguir o fluxo adotado no processo de alta das pessoas recebidas nos programas de desintoxicação do município de São Paulo, DRS I.

1. Admissão e Planejamento Inicial

O paciente é admitido no programa de desintoxicação hospitalar via vaga disponibilizada pelo SIRESP.

2. Contato com o CAPS de Origem

Em até 36 horas após a internação, nos casos em que o paciente esteja vinculado a um CAPS a equipe do programa de desintoxicação contata o mesmo, para compartilhamento de informações e início da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O principal objetivo nesse momento é buscar promover a interdisciplinaridade e a articulação com a rede de apoio existente.

Em até cinco dias da admissão todos os programas de desintoxicação encaminham a relação de pacientes admitidos à gestão municipal de saúde via DRS ou coordenação de saúde mental da região/município, viabilizando articulação prévia e organização das ações no território de origem, incluindo a designação de um CAPS de referência para os casos em que a pessoa não possua vínculo prévio com nenhum CAPS de seu território.

3. Articulação programa de desintoxicação e dispositivos municipais

De posse da lista de admissão, a coordenação de saúde mental municipal/regional aciona a rede de atenção do território do munícipe, garantindo a vinculação e continuidade do cuidado. O objetivo é assegurar que cada paciente tenha um Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado de maneira personalizada, considerando suas necessidades e o contexto local. Essa estratégia promove a articulação entre os programas de desintoxicação, assistência social e outros dispositivos, fortalecendo a rede de atenção psicossocial e ampliando a eficácia do tratamento e reinserção social.

4. Acompanhamento durante a internação e construção do PTS

O CAPS de referência do munícipe e as equipes dos programas de desintoxicação realizam discussões bidirecionais, semanalmente considerando o perfil do paciente, e a evolução clínica e social, para ajustes contínuos no PTS. Além do engajamento da Rede de Apoio, os pontos da rede municipal (atenção primária, assistência social, trabalho e moradia) organizam recursos necessários para a continuidade do cuidado no território de origem. O Projeto Terapêutico Singular é revisado conforme os resultados do tratamento e a evolução das condições sociais do paciente.

5. Gestão de casos prolongados

Pacientes com internação superior a seis semanas e sem rede de apoio têm seus casos discutidos entre a equipe do programa de desintoxicação, a referência municipal e a Coordenadoria Estadual de Políticas sobre Drogas (SEDS/COED). Essa equipe realiza o planejamento conjunto com a participação do paciente para encaminhamento a moradia assistida, trabalho, renda ou programas sociais, conforme perfil e vulnerabilidade.

6. Comunicação Antecipada da Alta

Com no mínimo uma semana de antecedência, a equipe do programa de desintoxicação comunica a alta ao CAPS de referência, à coordenação de saúde mental do município e à Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social (SMADS), enviando relatórios e demais informações que contribuam para o PTS, solicitando agendamento de retorno ao município.

7. Encaminhamentos Pós Alta

O paciente, preferencialmente, retorna ao CAPS do território de origem para continuidade do tratamento; Pacientes que atendem aos critérios (vulnerabilidade social, ausência de vínculos familiares e incapacidade de auto sustento) podem ser encaminhados à Casa de Passagem e posteriormente à Casa Terapêutica, mediante voluntariedade e estabilidade clínica e psíquica. Alternativamente, são referenciados aos Centros de Acolhimento, em articulação com a SMADS. Caso o paciente enfrente barreiras ou necessite de suporte adicional, a rede de atenção organiza novos encaminhamentos para ampliar o suporte.

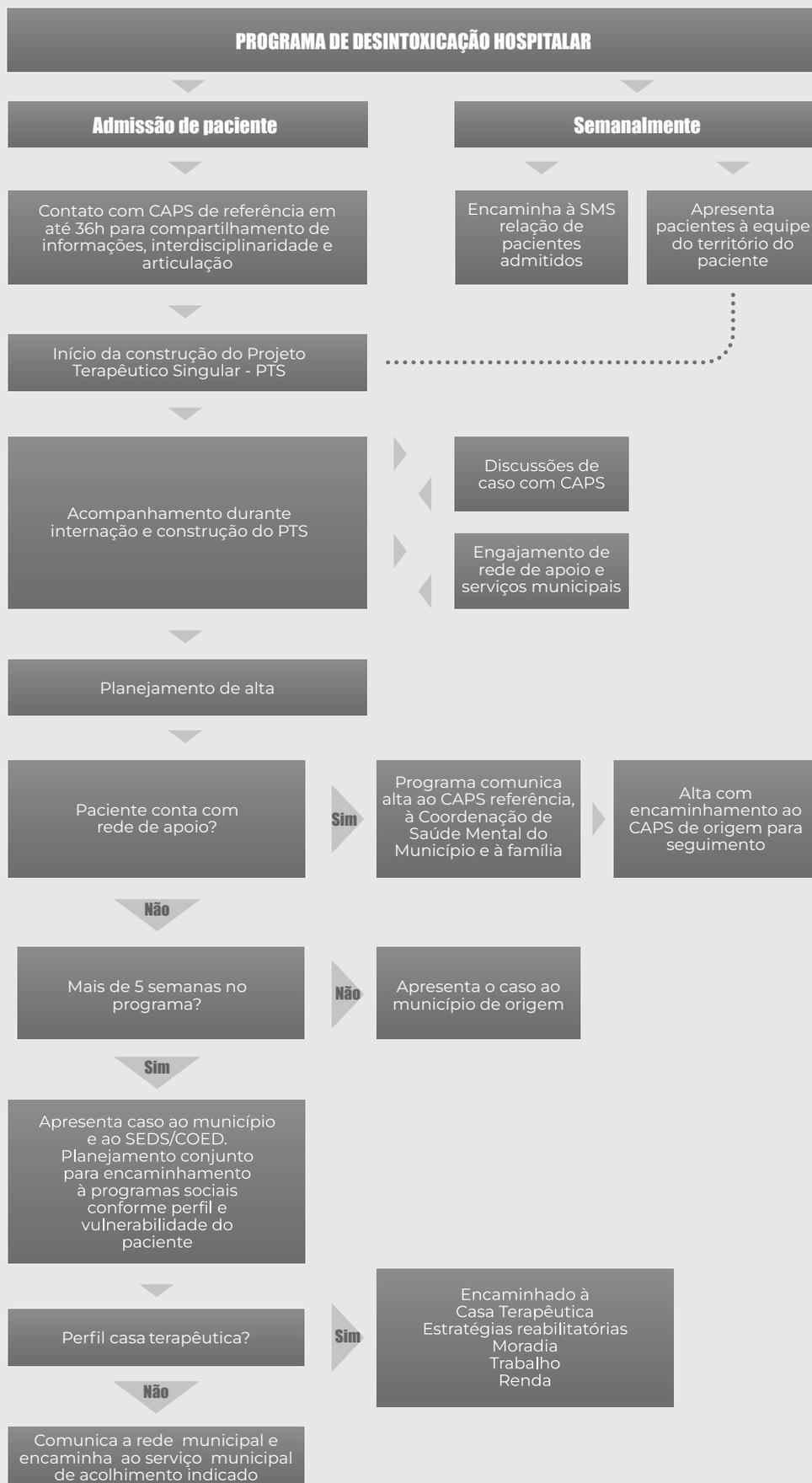
8. Articulação com Redução de Danos

De acordo com o perfil do paciente em casos de altas precoces pode também ser incluído em parceria com a localidade do paciente em programas de redução de danos, disponíveis no território assegurando atenção integral e reintegração social.

Essa estrutura organiza o fluxograma de maneira clara e destaca as etapas essenciais para a alta planejada e o cuidado integral do paciente na rede.

Nota: Consistente com a organização da Linha de Cuidado Integral, distinguimos plano de cuidado hospitalar, Projeto Terapêutico Individual e Projeto Terapêutico Singular; entretanto, é preciso considerar que tanto o plano de cuidado hospitalar quanto o Projeto Terapêutico Individual, ainda que estejam relacionados e focados no plano específico para cada paciente durante sua permanência nos respectivos programas, compõem a fase inicial do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**.

Figura 14 - Fluxo do processo de alta e construção do PTS das pessoas recebidas nos programas de desintoxicação da SES-SP



Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS tem como objetivo atender às necessidades individuais do paciente de forma personalizada, abrangendo aspectos clínicos, terapêuticos e além, incluindo questões culturais, sociais e econômicas. Não se limita a tratar apenas os problemas de saúde, mas considera as vulnerabilidades do sujeito, propondo ações e programas que visam o cuidado de suas necessidades específicas. O PTS é uma ferramenta essencial para planejar intervenções que enfrentem as situações de vulnerabilidade, ajustando as ações conforme a realidade do paciente. Ele facilita o cuidado, promove a autonomia e fortalece a responsabilidade, por meio de um diálogo entre a equipe multiprofissional e o usuário, respeitando as particularidades de cada caso. Dessa forma, o PTS se configura como um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico, especialmente em contextos de vulnerabilidade no qual o período de desintoxicação constitui igualmente parte importante (BRASIL, 2013b; AYRES et al. 2003; BAPTISTA et al. 2020).

ANEXO

Critérios ASAM Determinando Classificações de Gravidade

Dimensão 1: Avaliação do Potencial de Desintoxicação/Abstinência

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE / INTENSIDADE

(0 = sem problema ou estável / 1 = leve / 2 = moderado / 3 = substancial / 4 = grave)

0. Indivíduo em pleno funcionamento com boa capacidade de tolerar, lidar com o desconforto da abstinência

- ▶ Nenhum sinal ou sintoma de abstinência presente ou está se resolvendo e, se abstinência de álcool, uma pontuação CIWA Ar inferior a 3
- ▶ Sem sinais ou sintomas de intoxicação

1. Capacidade adequada de tolerar ou lidar com o desconforto de abstinência.

- ▶ Intoxicação leve a moderada, ou sinais, sintomas interferem no funcionamento diário, mas não são um perigo para si ou para os outros
- ▶ Risco mínimo de resolução de abstinência grave e, se abstinência de álcool, uma pontuação CIWA Ar de 3 – 7
- ▶ Nível de subintoxicação

2. Alguma dificuldade em tolerar e lidar com o desconforto da abstinência

- ▶ A intoxicação pode ser grave, mas responde ao tratamento para que o indivíduo não represente perigo iminente para si ou para os outros
- ▶ Sinais e sintomas moderados com risco moderado de abstinência grave
- ▶ Um pouco embriagado
- ▶ Se álcool, uma pontuação CIWA Ar se 8-11

3. Demonstra baixa capacidade de tolerar e lidar com o desconforto da abstinência.

- ▶ Sinais e sintomas graves de intoxicação indicando possível perigo iminente para si e para os outros
- ▶ Sinais e sintomas graves ou risco de abstinência grave, mas controlável; ou a abstinência está piorando apesar da desintoxicação em um nível de cuidados menos intensivo
- ▶ Muito embriagado
- ▶ Se abstinência de álcool, uma pontuação CIWA Ar se 12-15

4. Incapacitado, com sinais e sintomas graves de abstinência

- ▶ A abstinência grave apresenta perigo (por exemplo, convulsões)
- ▶ O uso continuado representa uma ameaça iminente à vida
- ▶ Estupor
- ▶ Se abstinência de álcool, uma pontuação CIWA Ar acima de 15

Dimensão 2: Condições e complicações clínicas

0. Totalmente funcional com boa capacidade de tolerar ou lidar com desconforto físico

- ▶ Nenhum sinal ou sintoma clínico está presente, ou problemas biomédicos estáveis
- ▶ Sem condições clínicas que interfiram no tratamento ou criem riscos

1. Demonstra capacidade adequada de tolerar e lidar com o desconforto físico

- ▶ Sinais ou sintomas leves a moderados interferem no funcionamento diário, mas provavelmente não interferem no tratamento de recuperação nem oferecem risco

2. Alguma dificuldade em tolerar e lidar com problemas físicos e/ou tem outros problemas clínicos

- ▶ Tem um problema clínico, que pode interferir no tratamento de recuperação
- ▶ Precisa de serviços clínicos que possam interferir no tratamento de recuperação (por exemplo, diálise renal)
- ▶ Negligencia o cuidado de problemas clínicos graves
- ▶ Sinais e sintomas clínicos agudos e sem risco de vida estão presentes

3. Demonstra baixa capacidade de tolerar e lidar com problemas físicos e/ou a saúde geral é ruim

- ▶ Tem sérios problemas clínicos que negligencia durante o tratamento ambulatorial que requerem atenção médica frequente
- ▶ Problemas clínicos graves estão presentes, mas estáveis.
- ▶ Problema(s) clínico(s) presente(s) que seria(m) severamente exacerbado(s) por uma recaída
- ▶ Problema(s) clínico(s) presente(s) que seria(m) severamente exacerbado(s) pela abstinência (por exemplo, diabetes, hipertensão)
- ▶ Problemas clínicos que requerem serviços médicos ou de enfermagem

4. Incapacitado, com graves problemas clínicos

- ▶ Problemas clínicos graves que são risco de vida

Dimensão 3: Condições e complicações emocionais / comportamentais / cognitivas

0. Nenhum ou problema de saúde mental estabilizado

1. Transtorno mental subclínico

- ▶ As preocupações emocionais estão relacionadas às consequências e efeitos negativos da dependência
- ▶ Ideação suicida sem plano
- ▶ Função social prejudicada, mas não ameaçada pelo uso de substâncias; sintomas leves que não prejudicam o funcionamento do papel (por exemplo, social, escolar ou de trabalho)
- ▶ Sinais e sintomas leves a moderados com boa resposta ao tratamento no passado.
- ▶ Os problemas sérios passados têm longo período de estabilidade ou são crônicos, mas não representam alto risco de danos

2. Ideação suicida ou impulsos violentos requerem mais do que monitoramento de rotina

- ▶ Problemas emocionais, comportamentais ou cognitivos interferem nos esforços de recuperação.
- ▶ Os sintomas estão causando dificuldade moderada no funcionamento do papel (por exemplo, escola, trabalho)
- ▶ Sintomas frequentes e/ou intensos com histórico de problemas significativos que não estão bem estabilizados, mas não são iminentemente perigosos
- ▶ Problemas/sintomas emocionais/comportamentais/cognitivos interferem nos esforços de recuperação
- ▶ Problemas de atenção ou distração interferem nos esforços de recuperação
- ▶ História de não adesão aos medicamentos psiquiátricos necessários

3. Impulsos frequentes para prejudicar a si mesmo ou aos outros que são potencialmente desestabilizadores, mas não iminentemente perigosos

- ▶ Controle de impulso adequado para lidar com pensamentos de dano a si mesmo ou aos outros
- ▶ O comportamento descontrolado e os déficits cognitivos limitam a capacidade de autocuidado, as AVDs
- ▶ Os sintomas agudos dominam a apresentação clínica (por exemplo, testes de realidade prejudicados, comunicação, processos de pensamento, julgamento, higiene pessoal, etc.) e comprometem significativamente o ajuste à comunidade e o cumprimento das recomendações de tratamento

4. Indivíduo apresenta sintomas psiquiátricos graves e instáveis e requer atendimento em ambiente seguro

- ▶ Sintomas psicóticos graves e agudos que representam perigo imediato para si ou para os outros (por exemplo, risco iminente de suicídio; negligência grosseira do autocuidado; psicose com comportamento imprevisível, desorganizado ou violento)
- ▶ História recente de instabilidade psiquiátrica e/ou sintomas crescentes que requerem serviços de alta intensidade para prevenir consequências perigosas

Dimensão 4: Prontidão para Mudar

0. Voluntariamente engajado no tratamento como um participante proativo, está ciente / admite ter um problema de dependência e está comprometido com o tratamento da dependência e com a mudança do uso de substâncias e adesão a medicamentos psiquiátricos

- ▶ Pode articular metas de recuperação pessoal
- ▶ Disposto a cortar influências negativas
- ▶ Está em *Preparação* ou *Ação* Estágio Transteórico de Mudança

1. Disposto a entrar em tratamento e explorar estratégias para mudar o uso de CAOD – crack, álcool e outras drogas, ou lidar com transtorno de saúde mental, mas é ambivalente sobre a necessidade de mudança (está em *Contemplação* Estágio de Mudança)

- ▶ Disposto a explorar a necessidade de tratamento e estratégias para reduzir ou interromper o uso de substâncias
- ▶ Disposto a mudar o uso de CAOD, mas acredita que não será difícil ou não aceitará um plano de tratamento de recuperação total ou não reconhece que tem um problema de uso de substâncias

2. Relutante em concordar com o tratamento para uso de substâncias ou problemas de saúde mental, mas disposto a cumprir para evitar consequências negativas ou pode ser legalmente obrigado a realizar o tratamento

- ▶ Capaz de articular as consequências negativas do uso de CAOD, mas tem baixo compromisso com a mudança do uso de substâncias
- ▶ Baixa prontidão para mudar e está apenas passivamente envolvido no tratamento
- ▶ Variavelmente compatível com tratamento ambulatorial, autoajuda ou outros grupos de apoio

3. Exibe acompanhamento inconsistente e mostra conhecimento mínimo de CAOD ou Transtorno de saúde mental e necessidade de tratamento

- ▶ Parece não ter consciência da necessidade de mudar e não quer ou apenas parcialmente capaz de seguir as recomendações de tratamento

4. Incapaz de seguir adiante, tem pouca ou nenhuma consciência sobre o uso de substâncias ou saúde mental. Problemas e consequências negativas associadas

- ▶ Não está disposto a explorar a mudança e nega a doença e suas implicações
- ▶ Não está em perigo iminente ou incapaz de cuidar de si mesmo nenhuma ação imediata é necessária
- ▶ Incapaz de seguir as recomendações de tratamento, resultando em perigo iminente de danos a si mesmo / aos outros ou incapacidade de cuidar de si mesmo

Dimensão 5: Recaída/Usos Contínuos/Potencial de Problema Contínuo

0. Sem potencial para mais problemas de CAOD ou de saúde mental

- ▶ Baixa recaída ou potencial de uso contínuo e boas habilidades de enfrentamento
- ▶ Está envolvido com grupos contínuos de recuperação/apoio
- ▶ Tem expectativas positivas sobre o tratamento
- ▶ Sem uso de drogas ilícitas
- ▶ Não tem fator de risco demográfico (menos de 25 anos de idade, nunca casado ou tendo vivido como casado, desempregado, sem diploma do ensino médio)
- ▶ Sem desejo atual
- ▶ Nenhuma impulsividade observada
- ▶ Apropriadamente autoconfiante
- ▶ Não correr riscos ou buscar emoções
- ▶ Não é necessária medicação psiquiátrica ou aderente a medicamentos psiquiátricos

1. Potencial mínimo de recaída com alguma vulnerabilidade

- ▶ Algum desejo com capacidade de resistir
- ▶ Um ou dois fatores de risco demográficos mutáveis
- ▶ Marginalmente afetado por influências externas
- ▶ Principalmente não impulsivo
- ▶ Mais confiante
- ▶ Baixo nível de assunção de riscos ou busca de emoção
- ▶ Habilidades justas de autogestão e prevenção de recaídas
- ▶ Precisa de apoio e aconselhamento para manter a abstinência, lidar com o desejo, a pressão dos colegas e mudanças de estilo de vida e atitude

- ▶ Na maioria das vezes aderente com medicamentos psiquiátricos prescritos
- ▶ Uso episódico de álcool (menos de uma vez por semana)
- ▶ Uso esporádico de drogas (<1/semana), não injetáveis

2. Reconhecimento e compreensão prejudicados dos problemas de recaída do uso de substâncias

- ▶ Dificuldade em manter a abstinência apesar do envolvimento no tratamento
- ▶ Capaz de se autogerenciar com solicitação
- ▶ Algum desejo com capacidade mínima / esporádica de resistir
- ▶ Um ou dois fatores de risco demográficos duráveis
- ▶ Moderadamente afetado por influências externas
- ▶ Nem impulsivo nem deliberado
- ▶ Incerto sobre a capacidade de recuperação ou ambivalente
- ▶ Nível moderado de assumir riscos ou buscar emoções
- ▶ Na maioria das vezes aderente com medicamentos psiquiátricos prescritos com falha que provavelmente resultará em problemas moderados a graves
- ▶ Uso regular de álcool (uma ou duas vezes por semana)
- ▶ Uso moderado de drogas (1–3X/semana), não injetadas

3. Pouco reconhecimento e compreensão da recaída do uso de substâncias

- ▶ Tem poucas habilidades para lidar e interromper problemas de dependência, ou para evitar ou limitar a recaída ou o uso contínuo
- ▶ Desejo severo com capacidade mínima/esporádica de resistir
- ▶ Três fatores de risco demográficos
- ▶ Substancialmente afetado por influências externas
- ▶ Um tanto impulsivo
- ▶ Duvidoso sobre a capacidade de recuperação
- ▶ Alto nível de risco ou busca de emoção
- ▶ Na maioria das vezes não aderentes com medicamentos psiquiátricos prescritos com falha que provavelmente resultará em problemas moderados a graves
- ▶ Uso frequente de álcool (3 ou mais vezes por semana)
- ▶ Uso frequente de drogas (mais de 3X/semana) e/ou drogas para fumar

4. Episódios repetidos de tratamento tiveram pouco efeito positivo no funcionamento

- ▶ Nenhuma habilidade para lidar e interromper problemas de dependência ou prevenir / limitar a recaída ou o uso contínuo

- ▶ Desejo severo sem capacidade de resistir
- ▶ Quatro ou mais riscos demográficos significativos
- ▶ Totalmente direcionado para fora
- ▶ Muito impulsivo
- ▶ Muito pessimista ou inadequadamente confiante sobre a capacidade de recuperação, mas não está em perigo iminente ou incapaz de cuidar de si mesmo nenhuma ação imediata necessária
- ▶ Alto potencial de assumir riscos ou buscar emoções
- ▶ Nada aderente aos medicamentos psiquiátricos prescritos, com falha que provavelmente resultará em problemas graves
- ▶ Intoxicação diária
- ▶ Uso diário de drogas ilícitas e/ou uso de drogas intravenosas
- ▶ Está em perigo iminente ou incapaz de cuidar de si mesmo

Dimensão 6: Ambiente de recuperação

0. Tem um ambiente de apoio ou é capaz de lidar com suportes deficientes

- ▶ Meio familiar ou de vínculos próximos livre de drogas
- ▶ Poucos pontos de venda de bebidas alcoólicas / nenhum tráfico de drogas aberto
- ▶ Normas subculturais desencorajam fortemente o uso abusivo
- ▶ Atividades de lazer/recreação positivas não associadas ao uso
- ▶ Sem risco de abuso emocional, físico ou sexual
- ▶ Sem barreiras logísticas para tratamento ou recuperação

1. Tem suporte passivo no ambiente; família/outro sistema de apoio significativo precisa aprender técnicas para apoiar o esforço de recuperação do indivíduo (por exemplo, estabelecimento de limites, habilidades de comunicação, etc.)

- ▶ Outras pessoas significativas não estão interessadas em apoiar a recuperação da dependência, mas o indivíduo não se distrai muito com essa situação e é capaz de lidar com o ambiente
- ▶ O indivíduo demonstra motivação e vontade de obter um sistema de apoio social positivo
- ▶ Situação de vida segura e solidária em um ambiente familiar com pessoas que consomem drogas
- ▶ Alcool e drogas facilmente disponíveis
- ▶ Normas subculturais desencorajam o uso abusivo
- ▶ Atividades de lazer/recreação propícias à recuperação disponíveis
- ▶ Algum risco de abuso emocional, físico ou sexual
- ▶ As barreiras logísticas ao tratamento ou recuperação podem ser facilmente superadas

2. O ambiente não é favorável à recuperação da dependência, mas com a estrutura clínica, o indivíduo é capaz de lidar com a mesma na maior parte do tempo

- ▶ Morando sozinho
- ▶ Acesso imediato a álcool e drogas perto de casa
- ▶ Normas subculturais inconsistentes sobre o uso abusivo
- ▶ Atividades de lazer/recreação neutras para recuperação
- ▶ Risco acima da média de abuso emocional, físico ou sexual
- ▶ Barreiras logísticas ao tratamento ou recuperação graves, mas solucionáveis

3. O ambiente não é favorável à recuperação da dependência e o enfrentamento é difícil, mesmo com estrutura clínica

- ▶ Alguém na casa atualmente dependente ou abusando
- ▶ Bares/lojas de bebidas/revendedores predominantes
- ▶ Normas subculturais incentivam o uso abusivo
- ▶ Álcool e drogas prontamente disponíveis nas atividades de lazer/recreação preferidas
- ▶ Risco substancial de abuso emocional, físico ou sexual no ambiente atual
- ▶ Impedimentos logísticos substanciais para tratamento ou recuperação

4. O ambiente não é favorável à recuperação da dependência e é hostil e tóxico para a recuperação ou progresso do tratamento

- ▶ Residência instável, morando em abrigo ou missão, sem teto
- ▶ Tráfico / solicitação extensiva de drogas
- ▶ Normas subculturais incentivam fortemente o uso abusivo
- ▶ Atividades de lazer/recreação apresentam riscos graves
- ▶ Atualmente sendo abusado emocionalmente, fisicamente ou sexualmente
- ▶ Impedimentos logísticos extremos para tratamento ou recuperação
- ▶ Incapaz de lidar com os efeitos negativos do ambiente de vida na recuperação **nenhuma ação imediata necessária**
- ▶ *O ambiente não apoia a recuperação da dependência e é ativamente hostil à recuperação, representando uma ameaça imediata à segurança e ao bem estar* **Ação imediata necessária**

REFERÊNCIAS

ALECRIM, T. F. A.; PROTTI ZANATTA, S. T.; PALHA, P. F.; BALLESTERO, J. G. A. Advisory teams on the streets: A nurse's experience report. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, e20220026, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026>. Acesso em: 19 nov. 2024.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Substance Use Disorders*. 2023. Disponível em: <https://www.apa.org>. Acesso em: 19 nov. 2024.

AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE. *The ASAM Criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions*. 2013. Disponível em: <https://www.asam.org/asam-criteria>. Acesso em: 19 nov. 2024.

AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE. *Definition of Addiction*. 2024. Disponível em: <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>. Acesso em: 19 nov. 2024.

ANDRADE, L.; SOARES, C.; MOURA, J. *Abordagem integral no tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias*. São Paulo: Editora Saúde Pública, 2019.

AYRES, J. R. C.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M., organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BAPTISTA, J. Á.; CAMATTA, M. W.; FILIPPON, P. G.; SCHNEIDER, J. F. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 73, n. 2, e20180508, 2020.

BEST, D.; NISIC, M. Individual paths to recovery from substance use disorder (SUD): What are the implications of the emerging recovery evidence base for addiction psychiatry and practice? *Psychiatric Clinics of North America*, v. 45, n. 3, p. 547-556, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL . Ministério da Saúde . Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013B. (Caderno de Atenção Básica, nº 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. 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* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. : il.

CAMPOS, A. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 4, p. 997-1003, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180908>. Acesso em: 19 nov. 2024. CARDOSO, S. Políticas públicas e a crackolândia: avanços e retrocessos. São Paulo: Editora Brasil, 2018.

CHAGAS, C.; PAULA, T. C. S. D.; GALDURÓZ, J. C. F. (Eds.). A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 1, e2020921, 2021. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Manual de ética em ginecologia e obstetrícia: internação, alta médica e remoção de pacientes – alta médica*. São Paulo: Cremesp. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=60. Acesso em: 15 out. 2024.

DIEHL, A.; CORDEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde*. 2012.

Englander H. et al., "Planning and designing the improving addiction care team (IMPACT) for hospitalized adults with substance use disorder," *J. Hosp. Med.*, vol. 12, no. 5, pp. 339–342, May 2017

GIBBONS, R. D. et al. Social vulnerability and prevalence and treatment for mental health and substance use disorders. *JAMA Psychiatry*, 2024.

GUEDES, A. C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, p. a42-a42, 2017.

HERRERO, M.; BERMUDEZ, A.; FERNANDEZ, J. *Modelos internacionais de cuidado para usuários de drogas: lições e melhores práticas*. Londres: Editora Internacional de Saúde, 2022.

INTERNATIONAL NETWORK OF PEOPLE WHO USE DRUGS. *Drug User Peace Initiative: Stigmatising People Who Use Drugs*. 2015.

Johannessen DA, Nordfjærn T, Geirdal AØ. Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordisk Alkohol Nark*. 2020 Jun;37(3):208-226.

KESSLER, R. C. et al. Cognitive function and treatment outcomes in substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 135, 103542, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2023.103542>. Acesso em: 19 nov. 2024.

LECUCA. *Levantamento das Cenas de Uso de Capitais: São Paulo. Perfil dos frequentadores da Cena de Uso (São Paulo) – Cracolândia*. São Paulo: UNIAD, v. 8, 2022. Disponível em: https://lecuca.uniad.org.br/Relatorio-ECUCA22_Final.pdf. Acesso em: 19 nov. 2024.

LIEBSCHUTZ J. M. et al., "Buprenorphine Treatment for Hospitalized, Opioid-Dependent Patients," *JAMA Intern. Med.*, vol. 174, no. 8, p. 1369, Aug. 2014.

MATUA RAKI. *Language Matters*. New Zeland 2016.

MONTEIRO, R.; PIMENTEL, A.; COSTA, M. *Comorbidades e cuidados em cenas abertas de uso de drogas*. Rio de Janeiro: Editora de Pesquisa em Saúde, 2020.

NEALE, J.; PARKIN, S.; HERMANN, L.; METREBIAN, N.; ROBERTS, E.; ROBSON, D.; STRANG, J. Substance use and homelessness: A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, v.108, p.103818, 2022.

NIDA. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. 2024. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov>. Acesso em: 19 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *International classification of diseases (ICD-11)*. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

PATRÍCIO, A. C. F. A.; FIGUEIREDO, M. S. B. R.; SILVA, D. F.; RODRIGUES, B. F. L.; SILVA, R. F.; SILVA, R. A. R. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua [Health risk conditions: people on the streets] [Condiciones de riesgo de salud: personas en la situación de la calle]. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 28, e44520, 2020.

Ronan M. and Herzig S. J., "Hospitalizations related to opioid abuse/dependence and associated serious infections from 2002 to 2012," vol. 35, no. 5, pp. 832–837, 2017.

PEREIRA, L.; SANTOS, R. O Impacto da Desindustrialização em São Paulo. São Paulo: Editora Universitária, 2007.

SANTOS, J.; RIBEIRO, V. *Prevenção e Intervenção Precoce no Uso Problemático de Drogas*. Porto Alegre: Editora Social, 2018.

SÃO PAULO. Decreto nº 67.642, de 10 de abril de 2023. Regulamenta a Lei nº 17.183, de 18 de outubro de 2019, que institui a Política Estadual sobre Drogas, e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 10 abr. 2023. Seção 1, p. 15.

SÃO PAULO. Decreto nº 68.287, de 28 de dezembro de 2023. Altera a denominação da Unidade Recomeço Helvétia que passa a denominar-se Complexo de Cuidados às Pessoas com Necessidades Relacionadas à Dependência

Química em Cenas Abertas de Uso e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 28 dez. 2023. Seção 1, p. 20.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS nº 15, de 24 de janeiro de 2025. Institui a Linha de Cuidado Integral a Adultos com Necessidades Relacionadas ao Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas em Cenas Abertas no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo: Poder Executivo, Seção Atos Normativos, São Paulo, 24 jan. 2025.

SILVA, A. Operações e Repressão: O Caso da Cracolândia. São Paulo: Editora Crítica, 2010.

SILVA, F.; ARAÚJO, C.; OLIVEIRA, A. *Estratégias de Redução de Danos e Acesso a Cuidados em Contextos de Uso de Drogas*. São Paulo: Editora Crítica, 2017.

SMITH-BERNARDIN, S. M.; SUEN, L. W.; BARR-WALKER, J. et al. Scoping review of managed alcohol programs. *Harm Reduction Journal*, v. 19, p. 82, 2022.

THOMPSON, H. M.; FAIG, W.; VANKIM, N. A.; SHARMA, B.; AFSHAR, M.; KARNIK, N. S. Differences in length of stay and discharge destination among patients with substance use disorders: The effect of Substance Use Intervention Team (SUIT) consultation service. *PLOS ONE*, v. 15, n. 10, e0239761, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0239761.

VASCONCELOS, M. *Estratégias Urbanas e Políticas de Drogas: O Caso de São Paulo*. Belo Horizonte: Editora Acadêmica, 2015.

WAAL, H.; CLAUSEN, T.; GJERSING, L.; GOSSOP, M. Open drug scenes: responses of five European cities. *BMC Public Health*, v. 14, p. 853, 2014. DOI: 10.1186/1471-2458-14-853.

