

EQUIPE PSICOSSOCIAL VOLANTE

Projeto Básico

VITÓRIA

2021

“Tanto nos textos mais antigos, nas narrativas que foram registradas, como na fala de hoje dos nossos parentes na aldeia, sempre quando os velhos vão falar eles começam as narrativas deles nos lembrando, seja na língua do meu povo, onde nós vamos chamar o branco de Kraí, ou na língua dos nossos outros parentes, como os Yanomami, que chamam os brancos de Nape. E tanto os Kraí como os Nape sempre aparecem nas nossas narrativas marcando um lugar de oposição constante no mundo inteiro, não só aqui neste lugar da América, mas no mundo inteiro, mostrando a diferença e apontando aspectos fundadores da identidade própria de cada uma das nossas tradições, das nossas culturas, nos mostrando a necessidade de cada um de nós reconhecer a diferença que existe, diferença original, de que cada povo, cada tradição e cada cultura é portadora, é herdeira. Só quando conseguirmos reconhecer essa diferença não como defeito, nem como oposição, mas como diferença da natureza própria de cada cultura e de cada povo, só assim poderemos avançar um pouco o nosso reconhecimento do outro e estabelecer uma convivência mais verdadeira entre nós!”

Ailton Krenak, em *O Eterno Retorno do Encontro*

Sumário

Apresentação	4
Justificativa.....	6
Público alvo	9
Objetivos	10
Objetivo geral	10
Objetivos específicos.....	10
Princípios e diretrizes	6
Composição e atribuições da equipe	11
Referências.....	14

Apresentação

A palavra volante pode assumir diferentes significados na língua portuguesa. Um deles diz respeito à capacidade de se deslocar com facilidade. Ao implantar a Equipe Psicossocial Volante, o **Programa de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço** pretende ampliar a possibilidade de que a lógica da atenção e cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas se desloque para além dos muros e paredes dos serviços instituídos e possa chegar àqueles que, por algum motivo, se vejam impossibilitados de acessar esses serviços, com atenção especial aos povos e às comunidades tradicionais do Espírito Santo.

Quilombolas, ciganos, populações de matrizes africanas, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco-de-babaçu, comunidades de fundo de pasto, faxinalenses, pescadores artesanais, marisqueiras, ribeirinhos, varzeiros, caiçaras, praieiros, sertanejos, jangadeiros, açorianos, campeiros, varzanteiros, pantaneiros, catingueiros – são alguns dos povos e comunidades tradicionais que habitam o Brasil. No Espírito Santo, quilombolas, indígenas, pescadores/comunidades ribeirinhas, trabalhadores do campo e pomeranos estão entre as comunidades tradicionais mais comuns.

Esse público passou a integrar a agenda do governo federal em 2007, por meio do Decreto nº 6.040 que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Tal política define como povos e comunidades tradicionais

“grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição”.

A publicação “Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana” (BRASIL, 2016a) defende que o significado de povo “trata-se de uma concepção histórica e cultural, portanto, carregada dos sentidos étnicos e geográficos, mas que transcendem esses pela sua característica eminentemente política, aberta, ativa, enfim dinâmica” (p.10).

O verbete “tradicionais” pode trazer a falsa impressão de que esses povos e comunidades são estanques, que suas vidas não se alteram com a dinâmica e o passar dos tempos. Mas a palavra em latim que dá origem à palavra “tradição”, é a palavra *traditio*, que significa “passar adiante”, trazendo em si justamente a ideia de transmissão e movimento. Consoante com essa acepção, Eduard Shils diz que “tradição funciona como um padrão orientador, uma forma de

conhecimento transmitida entre gerações, passível de algumas mutações” (SHILS, 1981, p. 12 apud BRASIL, 2016a), tradição é o “lugar que se ritualiza a origem e o destino”.

Assim, engana-se quem acredita que os diferentes povos e comunidades tradicionais estão parados no tempo e no espaço, como que alheios ao que lhes rodeia. Algo que lhes caracteriza e que faz com que diferentes grupos guardem semelhanças e se aproximem não é a inércia, mas o apego à tradição como algo que conecta os tempos – passado, presente e futuro – e que se reafirma na cultura que é transmitida entre as gerações.

Esses povos e comunidades habitam os territórios tradicionais – “espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária” (BRASIL, 2007).

A noção de território ultrapassa a localização geográfica e corresponde ao espaço humano onde a vida se organiza: suas relações sociais, afetivas, econômicas e ambientais.

A atuação da Equipe Psicossocial Volante deverá se desenvolver nos territórios em que habitam os povos e comunidades tradicionais, mas não apenas no sentido de espaço geográfico, *in loco*, mas também no que abrange acionar e articular recursos e equipamentos existentes nos territórios que compõem a rede de cuidados a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A implantação dessa Equipe representa um importante passo no sentido da ampliação do acesso do Programa de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço.

Princípios e diretrizes

- I. A questão do uso de drogas tem causalidade multifatorial e as intervenções devem considerar a multiplicidade de fatores relacionados;
- II. As ações de prevenção ao uso de drogas visam o fortalecimento dos fatores de proteção e enfrentamento aos fatores de risco existentes nos indivíduos, nas famílias, nas comunidades, nos territórios e na sociedade;
- III. A política de atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas é intersetorial, ou seja, desenvolve-se de maneira articulada com outras políticas públicas setoriais e com recursos das comunidades e dos territórios;
- IV. As estratégias de cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas são singulares e devem considerar os conhecimentos produzidos nos/pelos territórios em que as pessoas habitam;
- V. O reconhecimento e a consolidação dos direitos dos povos e comunidades tradicionais;
- VI. O reconhecimento, a valorização e o respeito à diversidade socioambiental e cultural dos povos e comunidades tradicionais, levando-se em conta, dentre outros aspectos, os recortes etnia, raça, gênero, idade, religiosidade, ancestralidade, orientação sexual e atividades laborais, entre outros, bem como a relação desses em cada comunidade ou povo, de modo a não desprezar, subsumir ou negligenciar as diferenças dos mesmos grupos, comunidades ou povos ou, ainda, instaurar ou reforçar qualquer relação de desigualdade;
- VII. Consideração e respeito dos sistemas tradicionais de saúde e às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença dos povos e comunidades atendidos.

Justificativa

O consumo abusivo de álcool e demais substâncias psicoativas (SPA) é considerado grave problema social e de saúde pública no Brasil devido, inclusive, aos problemas sociais associados a esse consumo, como aumentos dos índices de violência interpessoal, acidentes de trânsito e piora de outros agravos de saúde, entre outros. O Programa Estadual de Ações

Integradas sobre Drogas – Rede Abraço consiste numa estratégia de cuidado e de integração de ações e iniciativas de diferentes setores da sociedade. O Programa se organiza em quatro eixos: prevenção, cuidado e tratamento, reinserção social e estudos, pesquisas e avaliações. Um de seus objetivos é capilarizar e aumentar o alcance das ações desenvolvidas, facilitando o acesso da população a essas ações.

Um dos principais serviços ofertados pelo Programa Rede Abraço é o Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD), equipamento público de abrangência estadual destinado a acolher pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou drogas. Ao chegar ao CAAD, os indivíduos são acolhidos e avaliados por equipe multiprofissional composta por profissionais de enfermagem, psicologia, serviço social, medicina clínica e psiquiátrica. Após a avaliação e, tendo como norte as necessidades apresentadas, a autonomia e o desejo manifesto pelo usuário, este é inserido e/ou encaminhado para alguma modalidade de acompanhamento: internação hospitalar para desintoxicação, acompanhamento ambulatorial no CAAD (individual, familiar e/ou em grupo), acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seu território de origem, grupos de ajuda mútua existentes em seu território ou acolhimento em Comunidade Terapêutica credenciada junto ao programa Rede Abraço.

Não obstante o significativo número de pessoas acolhidas no CAAD, o Programa Rede Abraço observa e volta a sua atenção a grupos populacionais que encontram maior dificuldade de acesso ao serviço, como aqueles que compõem os povos e comunidades tradicionais do Espírito Santo. A Equipe Psicossocial Volante consiste, primordialmente, numa estratégia de aproximação desse público, buscando efetivar a lógica da atenção psicossocial, respeitando e acolhendo as singularidades de cada comunidade e território. A ação da equipe no território não deve se restringir ao acolhimento e avaliação de casos individuais, semelhante aos procedimentos adotados no CAAD, mas deve ir além, e buscar reconhecer e acionar diferentes recursos do território que possam contribuir no cuidado compartilhado.

Os dados epidemiológicos sobre uso de álcool e drogas entre os povos e comunidades tradicionais no Brasil são escassos, mas alguns estudos nos permitem traçar um panorama inicial.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) considera o alcoolismo como um dos problemas de saúde que causam preocupação nos grupos indígenas, sendo mais comum em regiões onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, devido a mudanças introduzidas no seu modo de vida. Por esse motivo, postula que a efetiva

implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve priorizar ações para situações especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as infecções sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros. Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar, entre outros, o acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas (BRASIL, 2000).

Ainda entre comunidades indígenas, Coloma (2001 apud GUIMARÃES; GRUBITS, 2007) aponta que as mudanças socioculturais ocorridas no processo de colonização foram causadoras de sofrimento individual e coletivo e determinantes para a quebra do equilíbrio individual e/ou social nas comunidades, tendo o alcoolismo como uma das manifestações desse desequilíbrio, juntamente com outras, citando a violência auto e/ou hetero dirigida.

A publicação “Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano” (BRASIL, 2016b) relata que entre os povos de etnia cigana, as mulheres são responsáveis pela educação e pela manutenção de parte da cultura, da saúde e do bem-estar das famílias, podendo atuar como importantes multiplicadoras de conhecimento e educadoras populares em relação ao cuidado com a saúde em suas comunidades. Entre algumas comunidades ciganas, é comum a abordagem imediatista dos problemas que cercam o cotidiano, incluindo a forma como se lida com as questões de saúde. Entretanto, existe a vergonha de procurar serviços de saúde, principalmente entre as mulheres ciganas mais novas e entre os homens. Em algumas comunidades, é proibido às mulheres irem ao hospital sozinhas e/ou serem atendidas por profissional médico do sexo masculino e entre os homens, considera-se que assuntos relacionados à saúde íntima devem ser tratados por eles e com um profissional também do sexo masculino.

Pesquisa realizada junto a comunidades quilombolas de Pernambuco (SILVA; MENEZES, 2016) observou que as desvantagens socioeconômicas, as relações de gênero, o preconceito e as questões raciais associadas a fatores individuais aumentam a probabilidade de início precoce do consumo de bebidas alcoólicas e de mudanças do padrão de consumo do álcool, bem como de iniciação ao consumo de outras substâncias psicoativas entre os jovens estudados. Entre os fatores elencados pelas autoras que podem precipitar e favorecer o consumo de álcool em algumas comunidades encontra-se:

- Desvantagens socioeconômicas;
- Ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica;
- Ausência de serviços de saúde que possam realizar intervenções em relação às práticas de consumo abusivas, e que proporcionem a qualidade de vida da população (CARDOSO, MELO E CESAR, 2015 apud SILVA; MENEZES, 2016);
- Maiores restrições no acesso aos serviços de saúde e educação e/ou oferta em menor qualidade e pouca resolutividade;
- Restrição de opções de lazer e sociabilidade, de modo que o bar se torna uma das poucas opções de local de descontração e socialização (MONTEIRO, DOURADO, GRAÇA JUNIOR E FREIRE, 2011 apud SILVA; MENEZES, 2016);
- Invisibilidade social da comunidade;
- Associação entre o uso de álcool e masculinidade (ALVES; CANTARELLI, 2010 apud SILVA; MENEZES, 2016);
- Condições precárias de trabalho (MONTEIRO et al., 2011 apud SILVA; MENEZES, 2016);
- Contexto social favorável ao uso;
- Discriminações e opressões sofridas devido a questões etnicorraciais.

Um fator protetivo observado nas comunidades estudadas e que chamou a atenção das autoras foi a capacidade de agenciamento para a superação de barreiras que algumas mulheres negras têm se engajado na luta pela transformação social.

A partir das questões levantadas, considera-se que qualquer intervenção realizada pela Equipe Psicossocial Volante deverá ser precedida pelo reconhecimento do território, do contexto e das especificidades de cada comunidade. As intervenções devem ser realizadas de forma compartilhada com recursos existentes no território e pactuadas com representações das comunidades, respeitando-se sempre as singularidades e os costumes do público-alvo.

Público alvo

Povos e comunidades tradicionais do Espírito Santo que, em virtude de suas singularidades, encontrem barreiras de acesso ao Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD) e os territórios em que habitam essas comunidades.

Objetivos

Objetivo geral

Ofertar apoio a territórios tradicionais do Espírito Santo, no âmbito do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço.

Objetivos específicos

- I. Apoiar técnica e assistencialmente as equipes de saúde dos territórios tradicionais;
- II. Apoiar e incentivar o mapeamento da rede socioassistencial dos territórios tradicionais;
- III. Contribuir com a formação de trabalhadores de saúde dos territórios tradicionais sobre a temática de álcool e outras drogas;
- IV. Acolher pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas provenientes de povos e comunidades tradicionais do Espírito Santo;
- V. Realizar avaliação multiprofissional de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas provenientes de povos e comunidades tradicionais do Espírito Santo e, inserir no fluxo de cuidados do CAAD, conforme indicação terapêutica;
- VI. Fortalecer os equipamentos já existentes que possam contribuir com ações no cuidado de povos e comunidades tradicionais decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Composição e atribuições da equipe

A Equipe Psicossocial Volante será composta por profissional de psicologia e serviço social e, em suas atividades, poderá contar com monitor de dependência química e médico clínico geral.

A atuação da Equipe Psicossocial Volante pode ter duas dimensões: uma técnico-assistencial e outra de mobilização de rede.

A **dimensão técnico-assistencial** comporta ações e procedimentos similares aos realizados pela equipe técnica do CAAD, com a diferença de que, nesse caso, as atividades serão realizadas *in loco*, ou seja, nos territórios em que as comunidades e os povos tradicionais habitam. Entre essas atividades incluem-se:

- Acolhimento e avaliação multiprofissional de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares;
- Encaminhamentos para acompanhamento conforme indicação terapêutica e possibilidades do território, tais como: acompanhamento na rede de saúde e socioassistencial do território de origem, acompanhamento ambulatorial no CAAD, acolhimento em Comunidade Terapêutica credenciada junto ao Programa Rede Abraço, internação para desintoxicação.

As ações técnico-assistenciais devem se desenvolver sempre em parceria com recursos existentes no território, preferencialmente com a participação de profissionais de saúde do território (serviço de saúde mental e/ou Unidade de Saúde de referência). Cada ação deve ser cuidadosamente pensada de modo a considerar e respeitar as singularidades dos povos e comunidades assistidos. A indicação terapêutica citada acima contempla, portanto, as especificidades de cada contexto, os costumes e tradições dos povos e deverá ser pactuada com os sujeitos.

A **dimensão da mobilização de rede** vai além das intervenções realizadas junto a determinado sujeito e seus familiares, mas abrangem ações junto ao território e à rede. A equipe deve buscar identificar as principais necessidades de saúde existentes no território, principalmente no que concerne ao uso de álcool e drogas e identificar os equipamentos existentes no território. Sua ação se volta para a articulação dos equipamentos necessários para elaborar uma resposta conjunta para as necessidades identificadas.

A Equipe Psicossocial Volante também poderá atuar como equipe de apoio às equipes de referência no território, sempre que estas identificarem a necessidade. Nesse escopo, similar à

lógica do apoio matricial na atenção psicossocial, a Equipe Psicossocial Volante poderá realizar, junto com as equipes dos territórios, estudos de casos, atendimentos compartilhados e estudos teóricos.

A Equipe Psicossocial Volante realizará visitas técnicas aos territórios em que habitam povos e comunidades tradicionais no Estado do Espírito Santo. As visitas podem ocorrer mediante solicitação da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), de outras pastas do Estado e/ou dos municípios em que se situam os territórios. As visitas também podem ocorrer por iniciativa da própria equipe. Preferencialmente, todas as visitas contarão com o acompanhamento de profissional(is) de referência de saúde do território.

Durante a visita, a Equipe procederá ao reconhecimento do território e buscará conhecer as principais necessidades existentes, principalmente no que tange ao uso de álcool e outras drogas. A Equipe deve elaborar relatório sucinto com diagnóstico situacional (principais necessidades identificadas) e providências adotadas e/ou recomendadas. Caso sejam identificadas necessidades referentes a outras políticas setoriais (como educação, assistência social, transporte, infraestrutura, segurança, entre outros) a Equipe encaminhará o relatório às pastas responsáveis no âmbito do município de origem e/ou do Estado. O modelo do roteiro para elaboração do relatório encontra-se no Apêndice.

Em caso de necessidades de saúde, em geral, a Equipe deverá acionar a Secretaria de Saúde do município e poderá dar ciência também à Secretaria de Estado da Saúde. Para os casos de uso de álcool e drogas, uma vez realizado o diagnóstico situacional, a Equipe poderá proceder às seguintes ações:

- Conversar a respeito da questão do uso de álcool e drogas com a equipe de saúde de referência do território, fornecendo material como literatura da área, informações acerca da política sobre drogas nacional e estadual, treinamento na utilização em instrumentos de avaliação (como AUDIT e ASSIST, por exemplo), esclarecimentos sobre o Programa Rede Abraço e o serviço do CAAD;
- Apoiar a rede local na construção de um Ecomapa identificando os principais recursos existentes no território;
- Estudo de caso com a equipe de saúde de referência do território (CAPS, US e/ou equipe/serviço de saúde mental);
- Ações de psicoeducação e prevenção ao uso de drogas no território, desenvolvidas em parceria com as equipes de referência;

- Acolhimento e avaliação de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares, em parceria com a equipe de saúde de referência do território;

- Encaminhamentos devidos, conforme indicação terapêutica conjuntamente pactuada entre: sujeito, família, Equipe Psicossocial Volante e equipe de saúde de referência do território.

Ressalta-se que a atuação da Equipe Psicossocial Volante não deve substituir nem sobrepor-se a outras ações que existam nos territórios, mas deve somar-se a estas, fortalecendo as possibilidades terapêuticas existentes.

Referências

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana – caderno de debates. Brasília, DF: 2016a. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/search.html?q=comunidades+tradicionais>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Associação internacional Maylé Sara Kalí. Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano. Brasília, DF: 2016b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios_cuidado_saude_povo_cigano.pdf>.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol. Soc. Porto Alegre*, v. 19, n. 1, pp. 45-51. Abril, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100007>.

SILVA, R. A. da; MENEZES, J. de A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 493-504. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a34.pdf>>.

Apêndice

ROTEIRO DE RELATÓRIO EQUIPE PSICOSSOCIAL VOLANTE

IDENTIFICAÇÃO
Povo/Comunidade:
Município:
Endereço:
Contatos:
Visita solicitada por:
Contatos do(a) solicitante:
Data da visita:

PRESENTES NA VISITA		
NOME	SERVIÇO/ÓRGÃO	CONTATO

ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA
<i>Existem lideranças constituídas na comunidade? Movimentos sociais. Engajamento em grupos. Relação da comunidade com o entorno.</i>

PRINCIPAIS COSTUMES
<i>Observar se há festas/rituais específicos e marcadores; língua/dialeto próprio; práticas religiosas.</i>

TRANSPORTE

O território é atendido por serviço de transporte público? Como é o acesso a serviços de média e alta complexidade?

ASSISTÊNCIA SOCIAL

*Como está organizada a rede socioassistencial? Possui CRAS de referência acessível? As famílias estão cadastradas no CADÚnico?
Possui CREAS de referência? Como é o acesso a esse serviço?*

EDUCAÇÃO

A comunidade tem acesso à rede de ensino? Até que série? Tem acesso a outras localidades para complementar o ensino?

ESPORTE E LAZER

Quais as opções de esporte e lazer existentes no território?

SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

A comunidade possui acesso a Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar?

SAÚDE

Como está organizada a atenção à saúde no território? Possui Unidade de Saúde com ou sem ESF? Qual o território/população e abrangência da US? Recebe visita de ACS?

SAÚDE MENTAL

A US conhece o diagnóstico situacional de saúde mental e uso de álcool e drogas na comunidade? Possui CAPS de referência? Se SIM, como é o acesso a esse serviço? Se NÃO, o município possui equipe de referência em saúde mental? Como a saúde mental está organizada no município e como é o acesso do território?

USO DE ÁLCOOL E DROGAS

Como a comunidade compreende e lida com questões relacionadas ao uso de álcool e drogas?

Substâncias de uso mais frequente

Há especificidades no uso quanto a gênero e/ou faixa etária?

Quais recursos a comunidade possui para lidar com essas questões?

Fatores de risco – no território - para o uso de AD

<i>Fatores de proteção – no território - para o uso de AD</i>
<i>Problemas associados ao uso de AD</i>
<i>Foram identificados casos com necessidade de acolhimento e cuidado compartilhado? Se sim, quais?</i>

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS E/OU RECOMENDADAS PELA EQUIPE PSICOSSOCIAL VOLANTE

Data da conclusão do relatório:

Assinatura da Equipe Psicossocial Volante