



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Projeto: fortalecimento do ensino na saúde no contexto do sus: uma proposta interdisciplinar da universidade de Brasília na região Centro-Oeste – Pró Ensino na Saúde

Pró-ensino  
na Saúde



**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD):  
MODELO DE CUIDADO, COMPETÊNCIAS E DEMANDAS DE  
APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS.**

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva

Brasília, DF  
2016



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Projeto: fortalecimento do ensino na saúde no contexto do sus: uma proposta interdisciplinar da universidade de Brasília na região Centro-Oeste – Pró Ensino na Saúde

Pró-ensino  
na Saúde



**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD):  
MODELO DE CUIDADO, COMPETÊNCIAS E DEMANDAS DE  
APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS.**

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva

Tese de doutorado do Projeto Pró-Ensino na Saúde, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad  
Apoio: edital CAPES 024/2010

Brasília, DF  
Fevereiro/2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação  
Serviço de Biblioteca e Documentação  
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

SILVA, Maria de Nazareth. (2016). *Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): modelo de cuidado, competências e demandas de aprendizagem dos profissionais*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 257 p.

Trabalho apresentado como exigência para obtenção do título de doutora em Psicologia Clínica – Projeto Pró-Ensino em Saúde, da Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia e Instituto de Psicologia.

1. Educação continuada 2. Educação permanente em serviço 3. Práticas dos CAPS álcool e droga. 4. Competências em saúde mental. 5. Políticas de drogas. 6. Ensino na saúde.

Comitê de Ética da Faculdade de Saúde

Protocolo nº: 551.779

Data: 04/02/2014

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD):  
MODELO DE CUIDADO, COMPETÊNCIAS E DEMANDAS DE  
APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS.**

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad  
Universidade de Brasília  
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho  
(Membro interno vinculado ao programa - Presidente)

---

Prof. Dr. José dos Santos Ivo Pedrosa  
Universidade Federal do Piauí/UFPI  
(Membro externo não vinculado ao programa)

---

Profa. Dra Andréa Donatti Gallassi  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia  
(Membro interno não vinculado ao programa)

---

Profa. Dra Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia  
(Membro interno não vinculado ao programa)

---

Profa. Dra Diana Lúcia Moura Pinho  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia  
(Membro interno não vinculado ao programa)

---

Profa. Dra Maria Inês Gandolfo Conceição  
Universidade de Brasília  
Departamento de Psicologia Clínica Instituto de Psicologia  
(Membro interno vinculado ao programa - suplente)

*Buscar incessantemente as alternativas para um mundo melhor é papel de todos.*

*Buscar incessantemente com estudo, dedicação, abnegação e renúncia, é para poucos!*

*São pessoas que escolhem não se contentar nunca com o status quo, sempre na busca de melhorias, sempre pensando um pouco mais além, querendo um pouco mais de tudo e dando e doando tudo de si.*

*William Oliveira*

## AGRADECIMENTOS

Neste momento oportuno de sentimentos diversos de felicidade, gratidão e superação, o pensamento central é de agradecer.

**AGRADECER, AGRADECER.....**À oportunidade concedida de alçar mais um degrau na minha formação, o maior no processo de aprendizagem profissional, em uma instituição de ensino, a Universidade de Brasília, com contato diário a docentes e pesquisadores de alto nível. Minha alegria é poder ter tido a oportunidade de vivenciar essa experiência em um espaço formativo na qual também faço parte como docente.

Para ingressar no doutoramento não posso me furtar de agradecer o Grupo Gestor do Projeto Pró Ensino na Saúde, com todo o incentivo oferecido para o meu sucesso neste momento.

**SÓ AGRADECER....**À professora Gardênia da Silva Abbad pela acolhida, incentivo para minha continuidade no doutorado, a inclusão ao grupo de pesquisa Impacto e contato diário com alunos da graduação e pós-graduação que compõem esse grupo e o aprendizado contínuo, por meio das pesquisas, do estudo sobre método, das discussões, das trocas, com muito profissionalismo e que ampliou horizontes e foi importante para o meu perfil como pesquisadora.

Com você professora aprendi os métodos de pesquisa, o rigor metodológico e ampliei outros campos de estudo. Finalizo hoje o doutorado desejando estudar outras áreas, outros métodos. Enfim, você alcançou o objetivo principal dos mestres, que é de incitar seu orientando em constantes reflexões na produção da ciência.

**AGRADECER PRINCIPALMENTE....**Pela família que tenho, William, Ândrea, Kallyo, meus amores eternos e sei que sou peça principal de sua existência;

Pelos meus pais, minha mãe e meu pai (*in memoriam*), que me ensinaram a persistir e não desistir, valorizando o estudo como degrau para maturidade e conquistas na vida. Mãe obrigada pelo carinho e dedicação, amo muito você e sua história de vida;

Pela minha família: dez irmãos, sobrinhos, afilhados, pelo carinho dispensado a mim, na torcida pelo meu sucesso.

**AGRADECER A CADA DIA....**Aos CAPS AD e os profissionais desses serviços pela acolhida e participação neste estudo que culminou na tese de doutorado.

Pelo trabalho que realizo na Faculdade Ceilândia, os colegas do Colegiado de Terapia Ocupacional, e os amigos parceiros nos projetos, grandes pesquisadores, na qual tenho orgulho de conviver. Tenho certeza que o fim dessa etapa será o início de uma carreira de sucesso e completude;

Pelos alunos e a oportunidade diária de compartilhar conhecimento, por meio do ensino, da extensão e da pesquisa. Em especial Maria Helena, Naindra, Carina, Ayra, Luna, Ariane, Camila, Mariana que foram grandes parceiras, auxiliando na pesquisa de campo.

**ENFIM, AGRADECER...A** Deus e Nossa Senhora de Nazareth por este momento e que eu possa ter a oportunidade de partilhar sempre o conhecimento com maturidade, profissionalismo e assim consiga ser protagonista de transformações sociais.

*Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde mental, nobres heróis da luta pelo cuidado diário humanizado, que coloca o usuário protagonista da sua própria história de promoção de saúde.*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
Artigo 1 – Evolução nos investimentos das políticas de formação e educação permanente em saúde mental e suas implicações na qualificação das equipes de saúde mental e dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).....	29
Artigo 2- O modelo de cuidado para o tratamento de pessoas em consumo abusivo de drogas: mudanças na gestão dos CAPS AD e no perfil de competências dos profissionais.....	54
Artigo 3 – A estrutura e dinâmica organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).....	72
Artigo 4 – Itinerários de cuidado dos usuários em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).....	120
Artigo 5 – Percepção sobre a rotina, práticas e estratégias terapêuticas e demandas de aprendizagem dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).....	159
Discussão integrativa .....	191
Referências .....	208
Anexos .....	235
Apêndices .....	241



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resumo da estrutura da tese .....	23
Figura 2. Dimensões do REUNI. Fonte: MEC .....	34
Figura 3. Diagrama da Gestão do SUS e seus fluxos de Educação Permanente em Saúde para a produção.....	41
Figura 4. Eixos da Política de Educação Permanente em Saúde.....	43
Figura 5. Origem dos estudos.....	58
Figura 6. Perfil de competências profissionais de saúde e as respectivas habilidades para adoção do modelo.....	67
Figura 7. Número de CAPS por ano e por tipo de 2002 a 2014.....	75
Figura 8. Série histórica do avanço dos CAPS no Distrito Federal.....	89
Figura 9. Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD DF 1.....	98
Figura 10. Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD DF.....	105
Figura 11. Série histórica do avanço dos CAPS no Município de São Paulo.....	107
Figura 12. Descrição das práticas dos prontuários do CAPS.....	113
Figura 13. Modelo de cuidado para as questões de drogas.....	133
Figura 14. Caso ilustrativo do padrão 1 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD.....	146
Figura 15. Caso ilustrativo do padrão 2 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS.....	148
Figura 16. Caso ilustrativo do padrão 3 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD.....	149
Figura 17. Caso ilustrativo do padrão 4 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS.....	150
Figura 18. Caso ilustrativo do padrão 5 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD.....	176
Figura 19. Descrição das práticas dos profissionais nos seus respectivos Contextos.....	176
Figura 20. Contexto da prática de rede intersetorial.....	180
Figura 21. Contextos e exemplos de aprendizagens citadas pelos profissionais dos CAPS AD.....	183
Figura 22. Objetivos específicos atingidos e os principais resultados dos cinco artigos.....	192

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Processo de institucionalização da educação superior (1932 – 2007).....	31
Tabela 2 - Sinopse dados das IES.....	35
Tabela 3 - Perfil do egresso e competência 1.....	36
Tabela 4 - Definições de Educação Permanente 1.....	40
Tabela 5 - Investimentos em educação permanente a partir do ano de 2004.....	45
Tabela 6 - Ações de formação descritas no “Plano Crack é Possível Vencer” por eixo de prevenção e de cuidado.....	47
Tabela 7 - Evolução histórica da instituição da política sobre drogas no Brasil....	55
Tabela 8 - Documentos governamentais estudados.....	57
Tabela 9 - Aspectos da gestão dos CAPS AD para o tratamento de dependência de droga.....	64
Tabela 10 - Dados da caracterização dos CAPS em relação a clientela, porte populacional, atendimentos e carga horaria dos profissionais.....	74
Tabela 11 - Caracterização da estrutura organizacional dos CAPS AD.....	78
Tabela 12 - Autores (ano) e estudos sobre aspectos da estrutura organizacional dos CAPS.....	81
Tabela 13 - Documentos levantados por CAPS AD do estudo.....	86
Tabela 14 - Descrição geral dos profissionais do CAPS AD DF 1.....	95
Tabela 15 - Descrição geral dos usuários do CAPS AD DF 1.....	96
Tabela 16 - Descrição das treze práticas mais citadas nos prontuários do CAPS AD DF 1.....	99
Tabela 17 - Aspectos das descrições dos profissionais do CAPS AD DF 2.....	102
Tabela 18 - Descrição dos usuários atendidos pelo CAPS AD DF 2 no período de 2013 – 2015.....	103
Tabela 19 - Descrição dos profissionais do CAPS AD SP.....	109
Tabela 20 - Dados gerais dos usuários atendidos no CAPS AD SP em outubro 2014.....	111
Tabela 21 - Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD DF 2.....	112
Tabela 22 - Descrição dos projetos comunitários que os usuários do CAPS AD SP participam.....	114
Tabela 23 - Definições de Tecnologias em saúde.....	128
Tabela 24 - Categorias sobre o conteúdo da temática do estudo.....	130

Tabela 25 - Descrições sobre o modelo de reabilitação psicossocial contido nos documentos governamentais.....	132
Tabela 26 - Estratégias terapêuticas do cotidiano dos CAPS AD e suas descrições, levantadas nos documentos governamentais.....	135
Tabela 27 - Práticas e estratégias terapêuticas para o cuidado aos usuários com a problemática das drogas descritas nos documentos governamentais.....	136
Tabela 28 - Perfil dos usuários por cada CAPS AD do estudo.....	138
Tabela 29 - Perfil do usuário no acolhimento por CAPS AD.....	140
Tabela 30 - Práticas, estratégias terapêuticas e evolução de tratamento por CAPS AD do estudo.....	142
Tabela 31 - Frequência dos padrões de tratamento desenvolvidos por cada CAPS AD.....	145
Tabela 32 - Características dos usuários no serviço em relação aos padrões dos itinerários.....	152
Tabela 33 - Dados sociodemográficos da amostra de profissionais dos CAPS AD	169
Tabela 34 - Categorias, definições e a frequência das evocações do corpus.....	173
Tabela 35 - Práticas terapêuticas citadas pelos profissionais dos CAPS AD.....	175
Tabela 36 - Quadro resumo comparativo entre as diretrizes governamentais e os CAPS AD do estudo.....	197

## LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MJ	Ministério da Justiça
OBID	Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SIDPD	Sistema Distrital de Políticas sobre Drogas
TLS	Tecnologia Leve em Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido apresentada pelo Ministério da Saúde como estratégico para articulação de ações, saberes e práticas para uma atenção integral, resolutiva e humanizada que responda às necessidades do modelo psicossocial de cuidado aos problemas associado ao consumo abusivo de drogas. O modelo psicossocial de redução de danos e inserção social desenvolvido pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e para isso novas competências e habilidades se fazem necessárias, além do investimento em educação permanente em serviço aos profissionais desses serviços para o desenvolvimento de práticas e estratégias terapêuticas efetivas para o usuário e para a consolidação do modelo psicossocial. O objetivo geral foi descrever e analisar, a partir de diferentes estratégias metodológicas, as diretrizes das políticas governamentais sobre a EPS, o modelo psicossocial no campo das drogas e a caracterização dos CAPS AD comparando à realidade desses serviços, às práticas e estratégias terapêuticas ocorridas, os itinerários de tratamento dos usuários e às demandas de aprendizagens dos profissionais com os parâmetros de qualidade e indicadores de adesão dos serviços ao modelo psicossocial contidos nas políticas. Utilizou-se o método misto exploratório descritivo, com estratégias qualitativa e quantitativa, em duas partes, a primeira teórica com o estudo da literatura e de documentos governamentais nacionais e internacionais e a segunda, empírica realizado em três CAPS AD, dois no Distrito Federal e um no município de São Paulo, na qual foi analisado os documentos administrativos dos serviços, os prontuários dos usuários e entrevistado os profissionais. Os dados levantados foram analisados utilizando planilhas categoriais, e a análise de conteúdo de Bardin. As diretrizes do modelo de cuidado para a problemática das drogas, construídas por modelos em saúde mental mundial e pactuações internacionais, ainda não estão produzindo os efeitos desejados na realidade dos serviços. Há demandas de melhoria na infraestrutura adequando-as às características do cuidado e atividades terapêuticas e de investimentos em educação, continuada e permanente, que possibilite estimular a aprendizagem de novas competências e habilidades dos profissionais e que efetive o modelo psicossocial e consolide as políticas públicas.


**Palavras Chaves:** Práticas e estratégias terapêuticas, CAPS AD, modelo psicossocial de cuidado, competências em saúde mental, EPS, política de drogas, ensino na saúde.

## ABSTRACT

The permanent in-service training has been provided by the Ministry of Health as a strategy for joint actions, knowledge and practices for an integrated, resolute and humanized care that meets the needs of the psychosocial model of care to the problems associated with drug abuse. The psychosocial model of harm reduction and social inclusion should be developed by the professionals of the Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPS AD), and that new skills and abilities are needed, in addition to investment in lifelong learning in service to professionals in these services for the development of practical and effective therapeutic strategies for the user and for the consolidation of the psychosocial model. The overall objective was to describe and analyze, from different methodological strategies, guidelines of government policy on vocational training in health, psychosocial model in the drug field and the characterization of CAPS AD comparing the reality of these services, practices and strategies therapeutic occurred, treatment itineraries of users and the demands of learning professionals with quality standards and compliance indicators of psychosocial services to the model contained in policies. We used the descriptive exploratory mixed method, with several qualitative and quantitative strategies in two parts, the theoretical first with the study of literature and national and international government documents and the second empirical conducted in three CAPS AD, two in the Federal District and one in São Paulo, in which was analyzed the administrative arrangements for the services, records of users and interviewed professionals. The data collected were analyzed using spreadsheets categories, and Bardin's content analysis. The model of care guidelines for the problem of drugs, built by models in global mental health and international pacts, are not producing the desired effects on the reality of services. There is improvement in infrastructure demands adapting them to the characteristics of care and therapeutic activities and investments in education, continuous and permanent, which allows the stimulation of learning new skills and abilities of professionals who make effective the psychosocial model and consolidate political policy.

**Key Words:** Practice and therapeutic strategies, CAPS AD, psychosocial model, expertise in mental health, drug policy, health education.

# INTRODUÇÃO



Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são serviços que surgiram como um modelo de tratamento em saúde mental em substituição ao hospital psiquiátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atuam como serviços de atenção especializada em saúde mental para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao consumo abusivo e dependente de drogas. A gestão clínica, nesses serviços, baseia-se no modelo psicossocial de cuidado que prevê a adoção de diversas práticas e estratégias terapêuticas humanizadas e a busca de inserção social dos usuários.

O modelo psicossocial, adotado pelos CAPS AD, tem como base as diretrizes da Política de Saúde Mental, instituídas pela Lei 10.216 (Brasil, 2001), a qual regulamenta a substituição do tratamento centrado no hospital e no modelo biomédico por um tratamento em espaços extrahospitalares, na comunidade, com abordagem psicossocial e envolvimento intersetorial (Ministério da Saúde, 2007). Este modelo de cuidado encontra-se ainda em processo de implantação em todos os estados brasileiros, já que ainda não há cobertura completa desses serviços, de acordo com o padrão estabelecido pela legislação, que prevê um CAPS AD para cada 200 a 300 mil habitantes, uma vez que, no Brasil, há apenas 378 centros para atender uma estimativa, segundo o II levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 19,4% da população na qual mencionaram já haver consumido algum tipo de drogas e 371.000 pessoas usuárias e dependentes de crack. (SENAD, 2005).

Os Estados que possuem maior cobertura desses serviços são: São Paulo com 93 para 44 milhões habitantes em 645 municípios e Rio de Janeiro com 28 CAPS AD por 16 milhões de habitantes em 93 municípios (Ministério da Saúde, 2015). Segundo relatório do Ministério da Saúde (2010), no Distrito Federal, um dos contextos de estudo que compõem esta tese, tem índice de cobertura de CAPS AD 46%, o que é considerado muito baixo, quando comparado com os índices de outros estados e municípios, como no município de São Paulo, também focado nesta tese, que é de 124% de cobertura.

Essa mudança ocorrida no campo da saúde mental repercutiu também no desenvolvimento de ações específicas de cuidado, como na área de tratamento de pessoas em uso problemático de drogas. Nesse processo surge a Política Nacional sobre Droga<sup>1</sup> que se iniciou em 1998 voltada para a redução de demanda e de ofertas de

---

<sup>1</sup> Até o ano de 2004 esta política denominava-se Política Nacional Antidroga (PNAD) que inicialmente instituiu estratégias públicas de ações de redução de demanda e de ofertas das drogas no Brasil, por meio



droga, que, mais adiante, em 2006, integrada a outras políticas, incorporou ações de descentralização e estreitamento de laços com a sociedade e a comunidade científica no tratamento e inserção social de usuários de drogas (Brasil, 2006).

Em 2006, após ampla participação popular por meio de Fóruns Regionais e Nacionais, que discutiram dados epidemiológicos relativos ao uso e dependência de drogas, foi proposta uma mudança no modelo psicossocial e na denominação da política, que culminou com a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por meio da Lei de Drogas 11. 343 (23/08/2006) . Nesse contexto, a gestão dos CAPS AD foi repensada, novas práticas e estratégias terapêuticas foram definidas de acordo com as novas diretrizes, visando aumentar a efetividade do tratamento dessa problemática. A complexidade das estratégias e práticas terapêuticas previstas no modelo psicossocial também repercutiu em um novo perfil de competências e habilidades necessárias aos profissionais de saúde que atuam nas equipes inter e multiprofissionais dos CAPS AD, para aplicá-las com eficiência e eficácia no cotidiano desses serviços.

Este cenário de necessidades aos profissionais dos CAPS AD mostrou-se como um grande desafio, visto que a formação dos profissionais que atuam nesses centros não tem sido voltada à atuação inter e multiprofissional, nem aos cuidados específicos exigidos pelo perfil das pessoas em uso problemático de drogas, tampouco à aprendizagem em cenários reais de prática como esses centros. O governo federal, a partir de 2009, decidiu incentivar a capacitação dos profissionais que lidam com essa problemática, influenciado também pela preocupação dos organismos internacionais e nacionais com o avanço das drogas. A partir desse ano, várias diretrizes governamentais investiram na formação das equipes de profissionais. A Portaria 3.088 (GM MS 23/12/2011) consolidou a Lei 10.216, por meio de incentivos, entre os quais a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com diretrizes à promoção de estratégias de educação permanente (Ministério da Saúde, 2001, 2011).

Outro exemplo ocorrido em 2010 foi o *Plano Crack é possível Vencer* com ações nos eixos: cuidado, prevenção e autoridade. Esse plano apresentou como objetivos: (1) estruturar a rede de atenção aos usuários de drogas e seus familiares, fortalecendo o vínculo familiar, e comunitário, reduzindo os fatores de risco associados ao uso de drogas; (2) reprimir o tráfico e o crime organizado; (3) garantir a segurança

---

do Decreto Presidencial nº 4.345 (26/08/2002). Porém, ao longo dos tempos, o prefixo foi retirado influenciado por dados epidemiológicos e contextos nacionais e mundiais.

dos que necessitam; e (4) promover a educação permanente em saúde na rede intersetorial. Neste plano, houve um investimento em formação para os diferentes setores que lidam com atendimento à problemática das drogas e apresentou como meta até 2014, de capacitar, fortalecer e integrar serviços que compõem a rede de cuidados para usuários de drogas e seus familiares, bem como incentivar programas de prevenção do uso de drogas nas escolas (Brasil, 2013).

Sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) é citada na literatura como um espaço necessário de aprendizagem contínua dos profissionais e que possibilita a reflexão sobre a reestruturação no cotidiano dos serviços. Além disso, a EPS é considerada um mecanismo para incentivar a aplicação e a governabilidade das tecnologias em saúde, a serem adotadas como práticas e estratégias terapêuticas pelos profissionais dos CAPS AD. O investimento em formação dos profissionais ocorrido no espaço do serviço tornaria a aprendizagem, de acordo com Merhy (2002) “um trabalho vivo em ato”, e uma possibilidade de transformar os espaços de trabalho por meio do envolvimento ativo dos profissionais em busca de desenvolver um perfil de competências e habilidades específico, necessários para lidar com a complexidade do usuário e seu contexto de consumo de drogas. (Albuquerque; Gomes; Rezende; Sampaio; Dias & Lugarinho, 2008).

O incentivo aos profissionais de saúde à EPS é um tema regulamentado como política pública (Portaria 1.996 GM/MS 20/08/2007), considerada nos documentos governamentais como uma importante estratégia para consolidar o modelo psicossocial, em virtude das peculiaridades que esse modelo apresenta que impõem um perfil especial de competências dos profissionais para que possam desenvolver as melhores práticas de assistência e promoção à saúde. Entretanto, na prática, essa política ainda se encontra em fase de implantação e ainda não estão claros os seus efeitos sobre a oferta de programas educacionais e de oportunidades de aprendizagem, capazes de suprir as lacunas deixadas pelo ensino superior em saúde ou atender adequadamente as reais necessidades de capacitação dos profissionais de saúde, principalmente em temas relativos ao campo da saúde mental, surgido no cotidiano de cuidado a usuários e dependentes de drogas nos CAPS AD.

A complexidade e grandes desafios do cenário encontrado nos CAPS AD com relação à incorporação do modelo psicossocial pelos profissionais, ocasionou em ações do Governo Federal à inclusão da EPS, como uma importante estratégia de mudanças para a transição do modelo biomédico tradicional para o modelo psicossocial.

Entretanto, os vultosos incentivos financeiros e as sofisticadas políticas de saúde mental, inspiradas nas melhores práticas e evidências científicas internacionais e nacionais, parecem não ter produzido os efeitos positivos esperados sobre a qualidade dos serviços e cuidado oferecidos pelos CAPS AD. Há poucas evidências científicas sobre a efetividade do tratamento em termos de respostas efetivas do usuário ao tratamento a ele dispensado por esses serviços. (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

O modelo psicossocial adotado pelos CAPS AD, regulamentado por diretrizes e políticas públicas, visa oferecer um tratamento pautado na busca da redução de danos decorrentes do consumo abusivo e dependente de drogas e na inserção social das pessoas em tratamento no seu território, por meio de ações apoiadas por uma rede intersetorial de cuidado. Para que a atuação seja possível, é preciso que os profissionais que atuam nesses serviços possuam e expressem, no trabalho, um complexo perfil de competências e habilidades, que incluem, além dos saberes científicos oriundos de suas formações de origem, saberes ligados à gestão do serviço, à produção de evidências de efetividade de tratamento, ao trabalho em equipe inter e multiprofissional, à liderança e à disposição para a atuação em rede intersetorial, as quais são necessárias à adoção bem sucedida das novas práticas e estratégias terapêuticas, a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança ao usuário.

Portanto, diante do cenário apresentado sobre o avanço no consumo problemático de drogas, no avanço na política de drogas com mudanças no modelo psicossocial para o serviço que atende essa clientela e da falta de evidências que descreva a efetividade das práticas e estratégias terapêuticas adotadas nesses serviços, esta tese pretende responder algumas questões e produzir conhecimentos sobre a adoção do modelo psicossocial de cuidado, demandas de aprendizagem dos profissionais, práticas e estratégias terapêuticas adotadas pelos profissionais e o funcionamento dos serviços prestados pelos CAPS AD aos usuários.

As questões indutoras das pesquisas que compõem esta tese são as seguintes: (1) Quais são as diretrizes instituídas pelas políticas governamentais sobre: a formação profissional em saúde, o modelo psicossocial no campo das drogas e a caracterização dos CAPS AD? (2) Quais são as diretrizes governamentais que regulam a educação permanente em serviço? (3) Como a educação permanente em saúde se desenvolve nos espaços de CAPS AD? (4) Como está funcionando a gestão dos CAPS AD? Esses serviços têm conseguido atender as diretrizes governamentais? (5) Qual é o perfil de competências e habilidades dos profissionais dos CAPS AD e esse perfil atende as

diretrizes das políticas públicas? (6) As práticas e estratégias terapêuticas realizadas atualmente nos CAPS AD têm promovido respostas efetivas dos usuários com consumo abusivo e dependente de drogas? (7) Quais são as condições organizacionais presentes nos CAPS AD para que os profissionais adotem práticas e estratégias terapêuticas eficazes no cuidado das pessoas em uso problemático de drogas? (8) A oportunidades de educação permanente em saúde dos profissionais dos CAPS AD estão possibilitando a adoção das práticas e estratégias de cuidado, preconizadas pelo modelo psicossocial estabelecido pelas políticas públicas? (9) Quais são as necessidades de aprendizagem dos profissionais de CAPS AD, tendo em vistas as competências necessárias à adoção do modelo psicossocial?

A presente tese buscou conhecer a legislação que regulamenta as diretrizes governamentais para os CAPS AD e verificar se os parâmetros instituídos para o cuidado aos usuários com problemas de consumo abusivo de drogas ocorrem na realidade desses três serviços.

Espera-se que os resultados dos estudos que compõem esta tese contribuam para o avanço do conhecimento sobre adoção do modelo psicossocial por meio de um maior : (1) entendimento sobre os processos de trabalho dos CAPS AD, demandas e reais necessidades de aprendizagens dos profissionais; (2) conhecimentos sobre investimentos dos profissionais na educação permanente em saúde; (3) evidências de eficácia e efetividade da gestão da clínica dos CAPS AD em termos de adesão dos usuários ao tratamento, inserção social e redução de danos; (4) indícios que encaminhem novas reflexões sobre aspectos que estejam dificultando a adoção do modelo psicossocial, preconizado pelas diretrizes da Política de Saúde Mental e Política Nacional sobre Drogas; (5) descrição do perfil esperado e o encontrado em três CAPS AD, evidenciando problemas estruturais que afetam diretamente o funcionamento, o envolvimento dos profissionais e usuários e a efetividade de uma gestão necessária à consolidação do modelo psicossocial; e (6) indicação de mais estudos sistemáticos que possibilitem a construção de medidas de monitoramento, acompanhamento e avaliação da eficiência, eficácia para a adesão dos usuários ao tratamento e efetividade para sua segurança, reinserção social, promoção à saúde e qualidade de vida dos usuários e dependentes de drogas.

A seguir são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam a realização dos cinco estudos que compõem esta tese.

### **Objetivo Geral**

Descrever e analisar, a partir de diferentes estratégias metodológicas, as diretrizes das políticas governamentais sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS), o modelo psicossocial no campo das drogas e a caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) comparando à realidade desses serviços, às práticas e estratégias terapêuticas ocorridas, os itinerários de tratamento dos usuários e às demandas de aprendizagens dos profissionais com os parâmetros de qualidade e indicadores de adesão dos serviços ao modelo psicossocial contidos nas políticas de saúde mental e na nacional sobre drogas.

### **Objetivos específicos**

1. Descrever a evolução do ensino superior em saúde no Brasil de 1932 até a atualidade;
2. Identificar as competências e habilidades em saúde das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde relacionando às competências requeridas pela adoção do modelo psicossocial pelos profissionais que atuam nos CAPS AD;
3. Analisar a importância da educação permanente em saúde na realidade dos CAPS AD;
4. Analisar os planos e políticas governamentais de capacitação de profissionais que lidam com o tratamento de pessoas com problemas de drogas nos serviços intersetoriais, como o CAPS AD;
5. Descrever princípios do modelo psicossocial, as práticas e estratégias terapêuticas consideradas eficazes ao tratamento;
6. Descrever condições necessárias de implantação do modelo psicossocial no CAPS AD, em termos de gestão clínica e condições organizacionais necessárias;
7. Descrever o perfil de competências e habilidades requerido aos profissionais dos CAPS AD para adoção do modelo psicossocial;
8. Descrever o funcionamento e dinâmica dos CAPS AD do estudo em relação as características do território, estrutura organizacionais, o perfil dos profissionais e usuários dos serviços relacionado aos parâmetros das políticas;
9. Analisar fragilidades e dificuldades dos CAPS AD relatadas na literatura nacional e dificuldades de implantação no Brasil;

10. Descrever o perfil sociodemográficos dos usuários, suas condições apresentadas no acolhimento, seu padrão de consumo de droga e as etapas no tratamento;
11. Descrever os padrões de itinerários percorridos pelos usuários desde sua admissão até o seu último registro contido nos prontuários;
12. Apresentar exemplos ilustrativos de padrões de itinerários percorridos pelos usuários;
13. Descrever o contexto dos CAPS AD, as práticas e estratégias terapêuticas realizadas pelos profissionais de saúde em três CAPS AD, relacionando-as aos parâmetros do modelo psicossocial estabelecida pelas políticas de saúde mental e nacional sobre drogas;
14. Analisar o quanto a formação e a educação permanente recebida por esses profissionais foram capazes de desenvolver as competências necessárias à adoção do modelo psicossocial nos CAPS AD;
15. Descrever demandas de aprendizagem de profissionais que atuam nesses serviços e os fatores que facilitam e dificultam a expressão de competências e a adoção do modelo psicossocial por profissionais de CAPS AD.

A Figura 1 resume a estrutura da tese, apresentando os objetivos gerais e específicos, a natureza do delineamento de pesquisa, os nomes dos artigos que compõem cada parte da tese, as principais definições e conceitos contidos nos referenciais teóricos dos artigos, o tipo de instrumentos de coleta de dados utilizados, as amostras de documentos e de fontes humanas participantes das pesquisas e as estratégias de análise de dados.

ESTUDO I – Objetivo geral					
Descrever e analisar as diretrizes das políticas governamentais sobre a EPS, o modelo psicossocial no campo das drogas e a caracterização dos CAPS AD					
Estudo descritivo, exploratório, fontes secundárias, análise documental.					
Titulo do Artigo	Objetivos específicos	Definições/conceitos	Instrumento de coleta de dados	Amostra	Análise de dados
<b>Evolução nos investimentos e das políticas de formação e educação permanente em saúde mental e suas implicações na qualificação das equipes de saúde mental e dos profissionais dos CAPS AD</b>	<p>1.Descrever evolução do ensino superior em saúde no Brasil</p> <p>2.Analisar as competências e habilidades em saúde contidas nas DCNS;</p> <p>3.Analisar a importância da EPS na realidade dos CAPS AD;</p> <p>4.Analisar os planos e políticas governamentais de capacitação de profissionais dos CAPS AD.</p>	<p><b>REUNI:</b> Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais</p> <p><b>DCNS:</b> Diretrizes Curriculares dos Cursos de graduação são consideradas estratégicas para as mudanças dos projetos político-pedagógicos dos cursos do perfil de competência dos profissionais para as Políticas Públicas</p> <p><b>EPS:</b> Educação Permanente em Saúde é uma política de capacitação regulada pelo Ministério da Saúde voltada à oferta de oportunidades de aprendizagem em serviço e para o serviço.</p> <p><b>Aprendizagem em serviço</b> Baseada na troca de experiências entre profissionais e demais atores do sistema de saúde e na participação desses profissionais em cursos e outras ações educacionais mais ou menos sistemáticas e planejadas</p>	Roteiro de análise documental para estudo de manuais, normas e diretrizes curriculares nacionais dos cursos de saúde sobre ensino superior em saúde e educação permanente em serviço.	20 documentos nacionais do ano de 1932 até a atualidade.	<b>Análise qualitativa e descritiva</b> de dados organizados em planilha organizada de acordo com categorias de conteúdo extraídas das questões da pesquisa e objetivos deste estudo.
<b>O modelo de cuidado para o tratamento de pessoas em consumo abusivo de drogas: mudanças na gestão dos CAPS AD e no perfil de competências dos profissionais</b>	<p>5.Descrever princípios do modelo psicossocial, e as práticas e estratégias terapêuticas;</p> <p>6.Descrever condições necessárias de implantação do modelo psicossocial do CAPS AD;</p> <p>7.Descrever o perfil de competências e habilidades dos profissionais dos CAPS AD</p>	<p><b>Modelo psicossocial</b> Modelo de cuidado que preconiza a adoção de práticas e estratégias terapêuticas humanizadas, que visam à redução e danos e fatores de vulnerabilidade e risco, o fortalecimento dos fatores de proteção, bem como à integração e à reintegração do usuário em consumo abusivo ou dependente de drogas na família e na comunidade.</p> <p><b>CAPS AD</b> Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é um serviço de atenção especializada que atua no cuidado as pessoas com problemas de consumo abusivo e dependência de drogas.</p>	Análise documental em sítios governamentais nacionais e internacionais, utilizando como descritores a política de saúde mental, a política de droga, o modelo psicossocial e o CAPS AD.	38 documentos governamentais do ano de 1995 a 2014 em português e inglês, entre manuais e relatórios nacionais e internacionais.	<p>Análise qualitativa dos dados tratados em duas planilhas categorial, uma sobre política de saúde mental e outra sobre políticas de drogas.</p> <p><b>Organização dos protocolos utilizados no Artigo 3, 4 e 5</b></p>

Figura 1. Resumo da estrutura da tese – Estudo I

Continua..



...Conclusão

ESTUDO II – Objetivo geral					
Analisar a percepção dos profissionais sobre a realidade dos CAPS AD, as práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas e as necessidades de aprendizagem, relacionando com as diretrizes da política.					
Estudo empírico, exploratório e descritivo					
Titulo do Artigo	Objetivos específicos	Definições/conceitos	Instrumento de coleta de dados	Amostra	Análise de dados
<b>A estrutura e dinâmica organizacional dos CAPS AD</b>	8.Descrever o funcionamento e dinâmica dos CAPS AD relacionado aos parâmetros das políticas;  9.Analisar fragilidades e dificuldades dos CAPS AD relatadas na literatura nacional	<b>Dinâmica organizacional</b> Trata-se do funcionamento do serviço, perfil dos profissionais e usuários atendidos e condições de trabalho e características do contexto no qual se inserem os CAPS AD estudados. <b>Gestão dos CAPS AD</b> , baseada no modelo psicossocial, propõe que o tratamento do usuário seja concebido pelos profissionais de saúde, a partir da análise e da compreensão de múltiplos fatores (biológicos, contextuais e de exposição à droga) associados ao uso abusivo de droga. Essa clínica tem como foco a reabilitação/reinserção social segundo o contexto do usuário, possibilitando a redução de danos e a promoção da saúde.	<b>Natureza mista</b> Análise em sites governamentais: IBGE e CNES para conhecer aspectos demográfico e populacional de abrangência dos CAPS AD; Análise de documentos administrativos de três CAPS AD: dois do Distrito Federal e um do município de São Paulo. Análise de prontuários para levantar práticas desenvolvidas	<b>03 CAPS AD</b> <b>160 profissionais</b> <b>18 documentos</b> administrativo de três CAPS AD <b>Planilhas dados 3.694 usuários</b> atendidos nos CAPS AD <b>Análise 832 prontuários</b>	Análise quantitativa frequência de variáveis sobre o perfil dos profissionais, usuários e práticas e estratégias terapêuticas dos Três CAPS AD  Análise qualitativa descritiva dos dados organizados em planilha categoriais
<b>Itinerários de cuidado dos usuários em atendimento nos CAPS AD.</b>	10.Descrever o perfil sociodemográficos, as condições apresentadas no acolhimento, o padrão de consumo de droga e as etapas no tratamento dos usuários do serviço;  11.Descrever os padrões de itinerários percorridos pelos usuários desde sua admissão até o seu último registro contido nos prontuários;  12.Apresentar exemplos ilustrativos de cada padrão de itinerários percorridos pelos usuários.	<b>Itinerários de cuidado</b> Refere-se aos cuidados recebidos pelo usuário atendido nos CAPS AD, desde a sua admissão até a sua saída, tal como registrado nos protocolos de acolhimento, admissão e evolução contidos nos prontuários.	Natureza mista Revisão literatura nacional sobre tecnologias em saúde; Análise documental em sites governamentais para o levantamento das práticas e estratégias terapêuticas dos CAPS AD; Análise de uma amostra aleatória de prontuários de usuários de três CAPS AD do estudo	<b>20 artigos</b> nacionais sobre tecnologias em saúde <b>48 documentos</b> governamentais entre manuais, normas e diretrizes sobre os CAPS AD <b>85 prontuários</b> por meio de roteiro práticas e estratégias terapêuticas	Análise qualitativa os dados foram organizados em planilha para análise da produção de conhecimentos, em termos de suas características metodológicas, teóricas e conceituais. Análise mista levantamento do perfil sociodemográficos e de demandas dos usuários no acolhimento e das práticas e estratégias terapêuticas apresentadas nos prontuários. Análise qualitativa descritivas dos padrões de itinerários de tratamento descrito nos prontuários
<b>Percepção sobre a rotina, práticas e estratégias terapêuticas e demandas de aprendizagem dos profissionais dos CAPS AD</b>	13. Descrever o contexto dos CAPS AD, as práticas e estratégias terapêuticas realizadas pelos profissionais de saúde em três CAPS AD, relacionando-as aos parâmetros do modelo psicossocial estabelecida pelas políticas de saúde mental e nacional sobre drogas;  14.Analisar o quanto a formação e a educação permanente dos profissionais foram capazes de desenvolver as competências necessárias à adoção do modelo psicossocial nos CAPS AD;  15. Descrever demandas de aprendizagem de profissionais que atuam nesses serviços e os fatores que facilitam e dificultam a expressão de competências e a adoção do modelo psicossocial por profissionais de CAPS AD.	<b>O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</b> , regulamentado pelas Portarias 336 (2002) e 189 (2002), é um serviço substitutivo, que funciona como regulador da porta de entrada da rede intersetorial de saúde mental, considerado como coração e a alma da reforma psiquiátrica.  <b>Práticas e estratégias terapêuticas dos CAPS AD</b> são quaisquer ações de cuidado desenvolvidas por profissionais em suas interações com o usuário do serviço, família, comunidade, rede intersetorial e equipe técnica, visando à prestação do trabalho em saúde mental, com princípios da ciência e das políticas.	<b>Natureza qualitativa e descritiva, realizado em quatro etapas</b> <b>03 CAPS AD</b> , dois no DF e um no município de SP. <b>Quatro etapas:</b> construção e a busca de evidências de validade dos instrumentos utilizados nas entrevistas e grupos focais.	<b>21 participantes</b> entrevistados <b>03 grupos focais</b> (6 a 8 participantes), totalizando <b>22 profissionais</b> <b>Total de 43</b> participantes	<b>Análise qualitativa</b> Técnica de análise de conteúdo Bardin. Corpus transcrito foi de: 316.284 caracteres, 55.720 palavras, 63 páginas e 3.127 linhas e onze categorias extraídas

Figura 1. Resumo da estrutura da tese – Estudo II



### **Resumo do Estudo I**

Os dois artigos componentes do Estudo 1 são caracterizados como estudos descritivo exploratório de análise de documentos governamentais e de artigos publicados em revistas científicas. Os primeiros dois artigos tiveram como foco principal investigar teoricamente os parâmetros instituídos da educação superior em saúde, da Política de Saúde Mental, da Política Nacional sobre Drogas, do modelo psicossocial para o tratamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas, dos CAPS AD e das práticas e estratégias terapêuticas designadas por esse modelo para esses serviços. Utilizou-se a pesquisa de literatura nacional, o estudo em documentos governamentais nacionais e internacionais, e em documentos de cada CAPS AD eleitos para o estudo. (Figura 1) Os documentos governamentais analisados foram manuais, normas e diretrizes de sites nacionais e internacionais, nas quais: 20 sobre formação em saúde e educação permanente em serviço e 48 documentos sobre política de saúde mental e política de drogas. Além disso, foram estudados documentos disponibilizados por cada CAPS AD do estudo, totalizando 18 documentos sobre os serviços e 85 prontuários de usuários ativos. Os artigos contidos na Parte I desta tese são descritos brevemente a seguir:

O Artigo 1 faz uma Análise da formação profissional em saúde, a partir das mudanças no paradigma em saúde, desde 1932 até a atualidade, no ensino superior e na educação permanente em serviço, descrevendo suas implicações na qualificação dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e compreendendo as competências profissionais estabelecidas nas diretrizes curriculares para o campo da saúde.

O Artigo 2 descreve, com base às diretrizes nacionais e internacionais governamentais, a origem do atual modelo de cuidado para o tratamento adotado de pessoas em uso abusivo e dependente de drogas, caracterizando o modelo psicossocial, a estrutura necessária dos CAPS AD e o perfil de competências aos profissionais para sua atuação nesses serviços.

### **Resumo do Estudo II**

Os três últimos artigos foram estudos descritivos exploratórios que adotaram múltiplas fontes documentais e humanas e diversos procedimentos de coleta e análise de dados. Os dois últimos incluíram visitas, entrevistas e grupos focais com profissionais de três CAPS AD, dois no Distrito Federal e um no município de São Paulo.

O Artigo 3 apresenta uma análise da dinâmica organizacional dos CAPS AD eleitos para o estudo, por meio dos documentos disponibilizados por cada serviço, possibilitando relacionar os resultados com índices de cobertura de serviços estabelecidos pelas políticas de cuidado ao usuário e dependente de drogas, objetivos e princípios do funcionamento,

atividades desenvolvidas na atenção ao usuário, recursos humanos, recursos humanos para acolhimento noturno, estrutura física, recursos físicos e materiais mínimo e incentivo financeiro mensal dos manuais e portarias governamentais. Neste artigo são analisados pontos de fragilidades e dificuldades dos CAPS AD de implantação de diretrizes relatadas nos documentos governamentais.

Os documentos específicos do serviço, utilizados pelos profissionais, como o protocolo de construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI), o protocolo de identificação social e de dados nosológicos, a ficha de acolhimento, o termo de compromisso e o mapa de atividades do usuário; (3) o cronograma semanal de atividades de grupo realizadas pelo serviço de atendimento; (4) a planilha estatística de atividades desenvolvidas por categoria profissional do ano de 2014; e (5) a planilha de cadastro de usuários atendidos pelo serviço desde sua inauguração, com dados sociodemográficos e características dos usuários quanto ao perfil de consumo.

Os dados foram organizados com uso do software SPSS<sup>2</sup> e com planilhas categoriais no Word e resultaram em três artigos, com conteúdo sobre (1) a caracterização do modelo de cuidado para o tratamento de usuários advindos por problemas no consumo de drogas e dos CAPS AD instituído pelas diretrizes dos documentos governamentais; (2) a caracterização da estrutura e dinâmica organizacional dos CAPS AD do estudo; e (4) os itinerários de cuidado dos usuários em atendimento nos CAPS AD do estudo.

O Artigo 4 apresentou itinerários de cuidado dos usuários em atendimento no CAPS AD elegidos para a pesquisa, por meio de uma amostra de prontuários dos usuários acompanhados nos serviços, para compreender a realidade ocorrida das práticas e estratégias terapêuticas utilizadas no tratamento dos problemas associado ao consumo de drogas e confrontar com os parâmetros e princípios instituídos pelas diretrizes governamentais sobre o modelo de cuidado psicossocial.

O estudo relatado no artigo 4 teve como foco principal, os parâmetros governamentais sobre o modelo psicossocial, os CAPS AD, as competências para o desenvolvimento das práticas e estratégias terapêuticas e o perfil de aprendizagem para o campo da saúde. Além de descrever a percepção dos profissionais sobre essas temáticas, a partir da sua realidade nos serviços, comparando as práticas adotadas nesses serviços com aquelas definidas pelas diretrizes e políticas de enfrentamento do uso abusivo e dependência de drogas.

---

<sup>2</sup> Software científico, denominado Statistical Package for the Social Sciences. É um pacote estatístico para as ciências sociais, de apoio a tomada de decisão que transformam os dados em informações importantes.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semi estruturada, aplicada em um profissional de cada categoria e um roteiro de grupo focal, aplicado a equipe de cada CAPS AD do estudo. No total participaram da pesquisa 21 profissionais de diversas categorias e 22 participantes nos três grupos focais realizados no período da pesquisa. O material levantado foi tratado aplicando a técnica de análise de conteúdo e os resultados extraídos das frequências de evocações e apresentado descritivamente, com ilustrações, por meio de vinhetas extraídas do corpus de análise. Este estudo resultou no estudo descrito no Artigo 5.

O Artigo 5 descreve a percepção dos profissionais dos CAPS AD do estudo com relação ao contexto atual desses serviços, às práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas e suas demandas de aprendizagem. Os resultados mostraram lacunas na formação e na oferta de oportunidades de educação permanente aos profissionais dos CAPS AD estudados, além de dificuldades e desafios enfrentados pelas equipes em suas tentativas de adotar o modelo psicossocial de cuidado, tal como proposto e definido pelas diretrizes da política.

Esta tese está estruturada em dois grandes estudos. O estudo I com dois artigos teóricos, foi preliminar para o estudo II composto por três artigos. Os dois primeiros artigos relatam estudos que possuem um delineamento qualitativo de pesquisa, são descritivos e exploratórios, com análise de publicações científicas sobre os temas estudados, resultando em produtos para os estudos empíricos realizados em três CAPS AD, que caracterizaram como pesquisas de delineamento misto, qualitativo e quantitativo, realizado por meio de fontes primárias e secundárias, humanas e documentais, com múltiplos procedimentos de coleta e análise de dados, os quais, como os demais, foram realizados para responder as questões indutoras e atingir os objetivos de pesquisa. Os artigos que compõem o estudo II foram delineados e executados conjuntamente, porém, visando facilitar a descrição dos resultados, os relatos foram separados em três produtos distintos. Os procedimentos sobre o método serão descritos detalhadamente nos artigos apresentados a seguir.

# ARTIGO 1



## **Evolução dos investimentos em políticas de formação e educação permanente em saúde e suas implicações na qualificação em álcool e outras drogas dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**

### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi analisar a formação profissional em saúde, a partir das mudanças no paradigma, no ensino superior na saúde e na educação permanente em serviço, e as suas implicações na qualificação dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Foram realizado levantamento em documentos governamentais e publicações científicas relativas ao ensino superior em saúde, à aprendizagem em serviço e aos atuais incentivos em capacitações aos profissionais de serviços intersetoriais que lidam com a problemática das drogas. Os dados foram organizados em planilhas sobre os conteúdos/temas pesquisados e apresentados de forma descritiva. Os resultados encontrados e as discussões teóricas realizadas descrevem avanços tanto no ensino superior em saúde, por meio de políticas governamentais de formação com investimentos nas Instituições de Ensino Superior, como também na educação permanente, por meio de planos e políticas setoriais, como o Plano Crack é Possível Vencer. Além disso, apesar dos investimentos ocorridos, apontam para complexidade do modelo psicossocial para lidar com usuários e o consumo nocivo de drogas, gerando mudanças necessárias na formação e na educação permanente dos profissionais que atuam no SUS e em especial, os CAPS AD.

**Palavras-chaves:** ensino superior, educação continuada, educação permanente, CAPS AD, ensino na saúde.

### **1. Introdução**

O campo da formação de saúde, ao longo dos tempos, apresentou mudanças históricas e significativas que influenciaram o paradigma do cuidado. Esse processo modificou a forma do entendimento sobre o homem e sobre a relação saúde-doença, acarretando uma necessidade de mudanças na formação de profissionais de saúde para as necessidades advindas das políticas de saúde, dos modelos de cuidado, das intervenções, práticas.

Nesse contexto, a formação de profissionais de saúde tem sofrido mudanças devido às necessidades advindas de processo inovador de cuidado em saúde, o que ocorreu em todos os níveis, da educação superior até a educação permanente em saúde dos profissionais dos serviços de saúde mental.

Este estudo apresenta alguns objetivos, como: (1) descrever reflexões da evolução do ensino superior em saúde no Brasil de 1932 até a atualidade; (2) analisar as competências e habilidades em saúde contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde relacionando às competências requeridas pela adoção do modelo psicossocial pelos profissionais que atuam nos CAPS AD; (3) analisar a importância da educação permanente em saúde na realidade dos CAPS AD; (4) analisar os planos e políticas governamentais de

capacitação de profissionais que lidam com o tratamento de pessoas com problemas de drogas nos serviços intersetoriais, como o CAPS AD.

Essas análises e contextualização, divididas em suas seções, são apresentadas na seguinte sequência: (1) a educação superior em saúde de 1932 até a atualidade; (2) formação em saúde mental dos profissionais de saúde sobre o modelo de cuidado da problemática no consumo de drogas; (3) a educação permanente em saúde e suas implicações na qualificação das equipes de saúde mental; (4) a educação permanente qualificando os profissionais dos CAPS AD, em saúde mental para problemas de drogas.

## **2. A formação superior em saúde de 1932 até a atualidade**

A educação é um processo que mobiliza uma população, pois oferece avanços, desenvolve aprendizagens e estimula a autonomia. Ela é processual e inerente ao homem e ao processo histórico (Demo, 2006; Durkheim, 2007; Freire, 2008).

O avanço tecnológico, a mudança do paradigma do cuidado em saúde, a necessidade do trabalho interdisciplinar, a heterogeneidade dos sujeitos e a busca por novas técnicas e tecnologias na intervenção geraram novas demandas de formação e desafios complexos, exigindo o desenvolvimento de novas competências, saberes e práticas baseadas na reflexividade e no pensamento complexo (Morin, Gadoua & Potvin, 2007).

Esse processo exigiu reflexão e busca por mudanças na educação superior e foi influenciado por três ocorrências históricas mundiais: as concepções reducionistas das ciências do Século XIX, o surgimento de ciências polidisciplinares no Século XX, com a inclusão de domínios científicos além das concepções reducionistas e a necessidade de entender os conjuntos e as totalidades da realidade complexa, modificada pela abordagem de análise linear para a circular, multireferencial e contextualizada (Morin, Gadoua & Potvin, 2007), tornando-se espaço de investigação e de formação profissional.

Essas mudanças na educação foram significativas para o processo da política educacional brasileira, suscitando a necessidade de reorganização nos currículos dos cursos em saúde das Instituições de Ensino Superior (IES), que passaram a exigir uma formação focada no desenvolvimento de competências ligadas aos domínios político, técnico, ético e pedagógico, para o enfrentamento de situações reais de vida e do trabalho e na construção de novas estratégias de ação profissional em resposta às mudanças em saúde (Ministério da Educação, 2001).

As mudanças na educação superior brasileira, para Sguissard (2009), estavam em andamento e sofriam influências diversas, exercidas: pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, pela Reforma Administrativa (e previdenciária), pelos documentos do MEC (Provão, reformulação do PAIUB), pela nova avaliação da pós-graduação, pela distinção entre IES com e sem fins lucrativos, pela regulamentação do crédito educativo e pela formulação das diretrizes curriculares, além do contingente de recursos, congelamento salarial e vagas de docentes e discentes.

Para contextualizar essas mudanças na educação superior em saúde, foram estudados 20 documentos governamentais, objetivando a compreensão desse processo até a atualidade e a influência na educação superior do modelo em saúde instituído quanto às competências que possam dar conta da gestão de trabalho. Os documentos estudados foram: a Lei nº 9.394 (23/12/1996), a Lei nº 10.172 (09/01/2001), a Lei 10.861 (14/04/2004), a Lei 11.096 (13/01/2005), o Decreto n. 2.207 (15/04/1997), o Decreto nº 5.773 (09/05/2006) o Decreto nº 6096 (24/04/2007), a Resolução CNE/CES nº 3 (07/11/2001), o Parecer CNE/CES nº 1.133 (07/08/2001), o Parecer CNE/CES nº 492 (03/04/2001), o Parecer CNE/CES nº 62 (19/02/2004), o Parecer CNE/CES nº 1.210 (12/09/2001), além de publicações do Ministério da Educação [MEC] (2006, 2007, 2009), Ministério da Saúde [MS] (2004, 2009) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais [INEP] (1999, 2006, 2012). O processo de institucionalização da educação superior se desdobra a pelo menos duas décadas, como descrito na Tabela 1.

*Tabela 1*

Processo de institucionalização da educação superior (1932 – 2007)

<b>Ano</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Fonte</b>
1932	Manifesto dos pioneiros da educação com proposições sobre a reconstrução educacional, resultando na inclusão do Artigo 150 específico na Constituição Brasileira de 1934, sendo incorporada a necessidade desse plano em todas as constituições posteriores.	Brasil (2001)
1996	Instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, destacando a educação superior em linhas gerais, que necessitou mais detalhamento por meio de legislações complementares (decretos). Início do estabelecimento do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e que encaminha a necessidade de elaboração de um Plano Nacional de Educação (PNE). Indica as universidades como pluricelulares ensino-pesquisa-extensão e de domínio e cultivo do saber humano, com produção científica nacional e regional.	Brasil (1996, 1997, 2001)

Continua

## Conclusão

- 1961 a 1998 Foram organizados vários planos estratégicos de educação. O primeiro, com metas qualitativas e quantitativas a serem alcançadas em oito anos, recebendo revisões consecutivas nos anos seguintes, incluindo normas descentralizadoras, alterações na redistribuição dos recursos federais e participação da sociedade. Brasil (2001)
- 1994 a 2002 Panorama da educação superior no Brasil neste período: Prevalência de matrículas em IES privadas (64%) em relação às públicas (36%) distribuídas em áreas restritas, com desigualdade regional, concentração no ensino noturno, prevalência de cursos na área humana em detrimento do campo de saúde e concentração da pós-graduação no setor público e na região Sudeste. Além disso, predomínio de universidade de ensino em detrimento da universidade de pesquisa, como consequência da restrição financeira e criação de IES privadas sem obrigação de produção de conhecimento. Sguissard (2009); Brasília (2013)
- 1996 a 2003 Início do sistema de avaliação da educação superior em dois instrumentos: exame das condições de oferta, a partir de recursos, e o Exame Nacional de Cursos (Provão). INEP (1999)
- 2001 Aprovação do PNE, tendo como eixos norteadores a Constituição Federal de 1988, a LDB, a Ementa Constitucional 14/1995 e o Plano Decenal de Educação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Início do investimento para as necessidades e desafios do Século XXI na direção da redução das desigualdades sociais e colocando as universidades com o objetivo de projetar esse futuro. Propõe a renovação do ensino universitário e permanente avaliação dos currículos. Brasil, (2001, 2013) Sguissard (2009)
- 2004 Instituição do Sistema de Avaliação da Educação Superior – SINAES, com o sistema mais complexo, objetivando melhoria na qualidade e expansão da oferta da educação superior, por meio da estrutura de recursos físicos e humanos e avaliações com instrumentos diversificados, que, ao final, resultará em uma escala de acordo com diversas dimensões avaliativas. Brasil (2004)
- 2005 Regulação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior que possibilite o acesso às universidades, denominado Programa Universidade para Todos (Prouni). Brasil, 2005
- 2007 Instituição do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, com meta global de elevação gradual de egressos, ampliação de vagas e elevação da qualidade da educação nacional, respeitando a autonomia, diversidade da universidade e promovendo aumento de recursos físicos, materiais e humanos. INEP (2007); Brasil (2007)
- Expansão como uma meta do desafio do novo século para, entre outros aspectos, o de formação para novos paradigmas sociais e econômicos.
- Constrói-se baseado no diagnóstico da continuidade de prevalência de IES privada, porém com sinais de esgotamento pelo alto custo e inadimplência, além da continuidade do sistema educacional nos moldes dos anos 70, com disciplinas fragmentadas, com práticas pedagógicas tradicionais, sem recursos tecnológicos e de inovações de ensino.
- Necessidade de um ensino superior com base em princípios norteadores contemporâneos para criar um perfil e competência do profissional para enfrentar os desafios do mundo de forma sólida e crítica para soluções dos problemas complexos da vida pública.
-



A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei Nº 9.394 de 20/12/1996) colocou a educação como um processo que ocorre nas instituições de ensino e pesquisa, como também nos espaços do trabalho, pois instituiu a formação por meio de estratégias pedagógicas teórico-práticas, ou seja, a educação superior deve estar vinculada ao mundo do trabalho e às práticas sociais. Nesse propósito, a LDB tem, entre tantas finalidades, a de estimular o desejo permanente do profissional por formação e integração do conhecimento.

O Plano Nacional de Educação (PNE), entre seus objetivos diversos, prevê a elevação do nível de escolaridade, com melhoria da qualidade, redução de desigualdades sociais e regionais, ampliação do atendimento à população e a indissociabilidade entre ensino, extensão e pesquisa nas universidades (Brasil, 2001, 2013).

A elaboração do PNE se deu em um importante momento histórico político, em 2001, e possibilitou ao Brasil investir em uma mudança no contexto universitário com a integração curricular, diversidade de cenários de aprendizagem articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da concepção ampliada de saúde (Batista, 2012; Brasília, 2013) e da garantia do acesso às instituições de ensino e de oportunidades de educação profissional (Brasil, 2001).

Entretanto, o diagnóstico apresentado por esse plano, na época, mostrou uma realidade problemática de expansão de 92% das universidades, significativa para as IES privadas (118%) em relação às públicas, com prevalência de IES apenas de ensino, com distribuição de vagas desigual por regiões, tendo o Brasil um dos índices mais baixos de acesso à educação superior da América Latina. (INEP, 1999; Brasil, 2001; Carvalho & Nunes, 2004; Sguissard, 2009). Esse diagnóstico continuou até 2006, com 176 universidades públicas e 1.934 privadas (INEP, 2007), o que estimulou a necessidade de incentivo à reestruturação e à expansão das IES públicas por meio do Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI (Brasil, 2007).

Os planos para a educação superior, a partir de 2001, levaram as universidades a investirem nas necessidades e desafios do Século XXI, com avanços científicos e culturais, com pesquisa para a busca de soluções para problemas da atualidade e diminuição das desigualdades por meio de estratégias para renovação do ensino universitário brasileiro, reformulação do rígido sistema atual dos controles burocráticos, autonomia e permanente avaliação dos currículos como medidas necessárias e urgentes (Brasil, 2001; Brasil, 2007, Brasília, 2013).

Na área da saúde, as universidades estão significativamente no campo público, em virtude do alto investimento, das tecnologias da área, das mudanças no modelo em saúde, do tempo de formação e interlocução com ensino, práticas de extensão e pesquisa. Por esses

motivos, a formação está em processo de mudança e ainda se apresenta em um modelo de cuidado de manipulação de patogênese em detrimento do social. Nesse sentido, as estratégias apresentadas no REUNI, descrito na Figura 2, mostram, entre vários aspectos relevantes, a necessidade de renovação pedagógica da educação superior que dê conta de novos paradigmas sociais, econômicos e de saúde, de forma a promover as Políticas inovadoras do Século XX e XXI.

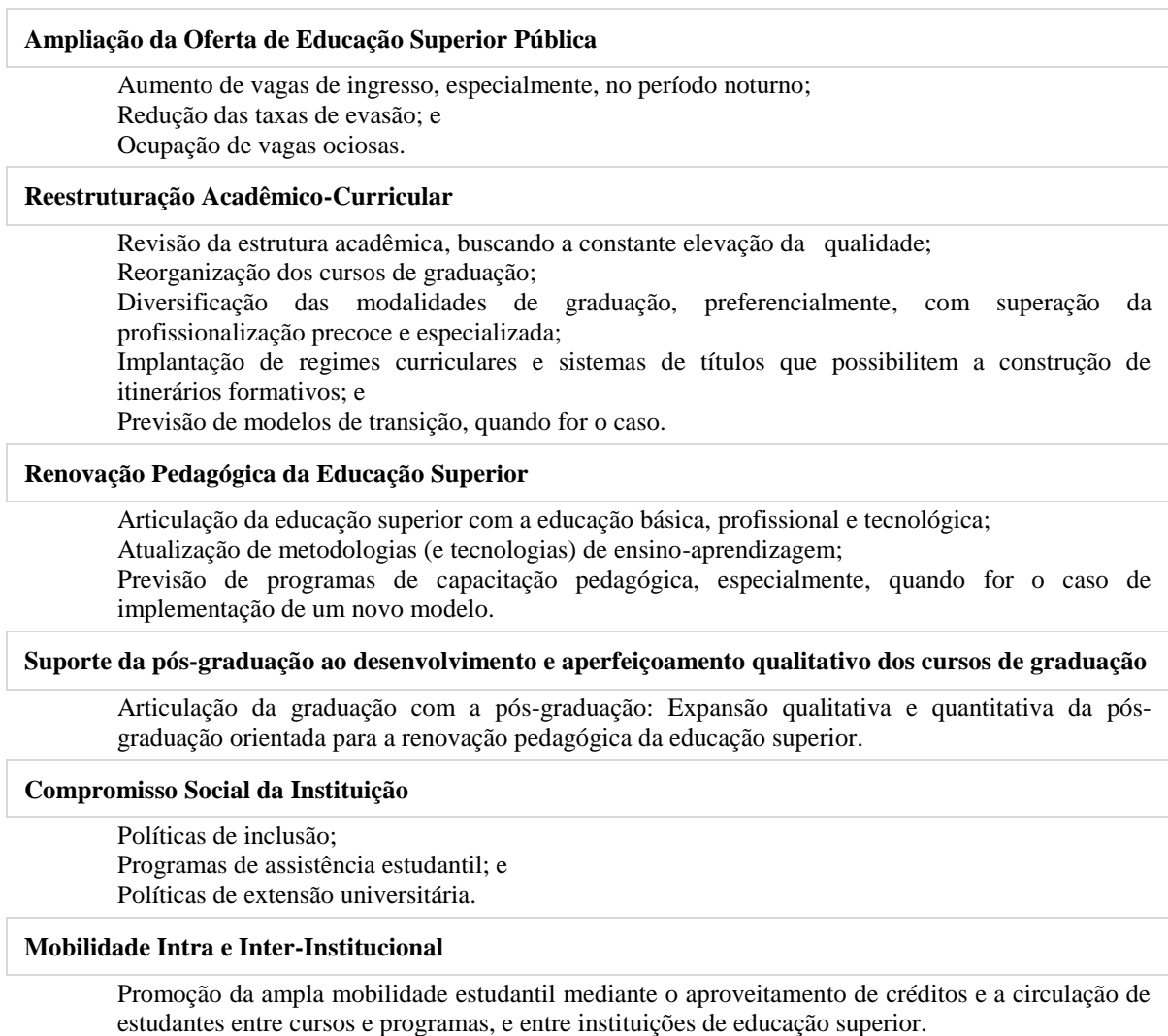


Figura 2. Dimensões do REUNI. Fonte: MEC

Pelo REUNI, a renovação pedagógica da educação superior deve apresentar dimensões que promovam o perfil e a competência do profissional aos desafios do mundo, as mudanças do paradigma e das Políticas Públicas. Entretanto, esse processo ocorre paulatinamente, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2

Sinopse dados das IES

Dados	N		
	Pública	Privadas	Total (N)
Instituições de Ensino Superior	304	2.112	2.416
Matrículas de Ingressos	1.129.777	3.573	4.703.693
Concluintes das IES	142.466	495.020	637.486
Transferência entre instituições	1.369	7.258	8.627

Fonte: INEP (2012)

Observa-se ainda uma prevalência de instituições privadas, mas com aumentos significativos instituições de ensino superior públicas, apresentadas no último levantamento, por meio de transferências de discentes e de crescimento de ingressos e egressos nas IES públicas.

### 3. Formação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental e no cuidado as pessoas em uso problemático de drogas

Na formação superior em saúde o campo da saúde mental deveria ser de inclusão de práticas e saberes, por meio da constituição histórica dos sujeitos, da reflexão sobre as ações e consequências advindas da inclusão hospitalar no tratamento e da aprendizagem sobre práticas e tecnologias geradoras para o contexto e a complexidade. Para isso, a formação dos futuros trabalhadores não deveria se apoiar, predominantemente, nas tecnologias duras, mas considerar as tecnologias leves ou de baixa exigência na relação entre profissionais de saúde e usuários (Ceccim, 2005; Ministério da Saúde, 2004; Merhy, 2002), além de desenvolver competências sobre o campo epistemológico de saúde, das experiências do cuidado, das avaliações de serviços e da atuação em rede territorial e na comunidade (Amarante & Da Cruz, 2008).

É importante destacar que, no REUNI, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação (DCNS) são consideradas estratégicas para as mudanças dos projetos político-pedagógicos dos cursos e, dessa forma, determinar o perfil profissional para lidar com as competências necessárias para as Políticas Públicas, como a de droga. Após estudo das DCNS dos cursos de graduação da saúde e as profissões que compõem da equipe básica do CAPS

AD (Enfermagem, Medicina, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social), foi possível conhecer o perfil profissional do egresso e as competências e habilidades necessárias para que o profissional possa lidar com a gestão do trabalho. Esses aspectos foram descritos na Tabela 3.

Tabela 3

Perfil do egresso e competência 1

DCNS	Parecer	Ano	Perfil do egresso	Competência e habilidades profissionais
Enfermagem	CNE/CES n.3	2001	Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva;	Atenção à saúde no âmbito profissional;
Medicina	CNE/CES n° 1.133	2001	Com base no rigor científico, intelectual e princípios éticos; Conhecendo e intervindo sobre os problemas/situações de saúde-doença;	Tomada de decisões para eficácia e custo-efetividade da força de trabalho de práticas – avaliar, sistematizar e decidir condutas com base em evidências científica;
Terapia Ocupacional	CNE/CES n.º 1.210	2001	Baseado no perfil epidemiológico Nacional e da região de atuação, em dimensões biopsicossociais;	Domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida.
Psicologia	CNE/CES n° 62	2004	Atuando com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, da saúde integral e do ser humano.	Comunicação com confidencialidade; Liderança em equipe multidisciplinar – compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação;
Serviço Social	CNE/CES n° 492		Atuação nas expressões da questão social, formulando e implementando de propostas de promoção da cidadania.	Administração e gerenciamento da força de trabalho e dos recursos; Educação permanente

Fonte: Diretrizes Curriculares Nacionais Cursos de Saúde, em Portal MEC: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao).

Partindo das descrições dos DCNS, os profissionais que atuam nos CAPS AD devem ter uma formação superior que promova um perfil de competências para lidar de forma generalista, humanizada, reflexiva e crítica no cotidiano do serviço e que possa atuar com percepções sobre o processo saúde doença, com base nos aspectos epidemiológicos e de forma compromissada e com especificidades a partir das necessidades de cada profissão.

No diagnóstico apresentado pelo REUNI, uma das questões se refere às instituições formadoras que perpetuam modelos centrados em tecnologias altamente especializadas. Essa

afirmação é reforçada por muitos autores que fazem referência a aspectos relevantes, como: práticas dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (Ceccim, 2005), ausência de inclusão de trabalho em equipe na formação de graduandos de saúde (Castro & Campos, 2014) e, especificamente, no campo das questões de drogas, a ausência dessa temática nos currículos ou insuficiência de abordagens no contexto teórico e prático, social e de saúde (Barros, Santos, Mazoni, Dantas & Ferigolo, 2008; Gallassi & Santos, 2013), disciplinas compartimentalizadas, ausência de reagrupamento e reorganização de práticas educativas que desenvolvam as competências necessárias à compreensão da complexidade humana e, no ensino em áreas da saúde, da complexidade do cuidado em saúde (Morin, Gadoua & Potvin, 2007; Morin, 2010a; Morin, 2010b). Portanto, a universidade deve se tornar capaz de promover a formação e pesquisa com foco central pedagógico nas interações entre seus membros, como uma comunidade de aprendizagem com programas acadêmicos formais, sociais, extracurriculares e culturais (Demo, 2006).

Pelos dados do INEP (1999, 2007, 2012), observa-se um avanço progressivo na reformulação da educação superior, por meio, por exemplo, de ingressos e egressos nas IES públicas, mas que ainda se mostra com problemáticas históricas, como o contínuo avanço das IES privadas com foco apenas no ensino, dificuldades de interação teórica prática e de integrar abordagens pedagógicas diferenciadas, não fragmentadas, que permitam desenvolver o perfil e as competências descritas no DCNS dos cursos da saúde.

O REUNI mostra-se como um plano inovador não apenas para expandir, mas melhorar a formação superior, aumentando recursos e reorientando formação que possibilitem alcançar os novos paradigmas (como o de saúde) com profissionais com competências política, técnica, ética e pedagógica para aplicabilidade nas situações reais dos serviços no cotidiano do trabalho, mas que, principalmente, respondam às mudanças do modelo de saúde.

Esse cenário de mudanças na educação superior é significativo, mas com resultados ainda pouco expressivos no desenvolvimento do modelo de cuidado instituído pela Política de Saúde Mental, pois a formação em saúde ainda não incorporou os novos valores e princípios, comprometendo o desenvolvimento de competências para práticas que respondam ao modelo psicossocial, gerando, entre outros fatores, a necessidade de maiores investimentos de educação permanente em serviço como uma estratégia para superar essa lacuna.

Devido a importância da educação permanente, na seção seguinte, será analisado o papel da educação permanente em saúde como estratégia para promover o aprendizado contínuo de novas competências exigidas pelas novas práticas e estratégias terapêuticas e a complexidade do cotidiano dos serviços de saúde mental, como os CAPS AD.

#### **4. A Educação Permanente em Saúde (EPS) e suas implicações na qualificação das equipes de saúde mental, álcool e outras drogas.**

Esta seção trata da Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma política de capacitação dos profissionais de saúde e que, para a Política Nacional sobre Drogas, é vista como espaço de socialização do modelo de cuidado proposto, bem como de estratégias de desenvolvimento de competências para lidar com o paradigma atual de cuidado prestado a usuários com problemas no consumo de drogas.

A educação permanente inclui, nesse sentido, a aprendizagem em serviço, baseada na troca de experiências entre profissionais e demais atores do sistema de saúde e na participação desses profissionais em cursos e outras ações educacionais mais ou menos sistemáticas e planejadas.

No campo da saúde, a globalização e as modificações do modelo promoveram, nos serviços, uma necessidade de mudanças na gestão do trabalho e na produção do cuidado, tendo por base a política do SUS. Essas mudanças são consideradas nós críticos, pois o modelo do SUS exige produção de novas formas e tecnologias que alcancem a singularidade dos processos produtivos em saúde e o desenvolvimento de práticas diferentes das adotadas anteriormente. O profissional de saúde, como um operador do cuidado, deveria, nesse contexto, ser capacitado para analisar os processos de trabalhos e necessidades de criação de conhecimentos sobre práticas e tecnologias em saúde, denominadas tecnologias de baixa exigência (Ministério da Saúde, 2004), bem como na adoção de tecnologias leves (Merhy, 2002), as quais são dependentes do desenvolvimento de habilidades sociais, muitas vezes, pouco enfocadas na formação universitária em cursos da área da saúde no Brasil.

Desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Saúde (DCNS) definidos pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) apresentam, entre diversas estratégias para a organização dos projetos pedagógicos dos cursos de saúde, o estímulo do desenvolvimento de competências gerais e de capacidades de aprender continuamente, não apenas acumulando conhecimentos, mas sendo capaz de expressá-los, interagindo teoria e prática. A EPS é descrita como importante para a continuidade da formação em saúde e deve basear-se em demandas de aprendizagens contínuas de novos conhecimentos a serem cumpridas por programas educacionais inclusive em parceria com IES.

Alguns autores (Murofuse, Rizzotto, Muzzolon & Nicola, 2009; Castro & Campos, 2014; Amarante & Da Cruz, 2008), em pesquisas desenvolvidas com trabalhadores do setor público, apresentam críticas sobre as práticas médicas e a formação nas universidades brasileiras, que ainda permanecem centradas em práticas e saberes técnicos, com pouca ênfase

na aprendizagem e características do território, sendo que muitos conhecimentos relevantes não são adquiridos por profissionais de saúde e, por isso, pouco utilizados em serviços de saúde, gerando baixa adesão desses profissionais ao modelo de cuidado adotado pelo SUS. Essas fragilidades da formação, somados à alta rotatividade dos trabalhadores em projetos institucionais e diversos problemas organizacionais e gerenciais do serviço têm dificultado a adoção do modelo. Além disso, os resultados desses estudos mostraram necessidade de melhoria da formação dos profissionais e da aprendizagem nos locais de trabalho, de modo a motivar e estimular reflexões advindas das mudanças no modelo de cuidado em saúde. Portanto, a relação entre formação e a aprendizagem em serviço é relevante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), para a articulação dos serviços de saúde com a rede e para o modelo psicossocial da Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004; Albuquerque; Gomes; Rezende; Sampaio; Dias & Lugarinho, 2008).

No caso dos serviços e profissionais que lidam com o cuidado de pessoas em uso problemático de drogas, a formação dos profissionais deveria contemplar o estudo do indivíduo, da substância usada e do contexto de uso, com rotinas de serviço voltadas para a interdisciplinaridade, o território e a inserção social do usuário (Ministério da Saúde, 2004; United Nation Office on Drugs [UNODC]; World Health Organization [WHO], 2008). Para isso, observa-se a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre diferentes estratégias e tecnologias pelos profissionais, capacitando-as para lidar com as complexas necessidades do serviço. A capacitação permanente, fundamentada com conteúdo claros e aplicáveis na perspectiva da atenção integral (Gallassi & Santos, 2013), é necessária à atuação dos profissionais de acordo com o modelo psicossocial.

Ceccim e Feuerwerker (2004), em seus estudos, apontam que a forma como o trabalhador se coloca no cuidado pode determinar o perfil do serviço e que há necessidade de encontrar estratégias educacionais que estimulem os profissionais a trabalharem em sintonia. No campo do cuidado ao uso problemático de drogas os trabalhadores podem se beneficiar com a educação permanente em saúde, podendo simular ou propiciar um cenário de práticas e recriar a teoria necessária, sendo possível recriar a própria prática, como sugerem as políticas de educação em saúde.

Na literatura estudada, a denominação utilizada sobre a EPS apresenta definições e denominações como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4

## Definições de Educação Permanente 1

Autores	Definições da EPS
Ceccim e Feuerwerker (2004) Ceccim (2005) Castro e Campos (2014)	EPS é definida como quadrilátero (ensino, gestão setorial, práticas de atenção, controle social) para transformações no trabalho.
Albuquerque et al. (2008)	É a integração ensino aprendizagem articulados, interface ensino e trabalho, aprendizagem- trabalho-cotidiano a partir dos problemas enfrentados na realidade considerando conhecimento e experiência descentralizado, ascendente e transdisciplinar.
Murofuse et al. (2009)	Define-se a EPS de duas formas: educação continuada como ações para contribuição da reorganização do serviço e educação Permanente em Saúde como uma ação de transformações dos processos de trabalho para melhoria da qualidade dos serviços, equidade no cuidado e acesso aos serviços.
Stotz (1993) Franco (2007, 2009)	É um processo autoanalítico das velhas práticas para as novas possibilidades de cuidar.
Donato e Rosenburg (2003)	Utiliza o termo ‘espaço intercessor’ como espaço de relação entre profissional e o usuário no cuidado com consequências subjetivas. Ação educacional para desenvolver processos cognitivos e mudanças subjetivas, operando mudanças nos trabalhadores de saúde.
Batista (2012)	Denomina Educação Interprofissional como modelo de EPS em treinamento conjunto para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas.

Como se percebe, as denominações utilizadas na literatura mostraram-se distintas: educação e saúde, educação para a saúde, educação continuada em saúde, formação para a área da saúde e educação permanente em saúde, porém com definições similaridades. Com isso, a EPS mostra-se como uma interface do ensino com o trabalho, que vise melhoria na qualidade dos serviços de saúde, equidade no acesso da sociedade aos serviços.

Na literatura, alguns autores (Batista, 2012; Castro & Campos, 2014) discutem possibilidades de formação a partir de estudos empíricos de aplicação de modelo em serviços de saúde mental. Em ambos os estudos, concluiu-se pela necessidade de investimento em modelos de educação permanente em serviço para a democratização das relações institucionais e como fio condutor do desenvolvimento de práticas que busquem entender a realidade para transformá-la.

Os modelos de EPS descritas nos estudos foram denominados de Modelo de Educação Interprofissional em Saúde e o Apoio Institucional Paideia. O primeiro apresenta como ponto central da formação a integração das profissões da área da saúde durante a formação, de modo a que apreendam o trabalho conjuntamente para distinguirem as especificidades de cada área, estimulando competências de cada profissão, de cada profissional e colaborador. Nesse



modelo, os exemplos são o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005 e nº 3.019/2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho-PET/Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008).

O segundo estudo apresenta uma estratégia de formação permanente em saúde, fundamentada na análise crítica da teoria das políticas, da administração e planejamento, institucional e pedagógico, com gestão democrática e compartilhada dos processos e necessidades do trabalho.

Ainda sobre o conceito de educação permanente, Demo (2006) a entende como um processo contínuo de aprendizagem, que vai além do instrucionismo e que tem como base sete princípios que definem a sua utilização: o desaparecimento da formalidade na educação, formação permanente como horizonte formativo, dialética entre o que fica e o que passa, relação entre teoria e prática, saber pensar, liberdade de pensamento e intervenção, e habilidade de colocar em seus devidos lugares meios e fins.

O Ministério da Saúde (2004) conceitua a EPS como a aprendizagem no trabalho em um processo de aprender e ensinar no cotidiano do trabalho, transformando as práticas em relação às propostas dos princípios e diretrizes do SUS, como representado por Franco (2007) no diagrama da Figura 3.

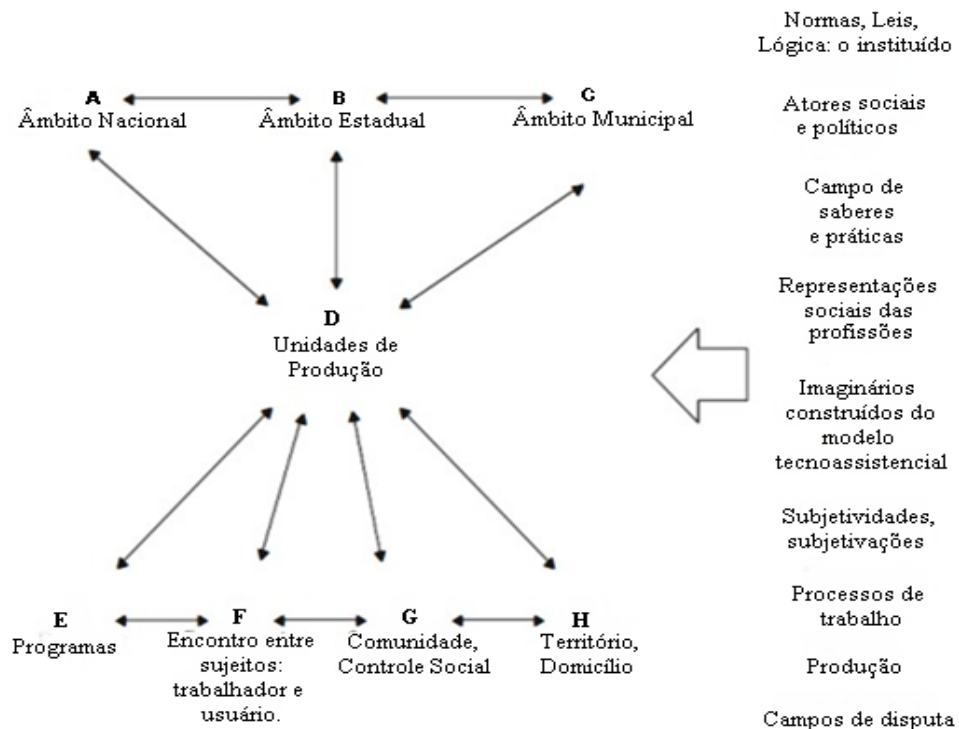


Figura 3. Diagrama da Gestão do SUS e seus fluxos de Educação Permanente em Saúde para a produção pedagógica do cuidado (Franco, 2007).

Esse diagrama apresenta os componentes representantes da educação permanente para o campo da saúde, entendida como um processo dinâmico que muda de acordo com o cenário e as relações com a rede. A educação permanente, nesse sentido, deve promover a reflexão, a autoparticipação e a autocrítica sobre a organização do cuidado, bem como ampliar conhecimentos/saberes, além de desenvolver a postura ativa que transforme as ações de cuidado em processo descentralizado, ascendente e transdisciplinar (Albuquerque et al, 2008).

O processo de educação permanente não deveria consistir apenas em ensinar técnicas, mas em ações educativas dinâmicas, como uma expectativa da pessoa, que deve permanecer repensando a vida toda para a construção e reconstrução de habilidades (Demo, 2006), gerador de subjetividade pela autoanálise das velhas práticas para novas possibilidades de cuidar, desenvolvendo mudanças no trabalhador e transformações no trabalho (Ceccim, 2005; Franco, 2007, 2009; Batista, 2012; Castro & Campos, 2014).

De acordo com essa abordagem, a EPS ocorre em diferentes contextos, especialmente, no local de trabalho. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o SUS “ordene a formação de recursos humanos na área de saúde”. Os princípios constitucionais, e os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde estabelecido pelas novas políticas exigiram novos perfis profissionais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplam as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos e demográficos de cada região do país, tendo a educação permanente como estratégia de estímulos de competências gerais.

Nesse sentido, a partir de 2003, foram editadas portarias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Resolução CNS 335 27/01/2003; Portaria Nº. 198/GM/MS 13/02/2004; Portaria nº 1.996 GM/MS 20/08/2007; Portaria Nº 3088 GM/MS 23/12/2011). Esses documentos foram desenvolvidos para responder às transformações ocorridas no campo da saúde, oriundas da consolidação da reforma sanitária, de responsabilização constitucional do Ministério da Saúde para formação e dos gestores para políticas de formação e de valorização da integração ensino da saúde no exercício de ações.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está articulada em eixos, conforme ilustrado na Figura 4, estruturada por conceito pedagógico no setor da saúde na relação entre ensino e ações, por meio da agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva, com um modelo que respeite as especificidades regionais para superação das desigualdades e com necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho.



Figura 4. *Eixos da Política de Educação Permanente em Saúde* (Fonte: Ministério da Saúde, 2004).

Esses eixos das atividades de formação no cotidiano do serviço são capazes de promover a cultura de evidências no campo da saúde mental com relação às intervenções clínicas, como também comunitárias e de tecnologias leves (Desviat, 2008).

##### **5. A educação permanente qualificando os profissionais dos CAPS AD sobre saúde mental, álcool e outras drogas.**

O incentivo à educação permanente, com relação à problemática mundial das drogas, foi observado em diversos documentos governamentais (OMS, 2012; MS, 2012, 2013; SENAD, 2010, 2011; SES/DF 2012). Esses documentos incentivam a gestão do trabalho, a produção do cuidado para questões sobre drogas, as novas tecnologias no cuidado e a reorganização dos serviços, além de descreverem a educação permanente como base para essas mudanças.

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC e a World Health Organization - WHO (2008) sugerem, como um dos princípios para o tratamento da dependência de droga, a questão da formação e o desenvolvimento da carreira dos profissionais, descrevendo ações e estratégias como: (1) mecanismos de avaliação das práticas desenvolvidas pelos profissionais; (2) incentivo à carreira, com supervisão, educação, treinamento, cursos rápidos, ou outros formatos de educação (a distância ou pós-graduação); (3) desenvolvimento de supervisão clínica para o cuidado dos profissionais; (4) investimento na formação de profissionais já no início de suas carreiras, fazendo parte dos currículos

universitários e da educação continuada, sendo essencial para a alta qualidade do serviço e, além disto, disseminar práticas baseadas em evidências.

O relatório do Conselho Federal de Psicologia (Brasil, 2011), referindo-se à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida pelo Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011), sugeriu que a atenção psicossocial pela lógica da responsabilização, da integralidade e do compromisso profissional só seria possível se o trabalho preconizado caminhasse *'pari passu'* com a educação permanente, não necessitando de um programa formal e rígido, mas com práticas de aprendizagem em serviço como discussões, reuniões semanais, estudos de caso e construção coletiva para o desenho do cuidado.

Na saúde mental, inicialmente, a formação foi destinada aos profissionais do CAPS que deveriam prestar supervisão para as unidades hospitalares e matriciamento para a atenção básica. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS - Portaria 3.088 GM/MS 23/12/2011) reformulou a lógica do cuidado, transferindo o papel de formador para a rede de serviços e criando o colegiado da RAPS, o qual tem como uma das funções a organização de diretrizes para a formação permanente, objetivando qualificar o acolhimento, acompanhar continuamente a atenção às urgências e avaliar os serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade (Ministério da Saúde, 2011).

No último relatório de gestão do Ministério da Saúde, há referências dos gestores com relação às dificuldades na produção e divulgação de pesquisas em saúde mental na saúde pública. Para responder a essa demanda, foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), com o objetivo de expandir estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, tendo como um dos eixos de ação a qualificação profissional nos serviços de saúde e intersetorial, com investimentos, no período de 2006 a 2011, em educação permanente nos serviços, o que perdurou até o ano de 2010 (Ministério da Saúde, 2011).

O PEAD foi impulsionado em 2010 pelo Plano Crack, é Possível Vencer, com investimento de R\$ 410 milhões distribuídos pelos serviços intersetoriais, como: Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e Ministério da Justiça. Portanto, os investimentos foram significativos a partir de 2004 em relação à educação permanente em vários campos e serviços, como descritos na Tabela 5.

Tabela 5

Investimentos em educação permanente a partir do ano de 2004.

<b>Estratégias Governamentais</b>	<b>Documento</b>	<b>Ações de Investimentos em EPS</b>
Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS) para integração de recursos humanos com a reforma psiquiátrica.	Portaria GM/MS nº 198 (13 de fevereiro de 2004) e Portaria nº 1.996 (20/08/2007)	Investimentos em residências Multiprofissionais em Saúde mental; Residências Psiquiátricas no modelo comunitário Programa de qualificação serviço (supervisões clínico institucional) PET/Saúde mental e PET/Saúde mental /Crack 2011
Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD).	Portaria n. 1.190 (04/06/2009)	Aprovação de 10 projetos da Escola de Redutores de Danos
Plano Crack é possível vencer investimentos em formação e expansão de serviços intersetorial	Decreto 7.179 em 24/07/2010	Criação das Escolas de Redutores de Danos (ERD) Criação das Escolas de Supervisores Clínico Institucionais Criação do PET/Saúde Mental/ Plano Crack (Programa de Educação pelo Trabalho) Supervisão clínico institucional Oficinas de qualificação para profissionais e familiares; Criação Centros de Referência Regional Para Formação em Álcool e outras Drogas e Saúde Mental; Criação de ação de matriciamento em saúde mental e consumo de drogas para pequenos municípios (menos de 20.000 habitantes); Convênios com IES e Entidades internacionais

Fonte: Ministério da Saúde (2011)

A supervisão clínica institucional é um acompanhamento junto aos profissionais para a organização, funcionamento do serviço, estruturação e sentido da clínica e do acolhimento. Segundo dados do Ministério da Saúde (2011, 2012), no período de 2006 a 2011, ocorreram um total de 851 supervisões distribuídas nos estados brasileiros e o Distrito Federal. Nesse mesmo período, o crescimento do número de CAPS foi de 1.742, não alcançando, portanto, a média de crescimento desses serviços. Os estados com maiores e menores números de supervisões foram, respectivamente, São Paulo (144) e Amapá (02). No relatório de gestão 2007-2010 do Ministério da Saúde (2012), a distribuição das supervisões clínico-institucionais nos estados e no Distrito Federal ocorreram distintamente, sendo justificada pela concentração de serviços nessa região e maior oferta de profissionais qualificados para esse trabalho.

A Escola de Redutores de Danos do SUS, segundo o Ministério da Saúde (2012), é um projeto que busca fomentar e qualificar ações de redução de danos no âmbito do SUS e de outros setores, com a instrumentalização teórico-prático nos segmentos profissionais e na comunidade para atuarem nas situações de consumo de álcool e outras drogas e de convívio

com a população usuária, especialmente, em contexto de vulnerabilidade. No período de 2007 – 2011, houve a criação de 58 ERD de forma distintas nas regiões do Brasil, com número significativo em São Paulo (11) e no Distrito Federal (02).

A Política Nacional sobre Drogas, em 2010, tornou-se prioridade da agenda governamental, motivada pelo problema da saúde pública com relação ao abuso de drogas, em especial, o crescente consumo de crack, com alocação de R\$ 410 milhões distribuídos pelos serviços intersetoriais. Por meio do Decreto 7.179 (Presidência da República 20/05/2010), da Portaria 130 (GM/MS 26/01/2012) e da Portaria 62 (SES/DF 17/04/2012), foi redefinida a rede de atenção dos CAPS AD e incentivada a educação permanente em serviço, com alocação orçamentária de 30% do valor total para essa finalidade (Ministério da Saúde, 2004, 2007, 2011).

O Programa “Crack é possível vencer” (SENAD, 2011) constituiu-se em um fato relevante quanto ao investimento em formação sobre o campo de tratamento de drogas com a rede intersetorial. Nesse programa, as questões sobre drogas são consequências da combinação de aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais, tendo os governos o desafio de construir uma política que promova abordagens diferenciadas e que possa atender à prevenção do uso, ao cuidado do usuário e ao enfrentamento ao tráfico de drogas. Esse plano reuniu diversas ações intersetoriais organizadas em três eixos estruturantes: prevenção, com enfoque na formação; cuidado, com ampliação e capacitação da rede; e autoridade, com ações de redução da oferta de drogas ao usuário.

Nos dois primeiros eixos, prevenção e cuidado, o investimento na EPS dos profissionais é núcleo central. No primeiro, é estimulada a intersetorialidade como uma prática dos serviços (redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do direito, e lideranças religiosas e comunitárias) e, no segundo, o aperfeiçoamento de tecnologias para serviços especializados do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e Sistema Único de Saúde - SUS, como nos CAPS AD. As ações de educação estão descritas na Tabela 6.

Tabela 6

*Ações de formação descritas no “Plano Crack é Possível Vencer” por eixo de prevenção e de cuidado.*

<b>EIXO PREVENÇÃO</b>	<b>EIXO CUIDADO</b>
Curso de Prevenção do Uso de drogas para educadores de escola pública (extensão universitária);	Criação de vagas em residência Médica em Psiquiatria e multiprofissional em saúde mental;
SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substância Psicoativa;	Residência Multidisciplinar em Saúde - Lei nº 11.129/03/05/2005, Portaria nº 1.077/12011/2009;
Curso para integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas - "operadores de direitos";	Residência Médica - Decreto nº 7.562/15/09/2011;
Centro regional de referência sobre crack e outras drogas – CRR;	Programa de formação de profissional de nível médio para as RAPS (formação permanente para técnicos SUS);
Capacitação: curso de prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins- fê na prevenção;	Curso de atualização em saúde mental e trabalho em rede: demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas;
Capacitação: prevenção ao uso indevido de drogas - capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias;	Curso de capacitação em atenção às situações de crise em saúde mental;
Curso de capacitação para comunidades terapêuticas;	Curso de capacitação em saúde mental da infância e a adolescência no âmbito das RAPS.
Núcleos de formação continuada de conselheiros de direitos tutelares - escola de conselheiros;	
Educação Integral - educação básica;	
Programa Saúde na escola;	
Programas de proteção à criança e adolescentes ameaçados de morte (PPCAAM).	

Fonte: SENAD, 2011.

Dentre outras diretrizes, esse programa apresenta a valorização da integração das redes, desenvolvimento de diferentes práticas e tecnologias para necessidades específicas e com respeito regional e, principalmente, a cultura de monitoramento de ações para obtenção de evidências. A partir desse programa, os estados e o Distrito Federal passaram a investir em cursos de formação, em parcerias com as IES públicas. No Distrito Federal, houve a criação do Sistema Distrital de Políticas sobre Drogas (SIDPD) e do Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal, que descreve como meta capacitar, aproximadamente, no período de 2011 a 2015, um total de 23.972 pessoas em todos os cursos, nos diversos setores (Ministério da Saúde, 2012).

O modelo psicossocial se apresenta complexo pelas necessidades de mudanças na rotina do serviço e de novas práticas que devem ser implantadas pelos profissionais do serviço. As competências e habilidades para o desenvolvimento do trabalho mostram-se distante dos

treinamentos dos profissionais, pois as técnicas devem ser baseadas em práticas pertinentes aos contextos que caracterizam um cuidado de qualidade nos CAPS AD. Para isso, a estratégia de formação deveria basear-se no entendimento do modelo de cuidado para as questões de drogas, da rotina dos serviços do CAPS AD e das competências necessárias dos profissionais, tal como definidas nas políticas.

Essas competências necessárias para que os profissionais de saúde dos CAPS AD desenvolvam suas práticas, são observadas nas descrições nos documentos do Ministério da Educação e no Ministério da Saúde de duas formas: por meio da educação superior nas DCNS e pelas exigências da estrutura do modelo de cuidado das questões de droga e do perfil desse serviço. Nas DCNS, as competências se originam no espaço da educação superior em saúde que descrevem, como perfil geral, que as profissões de saúde possam desenvolver decisões para eficácia e custo-efetividade da força do trabalho de práticas – avaliar, sistematizar e decidir condutas com base em evidências científicas, liderança de equipes multidisciplinares, confidencialidade, administração e gerenciamento do trabalho e dos recursos e a busca pela educação permanente de integrar teoria e prática nos serviços.

Existem políticas e diretrizes indutoras para a reorientação da formação em saúde que buscam maior qualificação dos profissionais para o cuidado e atenção à saúde, assim como para a gestão e gerência de serviços, dentre os quais, pode-se destacar: (1) Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/05 e ampliado para os demais cursos de graduação na área de saúde, além dos de Medicina, Enfermagem e Odontologia (Portaria Interministerial nº 3.019/07); (2) PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/08 como uma das estratégias do Pró-Saúde (em especial, do eixo “Cenários de Práticas”) e tido como uma proposta de inovação pedagógica que integra graduações na saúde e fortalece a prática acadêmica que interliga a universidade em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada e com direções específicas e induzidas por área e temática (PET-Saúde da Família, PET-Vigilância em Saúde, PET-Saúde Mental, PET-Rede de Atenção, com ênfase na Rede Cegonha, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede SOS Emergência e Rede de Saúde Indígena); e (3) Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pelas quais se espera uma formação generalista e humanista, com indicação para maior aproximação entre o conhecimento teórico e a realidade prática, bem como a participação de estudantes em atividades na rede de atenção e nos serviços de saúde desde o início da formação, visando à antecipação do contato com a população e com as realidades de saúde que contribuam para



melhor compreensão das necessidades de reorganização dos serviços e rediscussão do modelo de atenção.

## **6. Considerações finais**

O Brasil passa por uma ampla discussão sobre os seus modelos de atenção à saúde, em especial de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade decorrente do uso abusivo de drogas. Nesse debate, tem sido destacada a importância da realização de ações intersetoriais para a construção de pactos sociais capazes de tornar a sociedade mais acolhedora e resolutiva no cuidado e no acompanhamento das pessoas que, por diversas razões, possam estar expostas, suscetíveis ou vivendo em condições ou situações de fragilidade e risco com relação às drogas.

Alguns consensos têm sido alcançados e muito se tem avançado na defesa da oferta de tratamento mais igualitário, livre de discriminação com relação à temática das drogas, na conscientização acerca da importância das ações preventivas e das medidas protetivas, bem como na cooperação e na colaboração nos âmbitos local, regional, nacional e internacional que contribuam para o planejamento e realização de ações coordenadas dos diversos órgãos e setores envolvidos no problema. Da mesma forma, tem sido reconhecida a necessidade de implantação, efetivação e melhoria de programas, ações e atividades de prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, atendimento à demanda e de redução de danos.

No entanto, para que consensos se consolidem, é fundamental contar com um modelo de atenção capaz de responder à complexidade das questões associadas às drogas, o que requer o comprometimento da sociedade e dos setores mais diretamente envolvidos nessa temática, como é o caso da saúde, da assistência social, da educação e da justiça.

Muito se tem avançado. Dispomos, no Brasil, de políticas e de legislação específicas para o tratamento da questão, assim como amparo nos sistemas nacionais setoriais, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Educacional Brasileiro e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça.

No entanto, diferentes profissionais que atuam nessas áreas lidam, cotidianamente, com pessoas em situação de vulnerabilidade, em sua maioria, ligadas ao uso abusivo de droga, sem que estejam preparados para o seu enfrentamento.

Essa realidade de trabalho tem produzido fragilidades no atendimento a essas pessoas, mas que podem ser superadas com o desenvolvimento de estratégias de intervenção associado

a um modelo de atenção pautado por formas de organização dos serviços que incluam a qualificação desses profissionais para a identificação de situações que necessitam de intervenções e para a tomada de decisões sobre as melhores formas de assegurar assistência necessária e o cuidado adequado para aqueles que nela se encontram.

As mudanças necessárias para a consolidação desse novo modelo passam por questões relacionadas à gestão de serviços (nível macro político) e à gerência das ações estratégicas (nível micro político), cuja dinâmica e interação envolvem a formação e qualificação da ação profissional, a escolha e o desenvolvimento das intervenções mais adequadas e efetivas. Corroborando estudos de Parreira e Silva (2015) que definem o campo macropolítico como à organização do serviço em relação às estratégias para mudanças da rotina do próprio serviço, está diretamente relacionado à tomada de decisão no âmbito da gestão desses serviços. E o campo micropolítico, que está ligado ao campo gerencial, espaço de ação dos próprios profissionais no âmbito do serviço, diz respeito às medidas relacionadas ao funcionamento da atenção e tem implicações muito diretas no cotidiano do trabalho.

Como ambos os campos são estreitamente relacionados, para que ocorram as transformações desejadas, fazem-se necessárias mudanças na rotina do serviço (campo macro político) associadas às mudanças nas estratégias de intervenção e de cuidado (campo micro político). De uma forma geral, tal articulação tem relação com as oportunidades de educação permanente que incidem muito fortemente na qualificação da gestão e da atuação profissional e que representam oportunidades de aprendizagem que tornam mais competentes aqueles que respondem tanto pela organização e funcionamento dos serviços como pela ação de saúde dos sujeitos em suas necessidades, sejam elas de caráter preventivo ou de promoção da saúde.

Para a qualificação das ações nos campos macro e micropolíticos, tem-se referido às contribuições da Educação Permanente em Saúde (EPS). Essa educação tem sido considerada relevante nesse processo de mudança do modelo de atenção, uma vez que uma maior preparação dos profissionais de saúde contribui para uma melhor organização e funcionamento dos serviços voltados às pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente do uso de drogas, com a finalidade de mapeamento, instituição, articulação e aperfeiçoamento de programas existentes, bem como para a criação de novos.

A EPS diz respeito ao processo educativo que tem como ponto central o cotidiano do trabalho em saúde. Ela possibilita, a partir da organização de estratégias de formação em serviço e no cotidiano dos serviços: a sensibilização dos profissionais; o conhecimento de práticas e tecnologias possíveis pela lógica do modelo de cuidado que se quer desenvolver; a organização da rotina de serviço para as estratégias instituídas pelas políticas públicas e os

programas dos e nos serviços; o desenvolvimento de um ambiente favorável à criação de perspectivas de mudança; e o estímulo a reflexões para uma postura proativa na implementação das mudanças necessárias.

Como a EPS prevê uma maior articulação entre ensino, gestão e atenção à saúde e participação social, ela acaba por favorecer a criação de espaços de partilha entre atores, o intercâmbio de mecanismos e ferramentas para o cuidado em saúde e o fomento à circulação de saberes e práticas desenvolvidas no âmbito das políticas, nos contextos sociais, dos serviços e das instituições.

Tais espaços são de intervenção e de práticas de experimentação, independentemente de terem sido desenvolvidas ou terem emergido de campos distintos (sejam da saúde, da educação, da justiça ou da assistência social). Eles ajudam na análise crítica das potencialidades e limitações para a construção coletiva de respostas políticas e assistenciais para o enfrentamento de questões tão complexas e desafiadoras quanto as relacionadas às vulnerabilidades decorrentes do uso de drogas.

A incorporação da gestão e do controle social, como elementos importantes na formação dos profissionais, amplia as possibilidades de construção de uma prática de cuidado contextualizada e significativa, pois considera a realidade dos serviços e as condições de vida das pessoas.

Inserir, nos processos formativos e na definição das estratégias de intervenção, aspectos próprios dos territórios e as características da comunidade é relevante para uma maior compreensão da condição de saúde de quem se encontra em situação de abuso de drogas. É preciso ampliar a noção de ação de cuidado, como destacado pelos autores Ceccim e Feuerwerker (2004), os quais afirmam que, além da busca de evidências, deve-se buscar condições de atendimentos para as pessoas que procuram tratamento, bem como autonomia que influencie as políticas do cuidado.

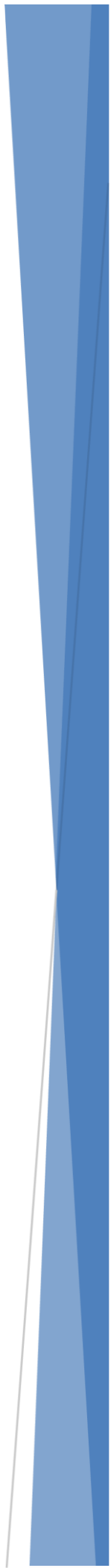
Com isso, e considerando a complexidade envolvida no atendimento e no cuidado a pessoas com uso abusivo de drogas, passa a ser recomendável a identificação de especificidades de cada caso. Esse conhecimento ajuda tanto a explicar a situação a ser tratada quanto às necessidades de formação e de qualificação profissional para o trabalho em saúde, tornando, além disso, as estratégias a serem realizadas bem mais diversificadas. Essa diversificação é o que favorece o estabelecimento de parcerias e pactuações entre diferentes setores para o enfrentamento ampliado das questões relacionadas às vulnerabilidades e ao comprometimento da saúde decorrentes do uso abusivo de droga. (Parreira & Silva, 2015).

Além dessas estratégias de enfrentamento, também têm sido consideradas as ações de prevenção, dentre as quais, as de prevenção universal (voltadas ao público geral, ainda que não apresente risco maior de envolvimento com drogas), de prevenção seletiva (voltadas a determinados segmentos que apresentam maiores riscos de se envolverem com drogas) e de prevenção indicada (voltadas àqueles sujeitos ou segmentos que já fazem uso de drogas, mesmo sem dependência). (Parreira & Silva, 2015).

No entanto, ainda que seja garantido o envolvimento dos setores e instituições na busca de soluções que contribuam para minimizar o sofrimento, os efeitos e as consequências sociais e individuais do uso abusivo de drogas, é importante assegurar a qualificação dos profissionais que atuam direta ou indiretamente com pessoas com histórico ou em situação desse tipo de consumo. São necessárias pesquisas sobre a efetividade das EPS, em especial nos CAPS AD.

O Artigo 2 apresentará a caracterização do modelo de cuidado para as questões do uso problemático de drogas para entender as diretrizes das legislações vigentes, o modelo de cuidado e a caracterização dos CAPS AD.

# ARTIGO 2



## **O modelo de cuidado para o tratamento de pessoas em uso problemático de drogas: mudanças na gestão dos CAPS AD e no perfil de competências dos profissionais**

### **Resumo**

A Política Nacional sobre Drogas instituída em 2006, influenciada por modelos de cuidado em saúde mental e pelo avanço no consumo abusivo de drogas no mundo, se consolida como um modelo psicossocial específico no cuidado para a problemática do consumo abusivo de drogas, com base à redução de danos, à inserção social, para diminuição dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, com parceiras de cuidado com a rede intersetorial de serviços. Essas inovações no modelo de cuidado, repercute na gestão dos Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e um novo perfil de competências dos profissionais se mostram necessárias, para o desenvolvimento das práticas e estratégias terapêuticas efetivas para o usuário. Este estudo objetiva descrever a origem do atual modelo de cuidado para o tratamento adotado em pessoas em uso abusivo e dependente de drogas nos CAPS AD. Para isso foi realizada a busca de documentos em sítios governamentais nacionais e internacionais, utilizando como descritores a política de saúde mental, a política de droga, o modelo psicossocial e o CAPS AD. Foram selecionados 38 documentos governamentais, dos anos de 1995 a 2014, em português e inglês, entre manuais e relatórios nacionais e internacionais e organizados em planilhas de conteúdo. Os resultados apontam para necessidades de estudo sobre a gestão dos CAPS AD e sobre os processos de trabalho dos profissionais para compreender as reais necessidades de aprendizagem dos profissionais.

**Palavras chaves:** Políticas de saúde, modelo psicossocial, CAPS AD, gestão, perfil profissional, formação em saúde.

### **1. Introdução**

A Política de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001), possibilitou a adoção de uma abordagem psicossocial, modificando o centro do cuidado do usuário de drogas para serviços e estratégias substitutivas e práticas intersetoriais praticadas a partir dos recursos do território em uma rede de cuidado.

Ocorreram progressivas mudanças do campo da saúde mental, em especial para o tratamento do uso problemático de drogas, nas últimas décadas. Nessa área, um dos marcos importante foi a Política Nacional sobre Drogas (PND), em 2006, que incentivou ações intersetoriais e a criação de uma rede específica de assistência. Para atender às diretrizes da PND, fez-se necessária uma reestruturação da rede de atenção e do modelo psicossocial, os quais foram influenciadas por marcos legais sociais, nacionais e internacionais e pelas experiências clínicas adotadas por diversos países.

O modelo de Pinel, no Século XVII, inovou o cuidado em saúde mental pelo tratamento moral, por meio do isolamento e da ocupação. Mas, ao longo do tempo, passou a receber críticas de que, ao invés de melhorar as condições dos pacientes, o modelo produzia mais doença e isolamento em instituições psiquiátricas. No Século XX, acontecimentos históricos possibilitaram mudanças significativas no modelo de cuidado, entre eles, a adoção de estratégias hospitalares, como a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que preconizavam intervenções clínicas na gestão hospitalar e a inclusão do trabalho terapêutico para reestruturação do papel social. Além dessas, surgiram outras estratégias extrainstitucionais, como a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventivista e o questionamento sobre a conduta teórica do cuidado, como a antipsiquiatria e a experiência italiana denominada Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 2007).

Esses processos nos países foram modelos que influenciaram a política instituída atualmente. No Brasil, a Política de Saúde Mental e as diretrizes para o campo das drogas foram sendo também processualmente reformuladas, como apresentada na Tabela 7.

Tabela 7

*Marcos legais da instituição da política sobre drogas no Brasil*

<b>Ano</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Legislação governamental</b>
1998	Início da construção de uma política nacional, tendo por base a redução de demanda e da oferta de drogas. Criação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)	Amparado pelos princípios levantados na XX Assembleia Geral das Nações Unidas
2002	Instituída Política Nacional Antidroga (PNAD)	Decreto Presidencial n. 4.345 (26/08/2002)
2004	Realinhamento e atualização da PNAD	Documentos do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre drogas.
2005	Realinhamento da PNAD retirando o prefixo 'anti', passando a se chamar Política Nacional sobre Drogas (PNE)	Dados epidemiológicos e tendências internacionais e a Resolução n. 3/GSIPR/CONAD
2006	Nova Lei de Drogas. Instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)	Lei n. 11.343/2006
2007	Instituição da Política Nacional sobre o Alcool	Decreto n. 6.117
2008	Marco na evolução das políticas públicas no Brasil com a mudança do nome do CONAD para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).	Lei n. 11.754 (23/07/2008)
2010	Lançado o Plano Integrado de Enfrentamento sobre o Crack e outras Drogas, com inclusão de ações de abordagens intersetoriais.	Decreto n. 7.179 (20/05/2010)

---

2011 Programa “Crack, é possível vencer”, com ações nos eixos de prevenção, cuidado e autoridade. Decreto n. 7.637(08/12/2011)

---

Atualmente, diversos estudos sobre o uso abusivo de drogas auxiliaram nas mudanças no modelo de cuidado, pois apresentaram evidências de que a dependência de droga, como um fenômeno complexo, é determinado por múltiplos fatores biológicos e ambientais, que expõem o indivíduo à droga e no uso problemático, leva a um quadro de adoecimento e cronicidade, necessitando de estratégias multifatoriais de intervenção, rigorosa estratégia terapêutica e divulgação de evidências (UNODC, et al., 2008; SENAD, 2010; SENAD; Ministério da Saúde & Ministério da Justiça, 2013; UNODC, 2013, 2014).

Diante desse cenário, este estudo teve o objetivo geral de descrever a origem do atual modelo de cuidado para o tratamento adotado em pessoas em uso abusivo e dependente de drogas nos CAPS AD. Para isso, apresentou como objetivos específicos: (1) descrever marcos legais que influenciaram a substituição do modelo de cuidado adotado pelo CAPS AD; (2) descrever princípios do modelo psicossocial, as práticas e estratégias terapêuticas consideradas eficazes ao tratamento; (3) descrever condições necessárias de implantação do modelo de cuidado no CAPS AD, em termos de gestão clínica e condições organizacionais necessárias; e (4) descrever o perfil de competências e habilidades requerido aos profissionais dos CAPS AD para adoção do novo modelo.

## **2. Método**

Para cumprir com os objetivos deste estudo, adotou-se como método a análise documental sites governamentais nacionais e internacionais, utilizando como descritores a política de saúde mental, a política de droga, o modelo psicossocial e o CAPS AD. Foram selecionados 38 documentos governamentais, dos anos de 1995 a 2014, em português e inglês, entre manuais e relatórios nacionais e internacionais que descreviam a caracterização dos serviços e o desenho do modelo de cuidado que deve ser implantado nos serviços que atendem à problemática de álcool e outras drogas.

Além disso, foi realizada a leitura do material selecionado e os dados foram organizados em duas planilhas, uma sobre política de saúde mental e outra sobre políticas de drogas, com os temas: referência, ano, identificação do documento, assunto central do documento, descrição do modelo, caracterização do serviço, função do serviço e conteúdos



relevantes encontrados. Finalmente, após a organização dos dados na planilha, foram levantados aspectos que caracterizavam o modelo psicossocial e o CAPS AD.

Os documentos selecionados em websites governamentais nacionais e internacionais foram separados, conforme se referiam as legislações, relatórios e manuais que tratavam das temáticas pesquisadas, utilizando-se como critério de exclusão os documentos citados como revogados. Os documentos pesquisados estão descritos, em uma sequência temporal, na Tabela 8.

Tabela 8

*Documentos governamentais estudados*

<b>Ano</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Descrição</b>
2001	Lei Manual	Lei 10.216 GM/MS - Lei da Política de Saúde Mental Ministério da Saúde Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE - Certificação de competências em educação profissional: concepção e implementação Em: Humanizar cuidados de saúde: Uma questão de competência.
2002	Portaria	Portaria 336 - Estabelece o serviço substitutivo CAPS e sua caracterização.
2003	Manual	WHO - Investing in Mental Health
2004	Manual	Ministério da Saúde - Saúde mental no SUS: Os centros de atenção Psicossocial - Descrevem os aspectos do CAPS e sua função como serviço substitutivo da política de saúde mental. Ministério da Saúde – Manual descritivo sobre a atenção integral ao usuário de álcool e drogas. WHO – Investing in mental health evidence for action
2005	Resolução	Resolução CONAD n. 3 - Aprova a Política Nacional de Drogas
2006	Lei	Lei 11.343 SENAD - Institui o Sistema Nacional sobre Drogas (SISNAD) Lei - Institui a Política Nacional de Drogas
2007	Decreto Manual	Decreto SENAD n. 6.117 – Instituição da Política nacional sobre o álcool Manual WHO – Mental Health System in Brazil
2008	Manual	Manual da SENAD – Legislações e Políticas de drogas no Brasil UNODC e WHO – Principles of drug dependence e treatment.
2009	Relatório Manual	Relatório OMS - Avaliação dos CAPS 2008. Manual OMS – Epidemiologia de los transtornos mentales em América Latina y el Caribe Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
2010	Portaria  Decreto  Relatório  Manuais	PORTARIA Nº 2.841. DOU/GM. Institui o CAPS III AD na rede de saúde mental, além das leis e portarias, pelos estudos epidemiológicos mostrando a necessidade de ações em droga, mas também pela parceria Programa "Mental Health Gap Action Program", da Organização Mundial da Saúde, de 2008. Decreto n. 7.179 SENAD- Lançado o Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, com inclusão de ações de abordagens intersetoriais. Decreto n. 32.108 Política Distrital sobre Drogas e cria o Sistema Distrital (SIDPD). Plano diretor SES/DF – Saúde mental do Distrito Federal 2011 a 2015 Relatório CREMESP – CAPS do Estado de São Paulo SENAD – Relatório Nacional sobre o uso de drogas, tabacos e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Manual OMS – Regulamento sobre o User Empowerment in mental health

2011	Decreto	Decreto n. 7.637 – Programa “Crack, é possível vencer” com ações nos eixos de prevenção, cuidado e autoridade.
	Portarias	Portaria 3.088 – Institui a rede de atenção psicossocial.
	Manuais	OMS – Guia de intervenção - MIGAP SENAD – Manual sobre o Programa crack é possível vencer
	Resoluções	OPAS – Resolução n. 51º, 63º Aprova o plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas.
	Relatórios	Ministério da Saúde – relatório de gestão 2007 – 2010 Conselho Federal de Psicologia – Relatório contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508.
2012	Portaria	Portaria n. 1.306 (27/06/2012) Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. Portaria n. 130 – Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
	Relatório	Ministério da Saúde – Relatório saúde mental em dados 10
	Resolução	Portaria n. 62 SES/DF – Política de álcool e drogas do Distrito Federal. ONU, OMS, UNODC, UNICEF, et al. Resolução Compulsory drugs detention and rehabilitation centers.
2013	Portaria	Portaria n. 615 GM/MS – Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Relatório	OMS – Relatório Mental health: Action plan 2013 – 2020. OMS – Relatório mundial sobre drogas. UNODC – Relatório mundial de drogas 2013.
2014	Relatório	UNODC – Relatório Mundial de drogas – 2014

Os documentos analisados incluem leis, decretos, portarias, resoluções, manuais, e relatórios técnicos.

Foi relevante ao estudo pesquisar documentos nacionais e internacionais, pois a Política Nacional sobre Drogas tem como uma das diretrizes acompanhar e incluir resoluções nas legislações e normas de organismos internacionais, decorrentes das pactuações do Brasil nas instâncias representativas mundiais. Nesse sentido, na Figura 5, é apresentado o quantitativo de documentos governamentais nacionais e internacionais.

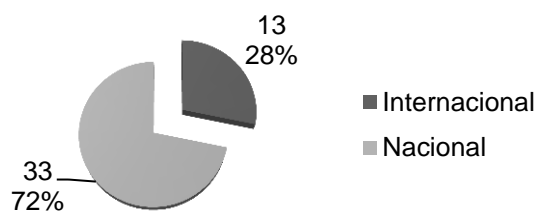


Figura 5. Origem dos estudos

O estudo dos documentos governamentais possibilitou a caracterização do modelo de cuidado: gestão dos serviços, estrutura e funcionamento dos CAPS AD, descrição de práticas

terapêuticas que devem ser adotadas pelos profissionais desses serviços e, além disto, da descrição do perfil de competências necessárias à atuação de profissionais de acordo com o modelo de cuidado. Os resultados da análise dos referidos documentos são apresentados a seguir.

### **3. Resultados e discussão**

Este estudo caracterizou-se pela descrição do modelo de intervenção, das práticas dos CAPS e o consequente perfil dos profissionais para o desenvolvimento dessas práticas pela reflexão sobre a necessidade de aprendizagens de novas competências que efetivem o modelo de cuidado descrito nos documentos governamentais; e possibilitou utilizá-lo como base para outros estudos, como análise de parâmetros de outros dados referentes à realidade dos serviços prestados pelos CAPS AD, descritos nos documentos.

#### **3.1.O campo de cuidado na saúde mental para as questões de droga**

Ao longo do processo de consolidação da política de saúde mental, áreas específicas foram se desenvolvendo, como a das drogas que, até o ano de 2004, era denominada Política Nacional Antidroga (PNAD) e, inicialmente, se constituía de estratégias públicas de ações de redução de demanda e de oferta de drogas no Brasil, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345 (26/08/2002). Entretanto, o prefixo ‘anti’ foi evidenciada por dados epidemiológicos de diferentes países, que demonstraram necessidade de novas políticas que enfatizassem a descentralização de ações e o estreitamento de laços com a sociedade e a comunidade científica para o manejo mais eficaz das drogas. (BRASIL, 2006).

O cuidado com as questões de droga foi um processo que evoluiu lentamente, marcado por acontecimentos pontuais no Brasil. Em 2006, um fato de destaque foi a inclusão de estratégias intersetoriais para os serviços que atuam com essa problemática. Além disso, após ampla participação popular, por meio de Fóruns Regionais e Nacionais sobre os dados epidemiológicos do consumo de drogas, foi possível repensar a área, culminando na instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas (PND), com desenvolvimento de áreas específicas, como, por exemplo, a Política Nacional sobre o Álcool (Decreto n. 6.117. DOU 22/05/2007).

O segundo marco significativo ocorreu em 2009, em que a problemática das drogas se evidenciou como preocupação mundial, levantando a necessidade de repensar novas estratégias que resultou no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), que expandiu estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. E, em 2010, o Plano “*Crack, é Possível Vencer*”, que ampliou os investimentos, destinando R\$ 410 milhões distribuídos em diversos setores, para o enfrentamento do problema. Esse plano envolveu a participação do Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e Ministério da Justiça. (SENAD, 2011).

O Plano Crack é possível Vencer propôs ações organizadas em torno de três eixos: cuidado, prevenção e autoridade, focadas aos objetivos de: (1) estruturar a rede de atenção aos usuários de drogas e seus familiares, fortalecendo o vínculo familiar e comunitário e reduzindo os fatores de risco associados ao uso de drogas; (2) reprimir o tráfico e o crime organizado; (3) garantir a segurança dos que necessitam de atenção e cuidado; (4) promover a formação permanente dos profissionais em serviço na rede intersetorial (BRASIL, 2013).

Finalmente, outro fator que marcou o campo de cuidado das drogas na saúde mental foi a Portaria nº 3.088 (GM MS 23/12/2011), que consolidou a Lei 10.216, definindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma rede de serviços em saúde mental que desenvolve o modelo de cuidado psicossocial, por meio do trabalho intersetorial. Essa portaria definiu uma rede de cuidado específica para as questões do uso abusivo de drogas, separando-a da rede de atenção aos transtornos mentais (BRASIL, 2001, 2011).

A problemática das drogas foi descrita em diversos documentos relevantes, o que auxiliou no desenho das políticas públicas e encaminhou para o modelo atual, como os Princípios de Tratamento da Dependência de Droga (UNODC; WHO; UNICEF et al, 2008), o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 capitais brasileiras (SENAD, 2010), a Portaria nº 130 (BRASIL, 2012), o Inquérito Epidemiológico sobre o Perfil dos Usuários de Crack (SENAD, 2013) e o Relatório Mundial sobre drogas de 2013 e 2014 (UNODC, 2013, 2014).

Esses documentos, em geral, analisam o perfil do consumo de drogas a partir de informações relevantes, que indicaram: redução de uso de drogas tradicionais (cannabis, drogas injetáveis); aumento significativo do uso de cocaína (em função do consumo do crack) e a entrada de consumo de novas substâncias psicoativas (drogas sintéticas), que ainda apresentam estudos restritos e pouco controle interno; e a diminuição da expectativa de vida da população de consumidores e dependentes de drogas, por meio de acidentes

automobilísticos, episódios de violência interpessoal, comportamento sexual de risco, além de prejuízos pessoais, como os acadêmicos, distúrbios do sono, mudanças dos hábitos alimentares, prejuízos no desempenho atlético, entre outros efeitos. Esses documentos apresentam como ponto comum o uso de drogas como um grave problema de saúde pública que tem avançado no mundo devido à facilidade de acesso as drogas, e aos graves prejuízos à saúde decorrente do uso abusivo de drogas, e causam efeitos biológicos, psíquicos, sociais e culturais devastadores na sociedade.

Nesse cenário, a PND encaminha estratégias e ações para os diversos setores, sob a coordenação do Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), considerando o modelo psicossocial com serviços e estratégias substitutivas intersetoriais que, ao longo dos anos, surgem processualmente e de formas distintas, nos Estados e no Distrito Federal. Na verdade, o Brasil, como membro em organismos mundiais, necessitou responder às resoluções pactuadas sobre atenção em saúde mental, realizando grandes investimentos nessa área.

Nos últimos anos, foram traçadas diversas medidas e usadas leis que regulamentam as atividades de cuidado em saúde mental e uso de drogas, fato justificado pela inclusão do tema nas agendas governamentais, tanto na esfera mundial como nacional, em virtude do crescente consumo de droga, dos distúrbios devastadores ocasionados pela dependência química e da necessidade de se construir um modelo de saúde mental que leve em conta a complexidade do problema. Contudo, a implantação do modelo psicossocial dos CAPS AD, ainda é pouco estudado, o que dificulta a análise de efetividade do modelo de cuidado, bem como o diagnóstico de fragilidade e estágios de implantação e adoção das práticas terapêuticas preconizadas pelo modelo psicossocial.

### **3.2.A inserção social como foco da reabilitação psicossocial no tratamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas**

O modelo psicossocial da saúde mental teve como base a reforma psiquiátrica e desenvolveu-se a partir de diversas experiências bem sucedidas em saúde mental, descritas anteriormente. Com a instituição da Política Nacional de Saúde Mental, o modelo de cuidado foi o de reabilitação psicossocial, influenciado pelos estudos de Sarraceno (2001), que o define como um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

A reabilitação psicossocial mostra-se com diversidades no campo do cuidado do uso problemático de droga, como: um modelo psicossocial dos CAPS AD, por meio da utilização da rede de saúde de recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer; uma proposta de inserção social com a inclusão de estratégia de redução de danos; um enfoque de inserção social como um dever do Estado; e um processo sistemático intersetorial da RAPS. Isso significa que, ao longo do tempo, a reabilitação psicossocial foi se especificando de acordo com as áreas da saúde mental, como, por exemplo, no campo do cuidado ao uso problemático de drogas. (BRASIL, 2012, 2014).

Os documentos nacionais e internacionais destacam o modelo voltado para o foco da prevenção, controle, intervenção antecipada, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio como medidas necessárias para reduzir as consequências adversas do uso de substâncias psicoativas.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização dos Estados Americanos (OEA), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o cuidado deve ser focado na aceitação do abuso de droga como uma doença prevenível, podendo ser tratada com abordagem compreensiva, multifatorial e com diversidade de intervenções farmacológicas e psicossociais de acordo com as diferentes necessidades dos usuários e dependentes de drogas.

Nessa lógica, são apresentados nove princípios para o desenvolvimento do modelo de cuidado, quais sejam: (1) Disponibilidade e acessibilidade dos usuários ao tratamento da dependência de droga; (2) Triagem, avaliação e diagnóstico; (3) registro de informações e evidências de eficácia do tratamento da dependência de droga; (4) Tratamento de dependentes de droga, com base no respeito aos direitos humanos e dignidade do paciente; (5) Condições de atendimento para subgrupos especiais, como infância ou população indígenas; (6) Tratamento de droga para pessoas que respondem processo no sistema jurídico criminal e que se encontram em situação de privação de liberdade; (7) Envolvimento comunitário no tratamento com participação ou orientação ao paciente; (8) Gestão clínica dos serviços de dependência de droga; (9) Sistemas de tratamento (UNODC; WHO; UNICEF, et al, 2008).

Esses princípios reestruturam o modelo psicossocial para o uso problemático de drogas como um processo que deve investir em contextos específicos na estruturação da gestão clínica nos serviços. Além disso, eles indicam práticas consideradas eficazes, como a psicoterapia (pelo método cognitivo comportamental), a entrevista motivacional, o gerenciamento de caso, os grupos de autoajuda, as atividades socioculturais, vocacionais e de

inserção do usuário no emprego, bem como orientação jurídica. Além disso, esses princípios descrevem que, no tratamento, não seja considerado apenas o sintoma da adicção, mas focado na aliança terapêutica para melhorar engajamento da pessoa em uso problemático de drogas, que no tratamento deve ocorrer por etapas de triagem, avaliação e diagnóstico.

No Brasil, a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006) foi um marco importante legal no cuidado a usuários de drogas. Por meio do SISNAD, estabeleceram-se normas para prevenção, cuidado e repressão ao uso de drogas, abordando a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial é substituída pelo foco na inserção social do usuário com ênfase no tratamento do uso abusivo e dependência de droga.

O foco da inserção social na reabilitação psicossocial foi direcionado à inclusão social, redução de riscos e danos e à saúde, pela integração multidisciplinar e intersetorial, primordialmente, entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio de estratégias definidas pelo Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) ou Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Esse modelo Psicossocial é aplicado com base no contexto do usuário visando a redução de danos e práticas de inclusão desses usuários em seu território.

### **3.3. Gestão dos CAPS AD e o perfil de competências dos profissionais necessárias para a adoção do modelo de cuidado**

O modelo psicossocial da inserção social para o tratamento do uso problemático de droga é construído por uma abordagem compreensiva, intersetorial e de território, reconhece a necessidade de mudanças na gestão dos CAPS AD e inclusão de novas competências aos profissionais que atuam nesses serviços.

Sobre a gestão de serviços, os documentos internacionais descrevem a necessidade de reestruturação e investimentos compatíveis com o modelo descrito para essa área (UNODC; OMS, 2008). Os pontos comuns necessários às mudanças foram organizados em três grandes áreas relevantes: gestão, equipe e intersetorial.

Com relação à caracterização da gestão dos CAPS AD, de acordo com documentos governamentais, estão destacados alguns aspectos de estrutura e dinâmica organizacionais descritos na Tabela 9.

Tabela 9

*Aspectos da gestão dos CAPS AD para o tratamento de pessoas com uso problemático de drogas*

<b>Componentes</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Descrição</b>
<b>Estrutura do serviço</b>	Serviços amparados por uma política nacional, com diretrizes sobre rotina, filosofia do programa de tratamento e abordagem terapêutica.	Esclarecer e facilitar o entendimento comum da rotina do serviço pela equipe
<b>Protocolos de tratamento</b>	Desenvolvimento de programas e procedimentos, como: critérios de admissão, avaliação, plano de tratamento, reavaliação, tratamento complementar, documento sobre o usuário em diferentes fases do tratamento	Detalhes sobre o tratamento Tratamento baseado em evidências
<b>Equipe qualificada</b>	Inclusão de papéis nos profissionais de responsabilidade no tratamento Programas de investimento na carreira Investimento em programas de prevenção de desgastes nos membros da equipe	Educação continuada apropriada (orientação, educação e treinamento) para prosseguir a formação e manter padrões altos no serviço Inclusão de disciplinas sobre o tratamento das desordens do abuso de droga nas disciplinas médicas;
<b>Supervisão ou outras formas de suporte</b>	Treinamento específico nas formas de prestação dos serviços.	Investimento em pós-graduação, cursos de ensino e cursos a distância para melhorar o treinamento dos profissionais para o tratamento.
<b>Recursos Financeiros</b>	Níveis adequados de recursos de sustentabilidade que possibilitem a garantia do serviço.	Reforça a necessidade de incluir no orçamento a formação da equipe.
<b>Estruturas de comunicação</b>	Trabalho em rede com serviços de tratamento de dependência de droga com outras relevantes instituições.	Relações de parcerias necessitam ser estabelecidas e mantidas para o encaminhamento efetivo e a continuidade do serviço.
<b>Sistemas de controles</b>	Política de avaliação das práticas utilizadas com os usuários nos serviços, que estimule o levantamento de necessidades de melhorias.	Organização de registros de informações sobre o paciente, a rotina do serviço, o gerenciamento de recursos humanos, com garantia de confidencialidade.
<b>Serviços atualizados</b>	Adaptações do serviço de acordo com as demandas ocorridas em relação ao usuário, padrão de consumo e aspectos socioculturais.	Serviços devem apresentar respostas para os pacientes, além de monitorar a avaliação de resultados para mudanças de acordo com a evolução das reais necessidades dos pacientes.

A caracterização da gestão de serviço, tal como descrita nos documentos, apontou o CAPS AD com uma estrutura organizacional definida, como também elencou diretrizes terapêuticas para o funcionamento desses serviços, com rotinas e protocolos definidos nas etapas de atendimento, como também para grupos específicos, orientando em manter uma dinâmica comunicacional com outros profissionais da RAPS e da rede intersetorial, na tentativa de produzir uma cultura de parcerias no cuidado.



Além disso, outro aspecto relevante sobre a gestão está relacionado no estímulo aos profissionais que atuam nos CAPS AD em três aspectos: à carreira profissional, à formação continuada e permanente e aos cuidados a serem oferecidos aos cuidadores.

O CAPS AD, nos documentos analisados é descrito a partir de quatro pontos que se integram: (1) a estrutura do serviço que deve esclarecer e facilitar o entendimento comum pela equipe sobre o modelo psicossocial; (2) a filosofia do programa de tratamento e a abordagem terapêutica, o protocolo de tratamento, que deve servir como um organizador das diferentes fases do cuidado do usuário e como base para reunir evidências que possam desenhar o perfil do serviço desenvolvido; (3) o sistema de controle que organize os registros de informações sobre o paciente, a rotina do serviço, o gerenciamento de recursos humanos, com garantia de confidencialidade; e (4) os recursos financeiros que possibilita proporcionar níveis adequados de tratamento e recursos de sustentabilidade para a garantia do serviço.

Quanto à equipe os documentos analisados enfatizam a importância de capacitar os profissionais para que sejam capazes de dar respostas ao processo de cuidado e evolução das reais necessidades do usuário. Para isso, maiores investimentos devem ser feitos para acompanhar durante o tratamento do usuário, por meio de educação permanente e continuada a aprendizagem dos profissionais em serviço, de modo que haja desenvolvimento contínuo de potencialidades. Além disso, há recomendações que indicam necessidades de adotar estratégias de cuidado em virtude do desgaste nas rotinas do serviço.

Quanto ao aspecto intersetorialidade, os documentos apontam que os serviços dos CAPS AD devem desenvolver ações de cuidado com outras instituições, disponíveis no contexto. Essas relações em parceria, segundo os documentos governamentais, necessitam ser estabelecidas e mantidas como uma prática cotidiana do serviço, visando possibilitar efetividade as ações do cuidado.

Com relação às competências dos profissionais necessários à adoção do modelo de inserção social, é importante a compreensão das práticas dos CAPS AD. Na legislação da Política Nacional sobre Drogas, esse serviço é classificado como de atenção especializada que atua no cuidado as pessoas com problemas de consumo abusivo e dependência de drogas. As práticas terapêuticas empregadas pelos profissionais desse serviço seguem as diretrizes do SISNAD, ou seja, devem ser realizadas na comunidade por meio do PTI contextualizado, com base em critérios clínicos (desintoxicação, abstinência, comorbidade psiquiátricas e clínicas) e psicossociais (manejo de conflito, inserção pelo trabalho, vocacional e jurídico). As intervenções devem acontecer por meio de atendimento individual (consulta em geral, psicoterapia, orientação, outros), medicação assistida e dispensada, atendimento em grupo

(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, oficinas terapêuticas), visitas e atendimentos domiciliares e de grupo familiar; com plantões diários de acolhimento, realizados por equipe interdisciplinar, buscando a recuperação e o tratamento, a redução de danos, a reinserção social e ocupacional (Ministério da Saúde, 2004, 2012, 2013; BRASIL, 2010).

Na legislação sobre os CAPS AD, as práticas são apresentadas de modo similar com pequenas distinções. Para o Ministério da Saúde (2012), esse serviço é de base comunitária, estratégico na sua organização como porta de entrada do serviço de saúde mental, com funcionamento territorial por meio de práticas clínicas de reabilitação psicossocial, enquanto que para SENAD (2010) esse é um serviço de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social, ocupacional e de integração da rede nacional de serviços, em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. O CAPS AD, para o Ministério da Saúde, é um serviço central na mediação do cuidado para outros serviços, enquanto que para a SENAD, o CAPS AD está contido em uma rede intersetorial que se articula para o desenvolvimento do cuidado.

Estas instituições referem que o CAPS AD desenvolvem o cuidado de acordo com o modelo de inserção social, e que deve ultrapassar sua estrutura física, buscando a rede de suporte e preocupando-se com o sujeito em sua singularidade, história, cultura e cotidiano. Nesse cenário, novas práticas e tecnologias se fizeram necessárias. Porém, para que esse modelo possa ser adotado, é necessário desenvolver perfil de competências, capacitando os profissionais a atuar diante da complexidade inerente ao tratamento de usuários de drogas, como ilustrado na Figura 6.

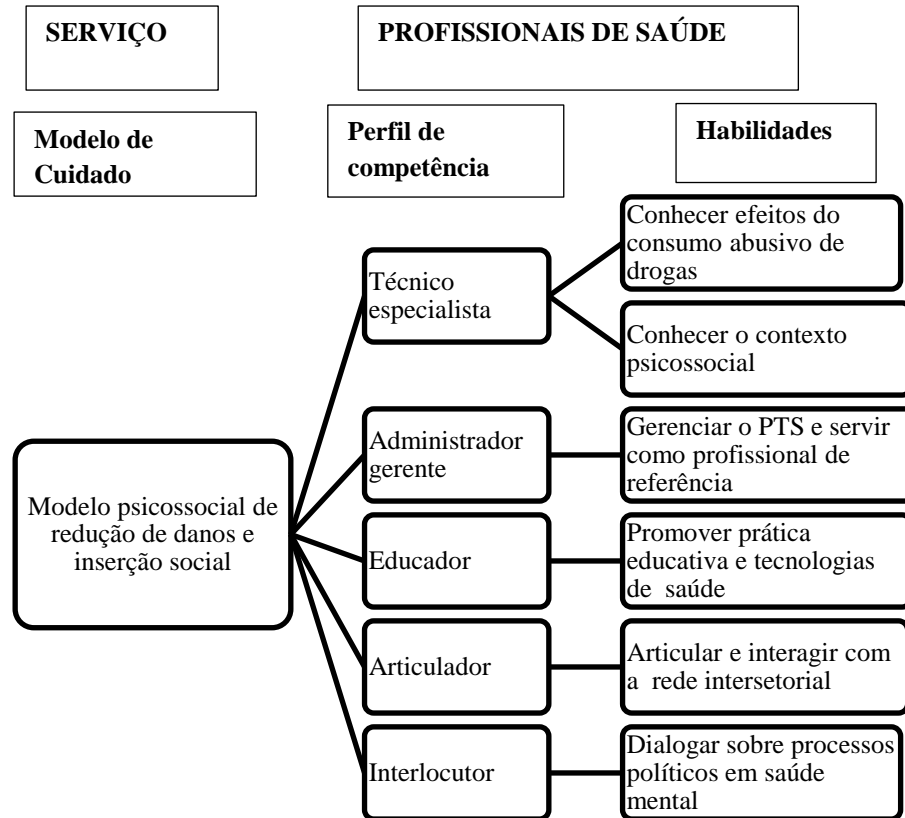


Figura 6. Perfil de competências profissionais de saúde e as respectivas habilidades para adoção do modelo Psicossocial de redução de danos e inserção social. (Fonte: MS, 2004; UNODC & WHO, 2008)

O perfil de competência dos profissionais de saúde e as respectivas habilidades se fazem necessárias para a adoção do modelo de cuidado, preconizado pelas políticas, estando ligado a habilidades de intervir e aplicar práticas e estratégias terapêuticas efetivas nos CAPS AD. Enquanto serviços substitutivos, os CAPS AD apresentam uma dinâmica própria de funcionamento com reformulação das práticas, de modo que os profissionais tenham um perfil de: (1) técnico-especialistas, a partir de conhecimentos sobre as melhores práticas de cuidado a serem adotadas; (2) administrador-gerente, no gerenciamento de ações como técnico de referência e do PTS; (3) educador, capaz de disseminar tecnologias de promoção à saúde; (4) articulador, capaz de formar parcerias de redes e interação com o campo jurídico, de assistência, e de emprego e renda; (5) interlocutor, com capacidade de propor e promover mudanças do modelo em saúde mental.

Os investimentos em capacitação e EPS dos profissionais que atuam nos CAPS AD devem estimular a mudanças de atitudes e a adoção dos valores e princípios subjacentes ao modelo psicossocial de cuidado. Para que o desenvolvimento das competências dos profissionais é preciso estimular a aprendizagem em serviço, supervisão clínica, curso, supervisão de suporte

ao cuidado, discussões em grupo, estudos de caso, reuniões para o desenho do cuidado do usuário de drogas.

A formação superior em saúde, desde 2001, vem investindo na formação com base nas necessidades e desafios do Século XXI, a partir de avanços científicos e culturais e introdução de novas políticas públicas, buscando propiciar uma formação para profissionais de saúde, capazes de lidar com a complexidade da realidade que cerca o problema de dependência de droga.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde, apresentam um perfil de competências para lidar de forma generalista, humanizada, reflexiva e crítica do cotidiano do serviço, e que possa atuar com percepções sobre o processo saúde doença, com base nos aspectos epidemiológicos e de forma comprometida e com especificidades a partir das necessidades de cada profissão.

Portanto, entende-se que um caminho para a consolidação do modelo psicossocial no tratamento do uso problemático de drogas está no aprimoramento da gestão dos CAPS AD e no desenvolvimento do perfil profissional.

#### **4. Considerações finais**

Este estudo, após análise de documentos governamentais nacionais e internacionais que tratam do tratamento do uso problemático de drogas, descreve o modelo de cuidado a ser adotado pelos CAPS AD e analisar a partir desse contexto, a necessidade de mudanças da gestão de inclusão de práticas inovadoras nos serviços e de ações educacionais voltadas ao desenvolvimento de competências necessárias à adoção do modelo psicossocial.

O modelo psicossocial atual, apresentado nos documentos governamentais, se baseia na redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e no fortalecimento dos fatores de proteção, com integração e reintegração do usuário na família e na comunidade. A consolidação do modelo psicossocial para o uso problemático de drogas depende de estratégias inovadoras de gerenciamento dos casos e dos serviços prestados pelos CAPS AD em parceria com a rede intersetorial.

A mudança do foco de um modelo hospitalocêntrico em um modelo de inserção social está no uso de estratégias multifatoriais de redução de danos, no território e em parceria intersetorial, o que implica na necessidade de adequação da gestão do CAPS AD para aplicação do modelo psicossocial, de acordo com diretrizes internacionais e políticas nacionais governamentais anteriormente analisadas. Nesse cenário de mudanças, o olhar se

dirige para a necessidade de investimentos na gestão dos serviços, bem como no desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais, de forma a desenvolver competências e aprimorar práticas que atendam aos padrões sugeridos pela Política Nacional Sobre Drogas.

A efetividade do modelo depende de investimentos em três dimensões, quais sejam: na gestão do serviço, na equipe e na relação com outros serviços da rede intersetorial. Do contrário, qualquer investimento será ineficaz e pouco resolutivo, tornando o cotidiano do serviço uma continuidade de velhas práticas, baseada no modelo biomédico.

O perfil dos profissionais dos CAPS AD é um aspecto significativo nesse cenário, pois são eles os responsáveis pelo cotidiano dos serviços no tratamento oferecido aos sujeitos. Um caminho promissor está no investimento na formação em diversos níveis: no ensino superior, que tenha por base atividades de ensino, extensão e pesquisa no campo das drogas; na educação continuada, com temáticas de acordo com o contexto institucional e territorial dos atuais; e na formação permanente em serviço, que proporcione um ambiente de troca de saberes, no cuidado ao cuidador e no incentivo ao desenvolvimento de potencialidades que possa repercutir práticas efetivas e consolidação do modelo psicossocial. Nesse desenho, é possível constituir as competências necessárias para que os profissionais possam atuar em uma gestão clínica que efetive o modelo de cuidado.

O perfil dos profissionais descrito nos documentos governamentais se mostrou diversificado e complexo. Os requisitos exigidos para os profissionais dos CAPS AD são inalcançáveis, sem investimentos educacionais dirigidos e sistemáticos, pois reuni competências para ser especialista, administrador de PTI, educador de práticas de promoção de saúde, articulador de rede e interlocutor do próprio modelo requer profissionais com múltiplas habilidades e conhecimentos provenientes de diversas áreas.

Finalmente, observa-se necessidade de estudos sobre a gestão dos CAPS AD, com enfoque na estrutura e dinâmica organizacional, como também sobre a qualidade dos programas de desenvolvimento das competências que os profissionais realmente necessitam no cotidiano desses serviços. Nesse sentido, o investimento em pesquisas sobre essas temáticas possibilitarão entender melhor os processos de trabalho dos CAPS AD, demandas e reais necessidades de aprendizagem dos profissionais, além de reunir evidências que possam facilitar a gestão da clínica dos CAPS AD e avaliar a efetividade do modelo de inserção social da Política Nacional sobre Drogas e sua resolutividade à clientela assistida.

O Artigo 3 descreverá a dinâmica de funcionamentos de três CAPS AD para analisar se a gestão desses serviços vem ao encontro das necessidades dos usuários, produzindo

trabalho efetivo e se os serviços estão de acordo com as diretrizes e políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

# ARTIGO 3



## **A estrutura e dinâmica organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**

### **Resumo**

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é um serviço criado pelo Ministério da Saúde. Faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), realiza atendimentos no modelo psicossocial aos usuários em uso problemático de drogas. O objetivo desse estudo é o de caracterizar a organização CAPS AD em termos do quantitativo do porte populacional, objetivos e princípios do funcionamento, atividades desenvolvidas na atenção ao usuário, recursos humanos, recursos humanos para acolhimento noturno, estrutura física, recursos físicos e materiais mínimo e incentivo financeiro mensal de acordo com os manuais e portarias governamental. Foi um estudo descritivo exploratório utilizando fonte secundária, ou seja, documentos disponibilizados por três CAPS AD estudados, dois do Distrito Federal e um do município de São Paulo. Os dados foram organizados em planilhas categoriais, utilizando o SPSS e foram apresentados quanto às características da abrangência territorial, o funcionamento dos CAPS AD, o perfil dos usuários e dos profissionais, e as práticas e estratégias realizadas no serviço, com base nos manuais e portarias que regulamentam esses serviços. Problemas de infraestrutura, grande abrangência territorial e condições de acesso e articulação com a rede são dimensões encontradas nesses serviços, que não cumprem com as diretrizes governamentais e influenciam diretamente a dinâmica organizacional, as condições de tratamento, o desempenho dos profissionais e a adesão dos usuários.

**Palavras chaves:** gestão dos CAPS AD, modelo psicossocial, práticas terapêuticas, dinâmica organizacional.

### **1. Introdução**

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criados por meio da Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011). Esses serviços passaram a fazer parte da RAPS como um serviço de atenção especializada, que deve atuar no cuidado ao usuário com problemas no consumo de drogas, como um articulador de parcerias com a rede de saúde, como, também, com outros serviços que a compõem, como os da justiça, da assistência social, da educação e com Organizações Não Governamentais (ONG's).

Os CAPS, como serviços que interagem em um sistema de relações com outros serviços da saúde e rede intersetoriais, devem apresentar uma dinâmica organizacional que auxilie no alcance de objetivos e estratégicos e maior efetividade do tratamento e segurança do usuário.

Loiola, Bastos, Queiroz e Silva (2014) afirmam que uma estrutura organizacional se expressa por meio da interligação entre as pessoas e o trabalho, por meio da distribuição das



tarefas e cargos. Ainda, essa estrutura deve estar agrupada com base na especialização, em como o trabalho é dividido em tarefas, ou de coordenação, e em como as tarefas divididas se integram. Além disso, a dinâmica organizacional ocorre em três dimensões: a centralização, a formalização e a complexidade. Essas dimensões permitem comparar distintas organizações e avaliar o impacto da sua dinâmica sobre seus resultados ou desempenho, podendo ocorrer em níveis diferentes em uma mesma organização.

Os CAPS AD funcionam como organizações que objetivam promover ações em saúde mental, por meio do modelo psicossocial, a partir de estratégias de redução de danos que possibilitem promover a inserção social de usuários com problemas do consumo de drogas. Para alguns autores (Amarante & Torres, 2001; Merhy & Feuerwerker, 2008) o CAPS AD surgiu para responder à reforma psiquiátrica em substituição ao modelo anterior de cuidado. Por esse motivo, para esses autores esses serviços devem ter uma estrutura organizacional flexível, com espaços abertos, não burocráticos, de modo a desenvolver um cuidado que valoriza o sujeito ao invés de focalizar sobre o seu consumo de drogas, e que invista na inserção social do usuário, no território e na rede de atenção intersetorial.

As características para implantação desse serviço estão contidas nas diretrizes do Ministério da Saúde (2002, 2004, 2011), em que são descritas dinâmica organizacional, rotinas, práticas e atividades terapêuticas, como: atendimento clínico individual, grupos terapêuticos, tratamento medicamentoso, atividades de reinserção social, fortalecimento dos laços familiares e comunitários à população de área de abrangência territorial de cada CAPS. Esses serviços podem funcionar de formas distintas, conforme o tipo de usuário atendido, ou seja: crianças, adolescente ou adulto com transtorno mental ou problemas de consumo abusivo e dependente de álcool e outras drogas. Além disso, cada serviço é definido por ordem crescente de porte e abrangência populacional, número de atendimentos realizados por turno e carga horária semanal dos profissionais. Nos tipos de CAPS, inserem-se: CAPS I, CAPS II, CAPS III, e em atendimentos específicos CAPS i para infância e CAPS AD para atendimento em álcool e outras drogas. As descrições de cada tipo de CAPS e sua caracterização estão demonstradas na Tabela 10.

Tabela 10

*Caracterização dos CAPS em relação a clientela, porte populacional, atendimentos e carga horária dos profissionais.*

<b>Características/ Tipo de CAPS</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS AD III</b>
<b>Tipo de Usuário atendido</b>	Adulto Transtorno mental graves e decorrente do uso de álcool e outras drogas	Adulto Transtorno mental graves	Adulto Transtorno mental grave e persistente. Acompanha mento noturno	Crianças e adolescentes com transtorno mental grave e persistentes e decorrente do uso de álcool e outras drogas	Adultos, crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Acompanhamento noturno.
<b>Quantitativo do porte populacional</b>	20 mil	< 70 mil	< 200 mil	< 150 mil	<200 mil
<b>Nº atendimentos por turno</b>	30	45	60	25	45
<b>Carga horária mínima semanal</b>	20	30	40	15	25

*Fonte:* Ministério da Saúde, 2004, 2011.

O tipo de CAPS que atende pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas é o CAPS AD. Esse serviço é considerado como um dispositivo articulador com as RAPS para o desenvolvimento de diretrizes, não só da saúde, mas também de políticas intersetoriais, como a Política Nacional sobre Drogas (Ministério da Saúde, 2004; SENAD, 2011).

Todos os tipos de CAPS deverão, segundo o Ministério da Saúde, estar organizados com profissionais capacitados para acompanhar os usuários de três formas: (1) intensivo, destinado aos usuários que, dependendo do seu quadro clínico, recebem atendimento diário; (2) semi-intensivo, destinado ao tratamento do usuário de forma frequente; e (3) não-intensivo, atendimento que, em função do quadro clínico, ocorre em uma menor frequência (MS, 2002).

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde, até o ano de 2014, existiam 2.209 CAPS em funcionamento no País, divididos nos diversos tipos, como: 1.069 CAPS I, 476 CAPS II, 85 CAPS III, 201 CAPSi, 309 CAPS AD e 69 CAPS AD III. Ocorreram ações conjuntas entre a Política de Saúde Mental com outras políticas governamentais. No campo do tratamento das drogas, essa interface foi diversificada em: (1)

ações conjuntas intersetoriais vinculadas ao Programa Crack, é possível vencer (Secretaria Nacional sobre Drogas [SENAD], 2011); (2) parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas (UNODC) no investimento formativo aos profissionais (Ministério da Saúde [MS], 2011); e (3) estudos avaliativos quase experimentais e experimentais realizados por instituições de ensino e de pesquisa (CEBRID, 2004, 2010; FMUSP, 2010; UNIFESP, 2006 e Fiocruz, 2013) sobre o perfil de consumo em diversos cenários e sobre programas e jogos terapêuticos preventivos para crianças e jovens, e padrões de consumo de droga em algumas realidades, cujos resultados desses estudos apontaram a necessidade de maiores investimentos governamentais na prevenção ou redução do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2015).

A expansão dos CAPS, nos últimos doze anos, é apresentada na Figura 7, demonstrando o aumento, principalmente, de CAPS I, de 48,3% em relação aos outros tipos de serviço, sendo: de 21% de CAPS II; 13% de CAPS AD 3,8% de CAPS III; e 3,1% de CAPS AD III.

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	TOTAL
2002	145	186	19	32	42		424
2003	173	209	24	37	57		500
2004	217	237	29	44	78		605
2005	279	269	32	56	102		738
2006	437	322	38	75	138		1010
2007	526	346	39	84	160		1155
2008	618	382	39	101	186		1326
2009	686	400	46	112	223		1467
2010	761	418	55	128	258		1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Figura 7. Número de CAPS por ano e por tipo de 2002 a 2014 (Brasil). Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) /DAET/SAS Relatório de Gestão da SAS (2014, p 405).

O CAPS AD é um serviço que surgiu, influenciado pelo movimento à reforma psiquiátrica, como única resposta de cuidado em uso problemático de álcool e drogas, embora

se tratem de demandas diferentes, e que a partir desse ano, foi incentivado pelo Programa Crack, é Possível Vencer (SENAD 2010) e Portaria 130 (GM/MS, 2011) para investimento, expansão e realinhamento para o tipo III. Sua expansão nos anos que se seguiram não ocorreu no mesmo ritmo dos demais tipos de CAPS. Contudo, seu crescimento foi maior quando relacionado ao aumento, a cada ano, dos outros tipos de CAPS, ou seja, a expansão ocorreu com uma média de 20 CAPS AD III em relação 02 CAPS de outros tipos. Ainda assim, sua expansão ao longo dos anos foi lenta, em virtude de aspectos significativos a considerar, como: (1) a abrangência populacional de atuação desses serviços, que é de 300 mil habitantes; (2) a complexidade do atendimento dos usuários com problemas de consumo de droga, danos físicos, psíquicos e sociais; (3) as vulnerabilidades associadas ao consumo; e (4) a prestação ininterrupta de atendimento, dado o funcionamento de um serviço 24h, incluindo feriados e finais de semana, com leitos de internação breve e acolhimento noturno.

O problema do uso de drogas está associado a situações de vulnerabilidade que necessitam de estratégias de tratamento que abordem múltiplos fatores. Por isso, os CAPS AD, devem atuar com uma rotina que permita uma atuação multifatorial, com profissionais de categorias diversas, atuando em equipes multiprofissionais. Nessas estratégias, incluem-se: (1) ações na comunidade de acordo com as demandas dos usuários; (2) atuação efetiva nas situações de recaída, sintomas de abstinência e ameaça de morte; (3) organização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando o contexto do cotidiano, ampliando possibilidades dos usuários e mediando relações sociais; (4) intervenções com base em critérios clínicos (desintoxicação, abstinência, comorbidades psiquiátricas e clínicas) e psicossociais (manejo de conflito, inserção pelo trabalho, vocacional, jurídico); (5) atendimento no CAPS AD sem agenda programada, de portas abertas, à busca do usuário ao serviço, por meio de plantões diários de acolhimento por equipe interdisciplinar; e (6) utilização de práticas e estratégias terapêuticas nos serviços, de forma evolutiva, para o tratamento, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Ministério da Saúde, 2004, 2005, 2012; SENAD, 2010).

Nas diretrizes dos documentos governamentais sobre as estratégias de tratamento de usuários com problemas de consumo nocivo de drogas, observa-se que, para seu cumprimento, são necessárias que os CAPS AD apresentem estrutura e dinâmica organizacionais, complexas e inter-relacionadas aos diversos aspectos. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil da estrutura e dinâmica organizacional dos CAPS AD para compreender aspectos relacionados às características da gestão e relacionando ao desenvolvimento do modelo psicossocial segundo os parâmetros governamentais.

Para isso, se buscou: (1) caracterizar a organização CAPS AD em termos do quantitativo do porte populacional, objetivos e princípios do funcionamento, atividades desenvolvidas na atenção ao usuário, recursos humanos, recursos humanos para acolhimento noturno, estrutura física, recursos físicos e materiais mínimo e incentivo financeiro mensal de acordo com os manuais e portarias governamental; (2) descrever o funcionamento e dinâmica dos CAPS AD do estudo em relação às características do território, estrutura organizacionais, o perfil dos profissionais e usuários dos serviços, relacionando aos parâmetros das políticas; (3) analisar os pontos de fragilidades e dificuldades dos CAPS AD relatadas na literatura nacional e dificuldades de implantação no Brasil.

## **2. Caracterização dos CAPS AD**

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é parte da rede de serviços e estratégias considerada substitutiva do modelo anterior de saúde mental, organizados a partir da Lei 10.216, que redirecionou o modelo assistencial de saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira e introduziu o modelo psicossocial de cuidado. Esse Centro foi criado pela Portaria nº 336 (MS, 2002), na qual é definido como serviço aberto, de base comunitária, atenção contínua por meio de projetos terapêuticos singulares, adequação dos serviços às necessidades do usuário e articulação com uma rede do cuidado. Além disso, tem a função de ser um serviço de regulação intersetorial de atenção, no sistema de saúde, porta de entrada para a RAPS e como serviço de atenção especializada em saúde mental (MS, 2002, 2011).

Os CAPS constituem-se em serviços que fazem parte da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), política de saúde brasileira, que está estruturada em três níveis de complexidade e atenção, denominados atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade. Os serviços que compõem cada nível se relacionam entre si, por meio de um sistema de encaminhamento e reencaminhamento, apresentando uma dinâmica peculiar em cada serviço.

No caso dos CAPS, esses são serviços em saúde mental, em nível de atenção de média e alta complexidades. Os procedimentos realizados são considerados de média complexidade, em virtude da integração que deve acontecer com a atenção básica, porém também são considerados de alta complexidade, pelos insumos considerados de alta tecnologia e alto custo. Os CAPS AD fazem parte de um programa do Governo Federal denominado “Assistência hospitalar e ambulatório especializada” (BRASIL, 2009).

A seguir, na Tabela 11, é apresentada a caracterização da organização dos CAPS AD, tal como descrito nos documentos governamentais do Ministério da Saúde. (2004, 2005,2012).

Tabela 11

*Caracterização da estrutura organizacional dos CAPS AD.*

<b>Aspectos</b>	<b>Características</b>
<b>Objetivos e princípios do funcionamento</b>	<p>Serviço aberto, base comunitária, com intervenções do usuário no território, de atenção contínua, 24 horas/dia; todos os dias da semana, feriados e fim de semana; e com abrigamento noturno;</p> <p>Disponibilidade para casos novos, sem agendamento prévio;</p> <p>Produção e gerenciamento de Projeto terapêutico Singular (PTS) em conjunto com usuários e familiares e que acompanhe o contexto, relações sociais e possibilidades de vida;</p> <p>Acesso a leitos de acolhimento noturno: critérios clínicos (desintoxicação), psicossociais (observação, repouso, proteção, manejo de conflitos, abrigamento);</p> <p>Desenvolvimento de processos de reabilitação psicossocial: inserção social, proteção e suporte, estabelecendo profissionais de referência /usuários;</p> <p>Adequação dos serviços a necessidades dos usuários;</p> <p>Atendimento de família independentemente do vínculo do profissional com o usuário;</p> <p>Promoção da compreensão dos direitos dos cidadãos às políticas públicas;</p> <p>Orientação pelos fundamentos dos princípios da redução de danos;</p> <p>Responsabilização entre serviços da rede de saúde nas situações de usuários com comorbidade psiquiátrica e clínica;</p> <p>Articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – compartilhando casos.</p>
<b>Atividades desenvolvidas na atenção ao usuário</b>	<p>Atendimento de portas abertas, com plantões diários de acolhimento com equipe interdisciplinar;</p> <p>Atendimento individual: consulta em geral, psicoterapia, orientação, outros;</p> <p>Medicação assistida e dispensada;</p> <p>Atendimento em grupo: psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social;</p> <p>Oficinas terapêuticas</p> <p>Visitas e atendimentos domiciliares, com abordagem individual e de grupo familiar;</p> <p>Reabilitação psicossocial para o resgate e construção da autonomia, alfabetização, reinserção escolar, acesso a vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão para o trabalho, ampliação para redes sociais, outros;</p> <p>Refeição diária; e</p> <p>Média de tempo de internação: 14 a 30 dias.</p>

<b>Recursos Humanos</b>	40 profissionais para cada 60 usuários por turno, composto de: 01 médico na área clínica; 01 médico na área de psiquiatria; 01 enfermeiro com formação na área da saúde mental; 05 profissionais podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou educador físico; 04 técnicos de enfermagem 04 profissionais de nível médio 01 profissional nível médio para a área administrativa
<b>Recursos humanos para acolhimento noturno</b>	Carga horária de 12 h por turno 01 profissional (preferencialmente enfermeiro); 02 Técnicos de enfermagem; 01 profissional, nível médio para administrativo 02 Profissionais podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou educador físico.
<b>Estrutura Física</b>	Área física específica para os CAPS independente de qualquer estrutura hospitalar; Os CAPS podem fazer parte de um conjunto arquitetônico de instituições universitárias de Saúde; Estrutura física independente e com acesso privativo e equipe.
<b>Recursos físicos e materiais mínimo</b>	Espaço físico para atendimento individual; Espaço físico para atendimento em grupo; Espaço físico para distribuição de refeições; Espaço físico para convivência entre usuários e equipe; Banheiros com chuveiros disponíveis aos usuários; Espaço físico com 08 a 12 leitos para acolhimento noturno; Espaço físico para posto de enfermagem
<b>Incentivo Financeiro mensal</b>	CAPS I - R\$ 28.305,00 CAPS II - R\$ 33.086,25 CAPS III - R\$ 84.134,00 CAPS AD - R\$ 39.780,00 CAPS AD III - R\$ 78.800,00
<b>Uso dos recursos do incentivo financeiro</b>	Capacitação da equipe técnica Aquisição de material de consumo Reforma predial

---

*Fonte:* Ministério da Saúde (2002, 2004, 2011, 2012)

Os CAPS, de acordo com a legislação, são serviços com uma dinâmica complexa em relação aos seus objetivos, devendo o seu funcionamento se dar em espaço físico independente da estrutura hospitalar. A Portaria nº 3.089 (MS, 2011) define regras de financiamento dos CAPS e a Portaria 336 (MS, 2002), os critérios a serem atendidos pelos serviços para habilitação. Cabe às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios apresentarem relatórios de vistorias in loco, que devem considerar área física, recursos humanos e responsabilidade técnica para fins de habilitação e repasse dos recursos de financiamento.

A Portaria 130 (MS, 2010) e o Programa Crack, é Possível Vencer (SENAD, 2010) surgiram para responder ao cenário epidemiológico de consumo e de vulnerabilidades de crianças e adolescentes, bem como a adesão do Brasil ao programa Mental Health Gap Action Program, da Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2015; WHO, 2007, 2013). Esses fatos possibilitaram mudanças no desenho institucional, principalmente, dos CAPS AD, por meio da redefinição das suas características e dos investimentos financeiros para sua ampliação.

As mudanças ocorridas, a partir de 2006, no desenho institucional nos CAPS AD, tornaram esses serviços com características específicas em relação aos outros tipos de CAPS. No realinhamento instituído, esses serviços, antes classificados como CAPS AD II, se qualificaram como CAPS AD III. Para sua habilitação como CAPS AD III, teriam que atender diversas exigências legais, entre as quais: (1) realizar prestação de serviço com uma retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes; (2) realizar parceria com o hospital geral no tratamento de intoxicações e agravos clínicos; (3) realizar atendimento, ininterruptos durante 24 horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive, feriados e finais de semana; (4) desenvolver atendimento sem barreira de acesso aos usuários, com abrigo noturno e regulação de leitos de internação, com base em critérios clínicos e psicossociais. Além disso, essas mudanças compreenderam a ampliação de ações de prevenção, promoção à saúde, tratamento e redução dos riscos e danos do consumo de droga, tentativas de suprir lacunas assistenciais entre a demanda de tratamento e a oferta de serviços. Em função dessas exigências, apenas em 2010, ocorreu o surgimento do tipo CAPS AD III, com aumento nos anos seguintes de 69 serviços (Brasil, 2014).

Após levantamento na literatura sobre avaliação dos CAPS, observou-se diversos estudos que descreveram aspectos da estrutura organizacional dos CAPS, e como resultados, apresentaram pontos de fragilidade desses serviços. A Tabela 12 apresenta aspectos dos CAPS em relação a sua estrutura organizacional levantados nesses estudos.



Tabela 12

*Autores (ano) e estudos sobre aspectos da estrutura organizacional dos CAPS*

<b>Autores (Ano)</b>	<b>Pontos de fragilidade sobre os CAPS</b>
Kantorski et al. (2009)	Problemas de gestão nos CAPS ligadas a infraestrutura, fornecimento irregular de medicamentos e pouco diálogo entre profissionais e gestores.
Silva; Lancman (2009)	Dificuldade do CAPS de construir um projeto institucional voltado para as necessidades dos usuários, de acordo por exemplo, com suas características sócio cultural.
Nascimento; Galvanese (2009)	Dificuldades dos profissionais dos CAPS de organizar uma rotina de práticas que atenda a grande variabilidade de demandas apresentadas pelos usuários.
Onocko-Campos; Furtado; Passos; Ferrer; Miranda e Gama (2009)	Problemas de ausência de normatização da assistência noturna e de fim de semana com um cuidado ainda realizado nos moldes do hospital psiquiátrico
Tomasi et al. (2010)	Dificuldade de articulações entre o serviço e a rede básica e de interações com familiares, dificultando o fortalecimento com as redes de apoio social e comunitário ao usuário de drogas.
Wetzel; Kantorski; Olschowsky; Schneider e Camatta (2011)	Dificuldade de efetivar a alta do usuário, em virtude da ausência de dispositivos terapêuticos na rede de cuidado em saúde mental, como projetos de economia solidária, unidades de acolhimento, projetos de inserção ao trabalho, entre outros.

As fragilidades apontadas pelos autores indicam que há problemas significativos na forma como os CAPS estão se estruturando e desenvolvendo a gestão dos serviços, em função de questões de infraestrutura, dificuldade de dispensa de medicamentos e falta de normatização de práticas e estratégias terapêuticas. Além disso, estudos apontam que problemas na estrutura organizacional tem comprometido a adoção das práticas e estratégias terapêuticas preconizadas pelo modelo psicossocial, instituído pelas políticas públicas, afetado diretamente a dinâmica e a gestão do serviço, e dificultando a atuação dos profissionais junto ao usuário.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) avaliou, em 2010, por meio de roteiro de vistoria e amostra de prontuários, 85 CAPS, entre os quais CAPS AD, dos municípios de São Paulo (36,9%). O estudo traçou um diagnóstico sobre o funcionamento desses serviços, com base na Portaria 336 (MS, 2002). Os resultados mostraram lacunas e distorções no funcionamento dos CAPS AD em relação ao modelo instituído pela política brasileira. Isso ocorria, ainda segundo o estudo, devido a: (1) ausência de supervisão e capacitação dos profissionais, falta de acolhimento no período noturno por

insuficiência de quadro de pessoal (69,4%); (2) ausência de atendimento médico clínico, falta de médicos psiquiatras em determinados períodos (25,3 %); (3) carência de retaguarda para emergências (31,3 %) e leitos psiquiátricos (42 %) nas demandas de comorbidade, síndrome de abstinência; (4) dificuldade de articulação dos CAPS AD com recursos comunitários (27,4%); (5) falta de integração com a comunidade (29,8%) e com serviços de outras áreas (37,6%) (Brasil, 2010).

Outro aspecto apontado no diagnóstico do CREMESP (2010) foi quanto à organização e estrutura dos dados dos prontuários dos CAPS. O Primeiro está relacionado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual, segundo esse relatório, mesmo sendo considerada uma estratégia fundamental, instituída pela reforma psiquiátrica, mostrou-se ausente nos prontuários. O segundo aspecto relaciona-se ao descuido dos profissionais com o registro dos dados de atendimento ao usuário e produção de evidências relativas aos processos e resultados do tratamento, o que foi observado nos CAPS infantil e de álcool e drogas, nos quais os dados dos prontuários se mostraram incompletos e ilegíveis.

Um dos encaminhamentos desse estudo, com base nos resultados encontrados, aponta para a necessidade de avaliações regulares da gestão desenvolvida no serviço e, principalmente, de definições de parâmetros para que as equipes de saúde consigam formular PTS efetivos e não se tornem ações alienadas, mecânicas e desarticuladas das reais demandas do usuário.

Os estudos mostraram que os CAPS não estão praticando o modelo psicossocial em sua integralidade devido: (1) à complexidade do tratamento da problemática do consumo de drogas e a dificuldade dos profissionais de manejar a atenção em situações de crise, como, por exemplo, na internação compulsória crescente em função do consumo do crack; (2) às pesquisas avaliativas existentes sobre os CAPS, realizadas com uso de indicadores de pesquisas anteriores e ausência de estudos sistemáticos sobre as práticas com eficácia comprovada; e (3) à ausência de estudos sistemáticos sobre as técnicas consideradas válidas e efetivas para possibilitar comparar resultados entre serviços. Adicionalmente à insuficiência dos estudos sobre os CAPS, sugestão de melhorias tem sido apresentada, entre as quais: mudanças nos processos seletivos e na educação continuada dos profissionais, na gestão dos serviços, tornando-a mais democrática e na organização de rotinas formais, de modo a torná-las mais estruturadas e sistematizadas, de acordo com um modelo clínico assistencial. (Lima & Schneider, 2013).

Problemas no avanço do consumo de drogas, sua associação com contextos de vulnerabilidades e a evolução das necessidades em saúde mental promoveram novas

diretrizes, as quais foram inseridas no modelo psicossocial, incentivaram um tratamento multifatorial e complexo. Entretanto, resultados da pesquisa indicam que o modelo psicossocial avaliado não está totalmente instituído nos CAPS AD. Há poucos estudos que descrevam o funcionamento dos CAPS AD. Os CAPS AD III surgiram incentivados não somente para ampliar a abrangência populacional do serviço, mas também para qualificar as ações de saúde para os usuários com problemática com o uso das drogas. Este estudo é parte do esforço de descrever aspectos da estrutura e dinâmica organizacionais dos CAPS AD, visando sobre soluções que possibilitassem a aplicação de rotinas terapêuticas que promovam maior qualidade no cuidado ao usuário.

### **3. Método**

A pesquisa adotou os parâmetros das diretrizes e normas regulamentadoras oriundas da pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). A pesquisa foi aprovada em 04/02/2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB). (ANEXO A).

Este estudo, de natureza exploratória e descritiva, possui delineamento misto, quantitativo e qualitativo, foi realizado em quatro etapas em três CAPS AD, dois deles sediados no Distrito Federal e um no Município de São Paulo, escolhidos por conveniência para a realização desta pesquisa.

A primeira etapa compreendeu a busca e análise de documentos administrativos de cada CAPS AD, que caracteriza o serviço quanto à sua dinâmica organizacional. A segunda etapa consistiu na coleta de dados sobre os usuários atendidos, realizada a partir das informações contidas em documentos disponibilizados pelos CAPS AD, este estudo visou descrever o perfil dos usuários e as características do atendimento prestado aos usuários nos CAPS AD. A terceira etapa analisou os prontuários dos usuários atendidos nos CAPS AD de modo a identificar as práticas e as estratégias terapêuticas adotadas pelos profissionais, bem como a organização e distribuição das tarefas realizadas pelas equipes dos três CAPS AD estudados.

#### **3.1.Contexto da pesquisa**

Este estudo foi realizado em dois CAPS AD do Distrito Federal e um do Município de São Paulo, os quais serão denominados a seguir como CAPS AD DF 1, CAPS AD DF 2 e CAPS AD SP, respectivamente, de modo a garantir a não identificação das unidades

pesquisadas, de acordo com a Resolução 466/2012. A escolha dos locais de estudo foi por conveniência, tendo como único critério serem eles habilitados no Ministério da Saúde. Os CAPS AD eleitos são representativos da realidade local, pois fazem parte de serviços da RAPS, mas que apresentaram características distintas na cobertura do serviço em relação ao índice populacional nessas regiões.

O Distrito Federal, segundo o Ministério da Saúde (2011) apresenta uma baixa cobertura de serviços substitutivos em relação ao índice populacional, considerado de 100 mil habitantes. Apresenta, portanto apenas 46,6 % de cobertura, mas que, a partir de 2011, apresentou uma leve expansão, principalmente com a abertura de CAPS AD. Por outro lado, esse serviço no Município de São Paulo, é considerado de alta cobertura em relação ao índice populacional, indicado para ser referência formativa do Brasil em conjunto com mais de 21 centros de tratamento de diferentes partes do mundo (MS, 2011).

### **3.2. Coletas de dados, fontes e instrumentos de pesquisa.**

Este estudo utilizou dados diversos para descrever a rotina e a estrutura dos CAPS AD, o perfil e o quantitativo de profissionais dos CAPS AD, obtidas por meio de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); características do território de abrangência dos CAPS AD, obtidas no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e as informações sobre práticas e estratégias terapêuticas realizadas com os usuários atendidos, a partir dos prontuários dos usuários, disponibilizados pelos CAPS AD.

Os documentos apresentados pelos CAPS AD utilizados neste estudo foram: (1) Projeto Político Institucional (PPI); (2) protocolos específicos do serviço, utilizados pelos profissionais, como o protocolo de construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI), o protocolo de identificação social e de dados nosológicos, a ficha de acolhimento, o termo de compromisso e o mapa de atividades do usuário; (3) cronograma semanal de atividades de grupo realizadas pelo serviço de atendimento; (4) planilha estatística de atividades desenvolvidas por categoria profissional do ano de 2014; e (5) planilha de cadastro de usuários atendidos pelo serviço desde sua inauguração, com dados sociodemográficos e características dos usuários quanto ao perfil de consumo.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma base, on line, que detém informações sobre a rede assistencial e o cadastro dos profissionais inseridos nessa rede. A pesquisa no CNES ocorrida paralelamente a estudo de outras fontes.

A pesquisa realizada no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) se deu por meio de levantamento das características do território e da população, conforme

apresentadas no Censo (IBGE, 2010). Esses dados possibilitaram caracterizar o quantitativo e as características populacionais e territoriais das localidades acompanhadas pelas equipes dos CAPS AD.

No estudo dos prontuários, foram levantadas as práticas que os profissionais realizam com os usuários que estão em tratamento em cada CAPS AD, desde sua admissão. Para análise das práticas terapêuticas foi construída uma lista de verificações, contendo diversas estratégias sugeridas pelas políticas e diretrizes. Essa lista de verificações foi construída com base em 48 documentos governamentais, entre eles, manuais e normas nacionais e internacionais. Finalmente, esse protocolo contém uma lista de 58 práticas e estratégias terapêuticas, como também com espaço para acréscimo de práticas ocorridas nos serviços e não listadas.

O instrumento de coleta de dados foi submetido a duas etapas de validação da estruturação do protocolo e da semântica. A primeira etapa objetivou avaliar a estrutura de forma do protocolo e foi realizada com a participação dos integrantes do Grupo de pesquisa Impacto do Instituto de Psicologia/UnB, entre os quais, professores, estudantes de graduação e pós-graduação. O grupo avaliou se os itens levantados estavam organizados de forma a viabilizar o levantamento das práticas nos prontuários. Nessa etapa, sugeriu-se a elaboração de um glossário de termos técnicos relativos às práticas terapêuticas, de modo a aumentar a precisão das informações sobre a realidade dos CAPS AD.

A segunda validação ocorreu com profissionais de um CAPS AD do Distrito Federal, na qual foi realizada análise semântica e de conteúdo dos instrumentos. Participaram dessa etapa seis profissionais nas áreas de Serviço Social, Terapia Ocupacional, Psicologia e Enfermagem. Essa etapa possibilitou incluir sinônimos de termos utilizados pelas equipes nos itens do protocolo. (APÊNDICE A).

Após essas etapas de validação, o instrumento foi aprimorado por meio de organização de forma e acréscimo de sinônimos dos termos sobre práticas e estratégias terapêuticas.

### **3.3.Procedimentos de coletas de dados**

A coleta de dados ocorreu no ano de 2014, por meio de diversas visitas aos serviços do Distrito Federal e do Município de São Paulo.

Inicialmente, o estudo foi apresentado aos profissionais e gerentes dos CAPS AD, com a finalidade de possibilitar o entendimento dos objetivos do estudo por todos os participantes e viabilizar o levantamento e a liberação dos documentos do serviço.

Durante a permanência da pesquisadora no campo, houve interação com os profissionais da equipe técnica, como também com os da equipe administrativa e gerentes. Todos os profissionais dos CAPS AD mostraram-se envolvidos com a proposta do estudo e colocaram-se disponíveis para a liberação dos documentos que pudessem auxiliar nos dados da pesquisa. Assim, foram levantados documentos da área técnica e administrativa, descritas anteriormente. Entretanto, os documentos não eram similares para todos os CAPS AD do estudo, como descrito na Tabela 13.

Tabela 13

*Documentos levantados por CAPS AD do estudo*

<b>CAPS AD</b>	<b>DADOS COLETADOS</b>
<b>CAPS AD DF 2</b>	Projeto de implantação do CAPS AD Protocolo institucional do Projeto Terapêutico Singular Relação dos profissionais com quantitativo por categoria Grade de atividade de grupo semanal Dados gerais dos usuários atendidos em planilha do Excel Planilha estatística do quantitativo de atividades cadastrada pelo SUS no ano 2014
<b>CAPS AD DF 1</b>	Projeto de implantação do CAPS AD Grade de atividade de grupo semanal Planilha estatística do quantitativo de atividades cadastrada pelo SUS no ano 2014 Dados gerais dos usuários atendidos em planilha do Excel
<b>CAPS AD SP</b>	Protocolos da instituição (Cartão do serviço, ficha de acolhimento, folha de evolução) Atividades do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Grade de atividade de grupo semanal Relação de usuários atendidos Relação dos profissionais dos CAPS AD Cópia do cadastro dos usuários ativos no sistema intranet da prefeitura Portaria de sistema de registro das ações ambulatoriais de saúde (RAAS) e procedimentos de CAPS (Nota técnica nº 114/2014 e Portaria nº 854/2012)

Esses documentos possibilitaram na descrição de cada CAPS AD quanto à sua estrutura organizacional, e a análise de sua aderência aos parâmetros das diretrizes governamentais, como quantitativo de porte atendimento populacional, características relacionadas ao atendimento, os objetivos e princípios de funcionamento, atendimento no desenvolvimento na atenção do usuário, a estrutura física, e recursos materiais e incentivo financeiros.

Nos CAPS AD do Distrito Federal, a equipe do setor de arquivo faz o cadastro de dados gerais sociodemográficos dos usuários, como também dos dados específicos relacionados às necessidades do serviço. No CAPS AD de São Paulo, os dados gerais dos

usuários constam do sistema intranet da Prefeitura Municipal, os quais podem ser exportados para planilhas. Dessa forma, foi possível organizar uma planilha única com os dados dos usuários dos três CAPS AD com variáveis similares, como: status dos usuários (ativo, inativo e busca ativa), tipo de droga de consumo, data de nascimento, sexo, estado civil, localidade em que residem.

Além dessas variáveis comuns a todos os serviços, cada CAPS AD apresentou alguns dados específicos. No CAPS AD DF 2, os dados específicos foram: demanda de encaminhamento, data de início de tratamento e tempo de adesão ao tratamento. No CAPS AD DF 1, os dados foram: demanda de encaminhamento, religião, escolaridade, ocupação, situação ocupacional, tipo de moradia, familiares que residem com o usuário, tempo de consumo da droga, frequência de uso de drogas, último uso de drogas e sintomas apresentados. Já no CAPS AD SP, os dados específicos foram: início do tratamento, raça, naturalidade, vínculo com a atenção básica, escolaridade, ocupação, situação ocupacional, tempo de adesão ao tratamento no CAPS AD, se ainda mantêm contato com familiares, disponibilidade para o tratamento.

Todos os dados dos CAPS AD DF 1 e 2 foram importados do Excel para uma planilha única no SPSS, e os dados da ficha cadastral dos usuários dos CAPS AD SP também foram incluídas na planilha. O arquivo final do SPSS totalizou 3.694 usuários cadastrados.

Os dados constantes no CNES e no site do IBGE foram inicialmente levantados, tendo como descritor de busca a localidade dos CAPS AD e o nome de cada serviço do estudo. No IBGE, foram selecionados conteúdos relacionados aos territórios dos CAPS AD, como índice populacional, demografia e o mapa da localidade, enquanto que, no CNES, os dados foram a caracterização do tipo de serviço e o perfil dos profissionais.

Nos prontuários dos serviços, foram coletadas as práticas e estratégias terapêuticas, utilizando-se o checklist anteriormente descrito (APÊNDICE A). Todos os prontuários dos usuários que se encontravam em tratamento no momento do levantamento foram folheados na busca de descrições de práticas terapêuticas adotadas nos tratamentos. Essas práticas foram contabilizadas no protocolo não se considerando a reincidência no mesmo prontuário. Nessa fase, foram levantados dados em 296 prontuários no CAPS AD DF 2, 420 no CAPS AD DF 1 e 116, no de São Paulo, totalizando 832 prontuários.

### **3.4.Procedimentos de análise dos dados**

Com os documentos levantados nos três CAPS AD, foi possível caracterizar aspectos do território, da gestão, das práticas dos CAPS AD e do perfil dos profissionais e usuários. Com os dados, foi possível descrever a estrutura, a dinâmica e as rotinas terapêuticas.

Os dados extraídos dos documentos levantados nos serviços foram organizados, utilizando-se estratégias qualitativas e quantitativas, da seguinte forma: (1) os documentos descritivos foram organizados em tabela categorial com itens descritivos sobre o serviço; (2) os dados dos usuários do arquivo em Excel e do protocolo da prefeitura foram organizados uma planilha única com auxílio do SPSS e com o uso do software SPSS; (3) os dados do território foram organizados de forma descritiva, utilizando-se mapas descritivos e tabelas; (4) os dados sobre os profissionais foram organizados em planilha SPSS; e (5) os dados sobre as práticas terapêuticas, em planilha com a frequência de descrição de cada estratégia terapêutica. Por fim, os dados foram apresentados de forma descritiva.

A planilha sobre o perfil dos usuários apresentou uma amostra total de 3.694, dos quais 2.661 usuários estavam sendo atendidos no CAPS AD DF 1, 776, no CAPS AD DF 2, ambos do Distrito Federal, e 257, no CAPS AD do Município de São Paulo. A planilha foi organizada com 25 variáveis, quais sejam: localidade dos CAPS AD, nome do usuário (Sigla), condição no serviço, tipo de encaminhamento, início do tratamento, idade, sexo, estado civil, religião, local que reside, naturalidade, ocupação, situação ocupacional, tempo de tratamento, tipo de moradia, local, droga de consumo, tempo de uso, frequência, último uso, sintomas associados, raça, vínculo com a atenção básica, frequência à escola, nível de escolaridade, tempo de adesão. Alguns dados sobre os usuários eram comuns aos CAPS AD do estudo, porém com outras variáveis específicas eram de cada serviço.

O arquivo de dados sobre o perfil dos profissionais contém uma amostra de 160 profissionais, tendo sido organizada com 07 variáveis: sexo, formação, tempo de atuação, data de admissão, carga horária semanal, vinculação ao serviço, vinculação atual e uma variável de identificação do local de trabalho (CAPS AD DF 1, CAPS AD DF 2 e CAPS AD SP).

## **4. Resultados e discussão**

O tratamento dos dados possibilitou caracterizar a estrutura e a dinâmica organizacional dos CAPS AD do estudo com aspectos como: missão básica e finalidade do serviço, metas e diretrizes, localização e área de abrangência territorial, tipos e origem dos insumos, aspectos gerais e o quantitativo de servidores por categoria profissional, gestão de recursos humanos (ingresso, acompanhamento, ascensão funcional), estrutura organizacional,



tecnologia (equipamentos, procedimentos e métodos), produtos/serviços, e relação como meio externo.

A seguir, serão apresentados os resultados com a descrição da realidade de cada CAPS AD do estudo.

#### 4.1.CAPS AD do Distrito Federal (CAPS AD DF)

O Distrito Federal instituiu sua Política Distrital de Drogas somente em 2010, criando o Sistema Distrital de Políticas sobre Drogas (SIDPD), por meio do Decreto nº 32.108 (DOU/DF 26/08/2010). Além disso, publicou, nesse mesmo ano, o Plano Diretor de Saúde Mental 2011 a 2015, planejando a expansão dos tipos de CAPS com aumento de 40 serviços nesse período. Entretanto, até 2015, o Governo inaugurou 10 CAPS, habilitados no Ministério da Saúde, entre eles, um CAPS I, três CAPS II, um CAPS I e cinco CAPS AD III. A expansão dos CAPS do Distrito Federal, no período de 2006 a 2014, encontra-se ilustrada na Figura 8.

##### Distrito Federal

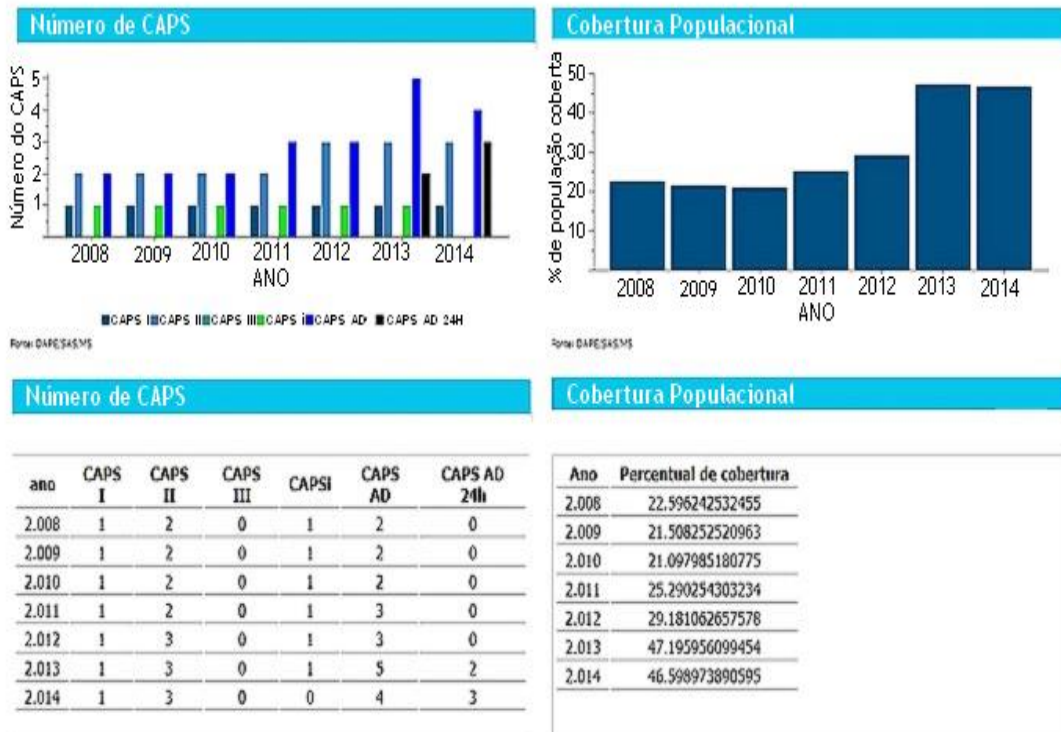


Figura 8. Série histórica do avanço dos CAPS no Distrito Federal (Brasil, 2013).

No Distrito Federal, a partir de 2010 houve um expressivo aumento de CAPS, de diversos tipos, com uma cobertura populacional de 46%, tendo como indicador CAPS/100.000 habitantes. Apesar do aumento de CAPS, o Ministério da Saúde (2012) considera uma cobertura baixa do Centro Oeste. Nos últimos cinco anos, ocorreu abertura de CAPS AD, numa média de 8,8% por ano, com avanço de 14 CAPS AD, só nos últimos dois anos, em relação aos outros tipos, sendo 9 do tipo II e 5 do tipo III.

Em relação à gestão de recursos humanos e à estrutura organizacional, os dois CAPS AD possuem características similares. Quanto ao regime de trabalho, os profissionais dos CAPS AD são predominantemente estatutários, ingressaram por meio de concurso público para o cargo de Especialista em Saúde, organizado pela Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES), que também é responsável pela lotação dos profissionais nos serviços da Secretaria de Saúde. Quando admitidos, os profissionais são encaminhados aos CAPS AD há treinamentos após a admissão de 40 horas semanais e sobre conteúdos gerais. Quando o profissional assume o cargo no serviço, esse passa pelo período probatório (três anos) e é submetido à avaliação semestral pela chefia imediata. Ao final desse período, os profissionais passam a ser avaliados anualmente, e a cada sete anos, ocorre progressão vertical, por meio de pontos acumulados e relacionados a investimentos formativos na área.

Em 2005, por meio da Portaria nº 194 (DOU/DF 05/01/2005), o Governo do Distrito Federal reestruturou a carreira dos servidores públicos da saúde. Os profissionais passaram a denominar Especialista em Saúde, com novo escalonamento da carreira e inclusão de ganho salarial de 30% por meio de comprovação de investimento formativo, além de acréscimo de 20 dias consecutivos de férias a cada seis meses de atividade.

Os CAPS AD DF apresentam uma estrutura organizacional complexa, em função de fatores relevantes como: (1) as diversas práticas que são desenvolvidas, considerando-se as demandas subjetivas e singulares dos usuários e o contexto sociocultural específico de cada território; (2) a função mediadora no cuidado ao usuário, por meio de parcerias com a rede de saúde e de serviços intersetoriais que promova sua inserção social; e (3) a sua subordinação, na rede de saúde, ao hospital regional.

A gestão dos CAPS do Distrito Federal tem origem estadual, de natureza administrativa direta em saúde pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal do Governo do Distrito Federal. O CAPS AD é parte de uma estrutura de serviços em saúde (Centros de Saúde, Hospital Geral e Centros de Especialidades), com rotinas protocolares, estruturas complexas e específicas nas áreas de atuação, desenvolvendo-

se como organizações em rede com variadas formas de integração e que relacionam, referenciando casos entre serviços de saúde, por meio de referência e contra referência. Portanto, o desenho organizacional dos CAPS AD do Distrito Federal combina diferentes níveis de formalização, complexidade e em rede.

A seguir, serão descritas características específicas de cada serviço do estudo.

#### **4.1.1.CAPS AD DF 1**

O CAPS AD DF 1 é um serviço que funciona na região administrativa com um dos maiores índices populacionais, representando 16% da população do Distrito Federal e um dos territórios de maior índice de violência associado ao uso de álcool e outras drogas. A abrangência de atuação desse serviço é formado por duas regiões administrativas, a da sua localidade, com área total de 230,22 (3,9%) e com população de 402,729 (16,7%), além da Região Administrativa IV, com uma área de 474,83 (8,2%) e uma população de 52.698 (2,5%). Essa última região apresenta 21 km de distância do CAPS AD DF 1. (CODEPLAN, 2013).

A abrangência territorial e populacional de atendimento do CAPS AD DF 1 totaliza 12,1 % do território do Distrito Federal, com 527.52 mil habitantes. (IBGE, 2010; SEDUH/GDF, 2012). Essas regiões estão subdivididas em áreas urbanas e rurais compondo-se a primeira, de 14 áreas e a segunda considerada como ponto de trabalho do Distrito Federal (6,73%), além de apresentar um rico equipamento comunitário. Na contramão, a segunda região é composta de apenas nove setores, com baixo índice de ponto de trabalho e uma economia prioritariamente agrícola. Entretanto, há similaridades em ambas as regiões quanto ao nível de escolaridade de fundamental incompleto, com elevados índices e diversos contextos de vulnerabilidade social (IBGE/CENSO, 2010; Brasília, PDAD/DF, 2011).

O CAPS AD DF 1 foi inaugurado em 2008 e, anteriormente, estava localizado dentro do hospital regional, em apenas duas salas. A partir de 2013, o Centro mudou de endereço, deixando a área do hospital e passando a funcionar em um prédio de dois andares. No subsolo, encontram-se o refeitório e as salas de atendimento de grupo. No primeiro andar, ficam os consultórios de atendimento individual, a farmácia, duas salas administrativas e uma sala ampla com posto de enfermagem para a unidade de internação. O segundo andar ainda não está sendo utilizado.

Os recursos financeiros dos CAPS AD DF 1 são públicos, recebidos do Ministério da Saúde, por meio do Fundo Distrital de Saúde. Em 2013, esse serviço foi realinhado para o

CAPS AD III, em cumprimento à Portaria nº 130 (MS/GM 27/06/2012). Na oportunidade do realinhamento desse serviço para o tipo III, o Distrito Federal recebeu 70 mil reais pela mudança e mensalmente passou a receber 78 mil reais. Em 2015, segundo o Relatório de Gestão da Secretária de Atenção à Saúde de 2014, a meta programada para o ano para reestruturação da rede de atenção psicossocial com priorização para o enfrentamento do crack, álcool e outras drogas, foi alcançada em 96% no Brasil, porém não houve repasse para o Distrito Federal, justificado nesse relatório pela ausência de pedido de incentivo nessa área. (Brasil, 2015).

Segundo o Projeto Técnico de Implantação do CAPS AD DF 1, a missão desse serviço é de se tornar referência a usuários e familiares com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no seu território de abrangência, atuando segundo a perspectiva de redução de danos preconizada pelo Ministério da Saúde e regulamentada pela Lei nº 10.409/2002, com a finalidade de se constituir como:

[...] espaço de acolhimento, formação de vínculo, suporte, orientação e de co construção de perspectivas resilientes, comprometendo pelas estratégias de inserção/reinserção social e de sensibilização da sociedade civil, comprometer-se com a elaboração de estratégias de inserção/reinserção social e de sensibilização da sociedade civil, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam melhor qualidade de vida e inclusão sociais possíveis. (p. 1)

A dinâmica organizacional do CAPS AD DF 1 prevê, de acordo com o projeto de implantação, ações diversas na rotina em relação ao atendimento do usuário e às atividades dos profissionais. O cotidiano do serviço, descrito no projeto de implantação, deixa claro que sua prática deve estar em consonância com as diretrizes das Portarias 224/92, 336/02 e 130/13, do Ministério da Saúde, centrado numa atenção comunitária e clínica, com atuação interdisciplinar e práticas que efetivem o diagnóstico precoce, a remissão de doença, com tecnologias especializadas na perspectiva da redução de danos e recuperação parcial ou total, considerando singularidade, história, cultura e referências do usuário.

Em relação ao atendimento dos usuários, as atividades são realizadas pelos profissionais junto aos usuários, como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), dispensa de medicação assistida; o atendimento em grupos (psicoterapia, grupo terapêutico, atividade de suporte social, grupos de orientação, oficina terapêuticas, entre outras); as visitas domiciliares e entre instituições; o atendimento à família, individual e em grupo; as atividades de reabilitação psicossocial, tais como, resgate e

construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo da moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outras; as atividades comunitárias, enfocando a integração do indivíduo na comunidade e sua reinserção familiar e social; e o atendimento de desintoxicação.

Em relação às atividades dos profissionais, são voltados para atividades da própria equipe no serviço. Nessas estão: as reuniões, as supervisões e programas de capacitação em serviço.

Outro aspecto apresentado nesse projeto refere-se a estratégias/projetos que o CAPS AD DF 1 deve desenvolver, como: (1) atualização do plano terapêutico trimestralmente e organização de estratégias dos profissionais para realizar busca ativa dos usuários evadidos, diminuir a rotatividade e produzir eficácia do tratamento; (2) projeto de música no hospital, em que os usuários realizam apresentações nas enfermarias do hospital regional; (3) programa de estágio nas áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Serviço Social e Medicina, gerenciado pela Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS); e (4) semana de saúde mental, com atividades preventivas junto à comunidade.

Ainda segundo o projeto de implantação, os usuários podem participar das atividades terapêuticas do CAPSD AD DF 1 em um turno (04 horas), dois turnos (08 horas) ou 24 horas contínuas nas situações nas quais observa-se a necessidade de internação breve, o que é denominado pelos profissionais como Unidade de Acolhimento Integral (UAI).

O primeiro contato do usuário com o serviço ocorre no acolhimento, independente, do tipo de encaminhamento para o CAPS AD. Todos os profissionais cumprem um período de trabalho nesse espaço, no qual procedem à escuta do usuário sobre suas necessidades e demandas, preenchendo dados gerais em formulários específicos. A partir desse momento, os profissionais realizam um dos seguintes encaminhamentos: internação, podendo ser na Unidade de Acolhimento Integral (UAI), em uma comunidade terapêutica ou no hospital geral ou retorno do usuário para participar de atividades grupais e atendimento psicológico e/ou médico, de acordo a sua disponibilidade e agenda dos profissionais.

Quando o usuário é internado na UAI, passa a ser acompanhado de forma sistemática pelo médico clínico, psiquiatra e equipe de enfermagem, com tempo de permanência de 14 a 30 dias. No caso do usuário que é encaminhado para participar de atividades de grupo, quando esse retorna, inicia o atendimento com o profissional que servirá de referência no tratamento. O CAPS AD DF 1, em 2015, reorganizou a dinâmica de trabalho dos profissionais, reformulando a forma de referência ao usuário que, a partir desse ano, passou a ser uma

miniequipe de profissionais a referenciar usuários por territórios específicos, objetivando integralidade no acompanhamento do tratamento. Porém, não foi possível conhecer as ações estratégicas da mudança, pois os profissionais mostraram-se ainda em etapa de adaptação e reformulação do trabalho.

Com o retorno do usuário ao serviço, o mesmo passa a se integrar em atividades prioritariamente grupais, mas poderá ser acompanhado individualmente, quando a equipe perceber essa necessidade ou em situações intercorrentes, como sintoma de abstinência e recaída. Na ausência do usuário ao serviço, por período de três meses, é realizada uma busca ativa, por meio de contato telefônico ou visita domiciliar. Quando decorrem três meses de ausência no CAPS AD DF 1, o usuário é considerado inativo, pela desistência ao tratamento, sendo seu prontuário arquivado por abandono.

De acordo com o projeto de implantação, os recursos humanos dos CAPS AD DF 1 devem cumprir as diretrizes da Portaria/GM/MS nº 130 (26/01/2012), com atendimentos de 40 até no máximo 60 pacientes por turno, na excepcionalidade. A equipe deve ser formada com 08 profissionais de nível superior e 09 profissionais de nível médio de saúde e administrativo. Além disso, nos plantões noturno de 12 horas e nos finais de semana e feriados, deverá haver uma equipe mínima de enfermagem e administrativo.

Para o CNES, o CAPS AD DF 1, no período da pesquisa (outubro de 2014), possui, uma equipe formada por 91 profissionais de nível técnico e superior de áreas diversas, como: Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Administrativo, Terapia Ocupacional, Médico Clínico, Farmacêutico e Médico Psiquiatra.

O perfil geral dos profissionais na Tabela 14, apresentou um predomínio de profissionais de enfermagem, do sexo feminino, de nível superior e médio no CAPS AD, dois anos de atuação nesse serviço e 20 horas semanais de trabalho.

Tabela 14

*Características dos profissionais do CAPS AD DF 1*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>N (91)</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	75	85,7
	Masculino	13	14,3
<b>Formação</b>	Auxiliar/técnico de Enfermagem	32	35,2
	Psicólogo	16	17,6
	Assistente Social	13	14,3
	Enfermeiro	11	12,1
	Administrativo	06	6,6
	Terapeuta Ocupacional	06	6,6
	Médico Clínico	03	3,3
	Farmacêutico	02	2,2
	Médico Psiquiatra	02	2,2
<b>Tipo vínculo</b>	Estatutário	89	97,8
	Contrato	02	2,2
<b>Tempo no CAPS AD</b>	1 a 2 anos	50	54,9
	3 a 4 anos	13	14,3
	Acima de 5 anos	28	30,8
<b>Carga horária semanal</b>	20	36	39,6
	24	26	28,6
	30	05	5,5
	40	24	26,4

Fonte: MS/SAS/ CNES, 2015 (disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em 01/02/2015)

O CAPS AD DF 1 atende à população de adultos, com idade acima de 18 anos (e seus familiares), com problemas no uso (abuso/dependência) de álcool ou outras drogas, com diagnóstico de transtorno decorrente desse uso e que residam na área de abrangência designada para esses serviços. O Projeto Técnico de Implantação aponta que o modelo assistencial desse serviço está em consonância com os princípios e diretrizes das Portarias 224/95, 336/02 e 130/13 do Ministério da Saúde.

A atuação do CAPS AD DF 1, portanto, tem por base a interdisciplinaridade e com diversas abordagens junto ao usuário. No momento do estudo, o serviço disponibilizou apenas o cadastro de usuários que haviam sido atendidos no acolhimento e considerados ativos no serviço. O número de usuários que estavam sendo atendidos no período da pesquisa (setembro a novembro de 2014) foi de 776 usuários, não sendo possível ter acesso ao quantitativo total de usuários, entre os quais os usuários inativos, e conhecer a frequência de adesão e evasão. As características dos usuários ativos dos CAPS AD DF 1 foram descritos na Tabela 15.

Tabela 15

*Características dos usuários do CAPS AD DF 1*

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>	<b>N: 776 (100%)</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	658 (84,8)
	Feminino	118 (15,2)
<b>Encaminhamento</b>	Espontânea	426 (54,9)
	Rede de saúde	239 (30,8)
	Judicial	73 (9,4)
	Educação	05 (0,6)
<b>Droga de consumo</b>	Múltiplas drogas	590 (76)
	Álcool	164 (21,5)
	Cocaína	06 (0,8)
	Canabis	04 (0,5)
	Crack	04 (0,5)
<b>Tempo de consumo</b>	Até 10 anos de consumo	68 (8,8)
	Mais de 10 anos de consumo	703 (90,6)
<b>Frequência no consumo</b>	Diário	473 (61)
	Semanal	177 (22,8)
	Esporádico	44 (5,6)
	Quinzenal	12 (1,5)
	Mensal	14 (1,8)
	Abstinência	12 (1,6)
<b>Última vez que consumiu</b>	Hoje	148 (19,1)
	Um dia até um mês	464 (59,7)
	Um mês até um ano	94 (12,1)
	Mais de um ano	45 (5,4)

Os dados sobre o usuário mostram um predomínio de um perfil do sexo masculino, que procuram pelo tratamento no CAPS AD espontaneamente, fazem uso de múltiplas drogas de forma dependente, pois o consumo se dá há mais de dez anos e diariamente.

O CAPS AD DF 1, como porta de entrada da atenção especializada, recebe usuários de outros serviços da saúde. Além desses, atende também pacientes encaminhados de serviços intersetoriais, como educação e justiça. Nesse último, os usuários fazem o tratamento de forma compulsória, ou seja, por decisão judicial para cumprimento de medida jurídica.

Com relação ao consumo de drogas, existe um predomínio do uso de múltiplas drogas. Entretanto, na descrição de quais são as drogas de consumo, os usuários apontaram o uso de cocaína associada, primeiramente, ao álcool, seguido de tabaco ou canabis. Para acompanhar os usuários e suas demandas, há uma rotina de atividades terapêuticas semanais, com grupos terapêuticos, em datas e horários pré-estabelecidos pelos profissionais, com a participação de usuários de acordo com sua disponibilidade de tempo e interesse.



No estudo dos prontuários sobre as práticas realizadas pelos profissionais, de um modo geral, as narrativas tratam do acompanhamento das consultas ao médico clínico e ao psiquiatra, além de registros de atendimento do usuário pela equipe de enfermagem, quando o usuário está em internação na UAI. As atividades grupais são registradas em livros-ata, que descrevem o tipo de grupo, a dinâmica utilizada e os usuários participantes. Além disso, observou-se uma distinção nos prontuários dos usuários encaminhados pela justiça, nos quais encontram-se dados clínicos, registrados pelo médico e pelo psicólogo, sob a forma de relatórios de acompanhamento sistemático evolutivo.

Os prontuários seguem o sistema denominado Cron-Dalfa de classificação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, ou seja, são arquivados pela ordem cronológica do ano, seguido de dia, mês de nascimento e iniciais do nome do usuário.

No período do estudo dos prontuários, observou-se que, de um modo geral, os registros sobre os atendimentos são organizados sem um ordenamento cronológico de atendimentos. Foram localizados alguns protocolos em branco, incompletos e sem a assinatura do usuário. No CAPS AD DF 1, os prontuários contam com os seguintes documentos/protocolos: termo de consentimento ao tratamento, protocolo de acolhimento, protocolo de avaliação de enfermagem, folha de evolução e Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar), que é uma escala com 10 itens, cujo escore final classifica a gravidade da síndrome de abstinência do álcool e fornece subsídios para a intervenção imediata. Ressalta-se que os protocolos encontrados nos prontuários são instrumentos utilizados pelos médicos e enfermagem. Os demais profissionais atuam prioritariamente por meio de grupos terapêuticos. Na Figura 9 são apresentadas as práticas mais citadas, menos citadas e não citadas nos prontuários dos CAPS AD DF 1.

<b>PRÁTICAS</b>		
<p><b>Mais citadas nos prontuários</b></p> <p>Farmacoterapia            Atendimento Psiquiatra            Atendimento Psicólogo            Acolhimento            Acompanhamento intersetorial            Administração de medicação            Atendimento assistente social            Atendimento clínico            Atendimento individual familiar            Atendimento do núcleo familiar            Atendimento individualizado a familiares            Atendimento de grupo            Atendimento enfermeiro            Atendimento individual            Atendimento técnico de enfermagem            Atendimento Terapia Ocupacional            Avaliação inicial ou Triagem            Desintoxicação            Gerenciamento de caso            Hipótese diagnóstica            História pregressa de entrada            Oficina terapêutica            Psicoterapia            Projeto Terapêutico Singular            Reunião de equipe            Reacolhimento            Terapia comunitária            Termo do aceite ao tratamento            Técnico de referência</p>	<p><b>Menos citadas nos prontuários</b></p> <p>Administrativo            Alta clinica            Atendimento semi-intensivo            Atendimento grupo familiar            Atendimento domiciliar            Atendimento intensivo            Atendimento justiça ou atendimento via legal            Atividade comunitária ou Atividades no território ou Atividade extramuros            Benefícios sociais            Consultório de rua            Entrevista motivacional            Estratégia de redução de danos            Mudança do turno            Psicoeducação            Suporte laborativo ou Reinserção no trabalho            Termo de internação involuntária ou Relatório médico ou Guia de consulta            Visita domiciliar</p>	<p><b>Não citadas nos prontuários</b></p> <p>Matriciamento            Triagem            Terapia cognitivo comportamental            Suporte vocacional ou Reinserção ao trabalho            Reunião intersetorial ou Reunião de rede social            Atendimento oficineiro ou Acompanhamento oficineiro            Assembleia            Alta administrativa</p>

Figura 9. Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD DF 1.

Quanto às práticas e estratégias terapêuticas registrados nos prontuários do CAPS AD DF 1, observou-se que, das 58 práticas prescritas pelas diretrizes governamentais, 50 práticas estão sendo adotadas pelos profissionais no cuidado ao usuário. A seguir, serão listadas, na Tabela 16, as atividades terapêuticas que mais apareceram nos prontuários.

Tabela 16

*Descrição das treze práticas mais citadas nos prontuários do CAPS AD DF I*

<b>Nº</b>	<b>Práticas terapêuticas</b>	<b>Número de descrições</b>
01	Farmacoterapia	1.479
02	Atendimento Psiquiatra ou acompanhamento psiquiatria	1.384
03	Atendimento clínico	933
04	Atendimento enfermeiro	807
05	Atendimento técnico de enfermagem	779
06	Acolhimento	695
07	Atendimento de grupo	622
08	Atendimento individual, ou consulta individual	508
09	História pregressa de entrada	407
10	Avaliação inicial ou triagem	393
11	Atendimento psicológico	387
12	Atendimento ou acompanhamento Terapeuta Ocupacional	263
13	Atendimento de assistência social	257

As cinco primeiras práticas descritas foram as de maior frequência encontradas nos prontuários, sendo elas típicas do campo clínico biomédico. De acordo com o prontuário, os usuários, no cotidiano do serviço, são atendidos com terapêutica medicamentosa, recebendo, para isso, acompanhamento médico e de enfermagem. Quando os usuários estão na UAI, essas abordagens tornam-se o tratamento central do usuário.

As práticas psicossociais apresentaram pouca expressão nos prontuários, figurando na sexta colocação entre as atividades relatadas pelos profissionais nos prontuários. O acolhimento, definida como uma atividade diária realizada por todos os profissionais, não tem sido registrada, apesar de considerar procedimento diário e idealmente realizado por todos os profissionais dos CAPS AD.

Outra questão observada são as oito práticas restantes constantes nas diretrizes governamentais que não apareceram nos prontuários, que são: a alta administrativa, a assembleia, o atendimento oficineiro ou acompanhamento oficineiro, a reunião intersetorial ou reunião de rede social, o suporte vocacional ou de reinserção ao trabalho, a terapia cognitiva comportamental, a triagem e o matriciamento. Essas práticas estão ausentes nos prontuários. De qualquer forma, são práticas relevantes que, pelas diretrizes governamentais, são caracterizadas como base do modelo psicossocial.

O cronograma do serviço descreve que a equipe realiza reuniões semanais em um período de quatro horas. No momento da reunião, são suspensas as atividades de grupo terapêutico com os usuários. Nesse espaço, são discutidas as demandas e intercorrências individuais dos usuários levadas pelos profissionais e a equipe discute a situação e encaminha

estratégias para sua resolução. Porém, esse processo não é relatado nos prontuários dos usuários.

Quando ocorre alguma descrição no prontuário sobre encaminhamento de estratégias frente a alguma demanda do usuário é registrado pela categoria médica. Esse profissional ainda é elemento central na responsabilização de demandas dos usuários, como solicitação de benefícios sociais, troca de receita medicamentosa, alta administrativa, admissão na UAI, entre outras.

#### **4.1.2. CAPS AD DF 2**

A missão básica, segundo o projeto técnico de implantação divulgado em 2013, aponta que a criação do CAPS AD DF 2 fundamentou-se pela Lei 10.216 (2001) e na Portaria 336 (2002), que entrou em vigor em consonância com as diretrizes para os CAPS AD III constantes na Portaria 130 (2012). A descrição da missão desse serviço apresentou similar a missão descrita no projeto de implantação do CAPS AD DF 1.

De acordo com sua missão, esse serviço tem como finalidade atuar na construção de uma rede aos usuários de álcool e outras drogas, em atendimentos todos os dias da semana para acolher, avaliar e construir o PTS, prestar atendimento individual para a redução de danos, oferecer suporte a familiares, cuidar das condições para desintoxicação, dar suporte à rede de atenção básica, auxiliar na reinserção social do usuário com articulação intersetorial e comunitário, trabalhando, para isso, a representação social. Além do trabalho com os usuários, o CAPS AD DF 2 deverá atuar como serviço regulador da porta de entrada da rede em saúde mental, contribuindo para a redução de atendimentos de urgência e emergência.

O CAPS AD DF 2 encontra-se instalado na região administrativa XV do Distrito Federal, em uma área considerada central a outras regiões, integrando, ao norte, com a Samambaia, ao sul, com o Gama, a leste, com Riacho Fundo II, e a oeste, com o município de Santo Antônio do Descoberto – Goiás.

Segundo a Secretaria de Saúde, o CAPS AD DF 2 está designado para atender a abrangência da sua localidade e mais duas outras regiões, nas quais são consideradas polo econômico importante para o Distrito Federal, concentrando cerca de 40% da população, 30% dos estabelecimentos comerciais e de serviços. Em contrapartida, uma das regiões se encontra em última posição em desenvolvimento econômico em relação às demais regiões. Assim, O CAPS AD DF 2 presta atendimento para três regiões administrativas, com respectivos

percentuais de cobertura territorial de 328,47 de amplitude e uma população de 501 mil habitantes (IBGE, 2010; SEDUH/GDF, 2012).

No caso do CAPS AD DF 2 inaugurado como um serviço do tipo III, o Distrito Federal recebeu do governo federal, por meio do fundo distrital de saúde, 100 mil reais pela sua habilitação e, mensalmente, 78 mil reais.

O CAPS AD DF 2 foi inaugurado em 2013, portanto, dois anos de funcionamento, estando localizado em uma avenida central, em um prédio de três andares. No primeiro andar, funcionam a sala de espera, consultórios e a unidade de acolhimento. O segundo e terceiro andares contam com as salas em que funcionam a gerência, o administrativo, a farmácia, o refeitório e os atendimentos grupais. Esse serviço, denominado acolhimento integral, funciona em regime de 24 horas diárias, de domingo a domingo, com atendimento durante o dia e com acolhimento noturno, com 12 leitos de internação (04 femininos e 08 masculinos).

Nas proximidades do serviço, existe uma Unidade de Acolhimento (UA), considerada uma estratégia substitutiva da RAPS, sendo um serviço residencial, de caráter transitório e protetivo para os usuários do CAPS AD nas situações de acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar, atuando com estratégias de estímulo à reinserção social. Esse serviço é considerado um ponto de atenção da RAPS e deve oferecer cuidados contínuos de hospitalidade. Essa UA é gerenciada pelo CAPS AD DF 2, e seus profissionais atendem também todos os usuários que estão acolhidos nesse serviço.

O quantitativo de profissionais para o CAPS AD DF 2, segundo o relatório de implantação, deve contar com uma equipe de 40 profissionais, com capacidade de atendimento para 40 usuários por turno. Na excepcionalidade, os profissionais poderão atender até 60 usuários. Nesse relatório, são apresentadas as categorias profissionais, quais sejam: 03 médicos de clínica médica e psiquiatria, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 17 profissionais de nível superior e 40 de nível médio. Além disso, incluem-se uma equipe de segurança, uma de limpeza e uma gerencial, formada por gerente e por chefias de serviços, como de enfermagem e de apoio operacional.

No CAPS AD DF 2, observaram-se dados distintos dos apresentados no CNES e no relatório de gestão em relação ao quantitativo e às categorias dos profissionais. Segundo o CNES, existe um total de 31 profissionais de diversas categorias cadastrados como profissionais dos CAPS AD DF 2, mas com ausência das categorias profissionais terapeuta ocupacional e médico psiquiatra. No setor administrativo do serviço há 75 profissionais. Desses, 44 são técnicos de enfermagem, 11 são enfermeiros e, ainda, 04 psicólogos, 03 assistentes sociais, 03 terapeutas ocupacionais, 03 médicos, 03 administrativos, 02

farmacêuticos e 02 gerentes. A diferença no quantitativo pode estar relacionada à estrutura organizacional da qual o CAPS AD é parte, visto ser um serviço ligado ao hospital regional, sendo possível que muitos profissionais estejam cadastrados no CNES no quadro de recursos humanos do referido hospital.

Com os dados dos documentos administrativos e os do CNES, foi possível levantar dados gerais sobre os profissionais que atuam nesse serviço, conforme ilustrado na Tabela 17.

Tabela 17

*Características dos profissionais do CAPS AD DF 2*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>N (31)</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	25	80,6
	Masculino	06	19,4
<b>Formação</b>	Auxiliar/técnico de Enfermagem	13	41,9
	Enfermeiro	08	25,8
	Psicólogo	05	6,4
	Médico Clínico	02	6,1
	Assistente Social	01	3,2
	Administrativo	01	3,2
	Farmacêutico	01	3,2
	Médico Psiquiatra	---	---
	Terapeuta Ocupacional	---	---
<b>Tipo vínculo</b>	Estatutário	21	67,6
	Contrato	09	29
	Cargo comissionado	01	3,2
<b>Tempo no CAPS AD</b>	3 a 4 anos	29	93,5
	1 a 2 anos	01	3,2
	Acima de 5 anos	01	3,2
<b>Carga horária semanal</b>	20	16	51,6
	24	09	29
	40	06	19,4

Fonte: MS/SAS/ CNES, 2015 (disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em 01/02/2015)

Na descrição dos profissionais, observa-se um predomínio de servidores do sexo feminino, com formação de técnico em enfermagem, vínculo estatutário, com 3 a 4 anos de tempo de serviços e jornada semanal de 20 horas. Observa-se, ainda, que a equipe de enfermagem é a maior em relação às outras categorias profissionais.

O CAPS AD DF 2, desde sua inauguração, em 2013, havia cadastrado 2.661 usuários. Desses, 91,7 % não frequentam mais o serviço, por diversos motivos, como retorno ao

trabalho, recaída, falecimento ou por evasão. Quanto aos usuários que evadiram do serviço por um período de até três meses, a equipe realiza busca ativa, por meio de contato telefônico.

No momento da pesquisa (novembro/2014) o serviço atendia 336 usuários, considerados ativos e havia 212 usuários em que a equipe estava fazendo busca ativa, na tentativa de compreender as causas da ausência nas atividades e estimular o retorno do usuário ao tratamento. Na Tabela 18, estão descritas as características gerais dos usuários desse serviço, no período de 2013 a 2015.

Tabela 18

*Características atendidos pelo CAPS AD DF 2 no período de 2013 – 2015.*

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>	<b>N: 2661 (100%)</b>	
<b>Sexo</b>	Masculino	2262	(85)
	Feminino	399	(15)
<b>Status do usuário no serviço</b>	Inativo	1920	(72,2)
	Ativo	336	(12,6)
	Busca ativa	212	(8,0)
	Arquivo morto	183	(6,9)
<b>Encaminhamento</b>	Espontânea	1635	(61,4)
	Judicial	660	(24,8)
	Rede de saúde	191	(7,2)
	Família	125	(4,7)
	Educação	05	(1,7)
<b>Droga de consumo</b>	Múltiplas drogas	1.590	(59,8)
	Álcool	812	(30,5)
	Crack	96	(3,6)
	Canabis	58	(2,2)
	Cocaína	43	(1,6)
	Outros	21	(0,8)
<b>Ano de início de tratamento</b>	Até ano de 2013	1280	(48,1)
	Depois de 2013	1354	(50,9)

Os usuários atendidos pelo CAPS AD DF 2 apresentaram um perfil predominante de pessoas do sexo masculino, com consumo de múltiplas drogas, que procuram o serviço de forma espontânea, iniciando o tratamento depois de 2013, mesmo ano de inauguração do CAPS AD DF 2. É importante destacar que, apesar da procura espontânea dos usuários para tratamento no CAP SAD DF 2, existe um alto índice de evasão dos usuários, que, somando com os inativos e os de busca ativa, apresenta um total de 80,2% de usuários que não

retornaram ao serviço. No período do estudo, o serviço atendia 336 usuários de um total de 2.661 cadastrados.

Quanto ao consumo de drogas pelos usuários, existe um predomínio de uso de múltiplas drogas, seguida do consumo apenas de álcool, crack e cocaína. Além disso, consumo de outras drogas foram levantadas, como os inalantes, os psicotrópicos e as sintéticas.

Ainda, no período do estudo, observou-se que o usuário, quando procura o serviço, independentemente, da forma (espontânea, encaminhado pela rede de saúde, educação, justiça ou mesmo acompanhado pela família), é atendido pelo acolhimento por um profissional da equipe. Nesse espaço, é realizada a escuta da demanda do usuário e da família, sendo agendado retorno para participar de atividade de grupo denominado grupo de acolhimento, com o objetivo de informá-lo sobre o serviço e o tratamento. Posteriormente, o usuário é atendido por um profissional que compõem a equipe de referência do serviço por cada território de abrangência, que, com o usuário, discute e preenche um protocolo do CAPS AD DF 2, com itens autorreferenciados pelo usuário, como: objetivos de curto, médio e longo prazos, pessoais, familiares, profissionais e educacionais; perfil do usuário de drogas; fatores de risco e proteção. Esses dados são utilizados na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A equipe se organiza em miniequipes por territórios específicos dos usuários. Os profissionais se organizam em equipes de referências nos três territórios de abrangência do CAPS AD DF 2 no que tange às demandas e intercorrências do usuário.

Nas situações de risco clínico do usuário, no momento do acolhimento, o profissional deve encaminhar o usuário para uma internação breve. Entretanto, em 2014, 14 profissionais da equipe não renovaram contrato com a SES/DF, o que inviabilizou a continuidade do acolhimento noturno e, como consequência, o fechamento da Unidade de Atenção Integral (UAI). A partir de 2015, o serviço passou a encaminhar os usuários com demanda de internação para o hospital psiquiátrico, outros, para o CAPS AD III, que conta com leitos de internação e é destinado a comunidades terapêuticas.

Quando os usuários são encaminhados ao CAPS AD pela justiça, este é denominado atendimento de justiça ou medida alternativa, sendo o prontuário, identificado por uma capa vermelha, depositório dos dados dos atendimentos individuais médico e com relatórios sobre a evolução do usuário.

Os prontuários deste CAPS AD também seguem mesmo sistema do CAPS AD DF 1, sistema Cron-Dalfa de classificação da SES/DF. Esse serviço possui protocolos próprios de



atendimento, como: termo de consentimento para o tratamento, protocolo de atendimento inicial da SES/DF, denominado Guia de Atendimento de Emergência (GAE), ficha de acolhimento, projeto terapêutico singular (PTS), reavaliação do PTS e folha de evolução. Os prontuários apresentaram alguns aspectos quanto à sua organização, como: atendimentos realizados pelos profissionais dispostos fora da ordem cronológica; protocolos incompletos ou em branco; e anotações sem registro da categoria profissional.

Todas as atividades realizadas pela equipe são anotadas nos prontuários. Das 58 práticas terapêuticas levantadas nos documentos governamentais 44 práticas foram encontradas nos prontuários. A seguir, na Figura 10, foram listadas as práticas mais frequentes, as menos descritas e as que não foram encontradas nos prontuários do serviço.

<b>PRÁTICAS</b>		
<p><b>Mais citadas nos prontuários</b></p> <p>Atendimento técnico de enfermagem            Atendimento Psiquiatra ou Acompanhamento psiquiatria            Atendimento Psicólogo ou Acompanhamento psicológico            Atendimento de grupo            Atendimento de enfermagem            Farmacoterapia            Atendimento por técnico de referência            Atendimento individual, ou Consulta individual            Atendimento ou acompanhamento de Terapeuta Ocupacional            Acolhimento            Administração de medicação</p>	<p><b>Menos citadas nos prontuários</b></p> <p>Acompanhamento intersetorial            Alta administrativa            Atendimento familiar            Atendimento domiciliar            Atendimento individualizado familiar            Atendimento de oficinas            Benefícios sociais            Estratégia de redução de danos            Gerenciamento de caso            Reavaliação ou Alteração de plano terapêutico            Termo do aceite ao tratamento            Visita domiciliar</p>	<p><b>Não citadas nos prontuários</b></p> <p>Assembleia            Atividade comunitária ou Atividades no território ou Atividade extramuros            Consultório de rua            Entrevista motivacional            Psicoeducação            Mudança de turno            Psicoeducação            Reunião intersetorial ou Reunião de rede social            Suporte laborativo ou Reinserção no trabalho            Terapia cognitivo-comportamental            Matriciamento            Grupo de Alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos</p>

Figura 10. Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD DF 2.

As práticas nos prontuários que foram mais descritas estão relacionadas ao atendimento técnico de enfermagem, com 523 descrições, seguidas pelo atendimento de psiquiatria (376), atendimento de psicologia (372), atendimento em grupo (327) e atendimento de enfermagem (312). No CAPS AD DF 2, a equipe, de um modo geral, adota práticas terapêuticas de grupo, com exceção do médico, do psicólogo e da equipe de enfermagem, os quais realizam, além do atendimento em grupo, o atendimento individual.

As práticas pouco descritas ou que não apareceram nos prontuários estão relacionadas às intervenções psicossociais, como, por exemplo, o acompanhamento territorial, que

acontece da seguinte forma: matriciamento, atendimento domiciliar, trabalho intersetorial, entre outros. Além disso, o registro que tratou da alta do usuário mostrou-se pouco expressivo, com apenas 02. Essas práticas são consideradas estratégicas para efetivação do modelo psicossocial, sendo denominadas nos documentos governamentais como boas práticas.

Segundo o cronograma de atividade do CAPS AD DF 2, a equipe realiza reunião semanal dividida em dois momentos. Primeiro, os profissionais se reúnem na sua miniequipe do território, para discutirem sobre demandas e intercorrências específicas dos usuários, definindo, assim, as estratégias de intervenção. No segundo momento, acontece uma reunião com todos os profissionais para informes, discussão de questões administrativas de funcionamento do serviço, apresentação de caso clínico, discussão de temáticas da área com profissionais de outros serviços e confraternizações nas datas festivas. No estudo dos prontuários não há descrições de relatos das definições levantadas na reunião de equipe sobre os usuários.

#### **4.2. CAPS AD DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (CAPS AD SP)**

O município onde se insere o CAPS AD do estudo apresenta uma área de 407,47 Km<sup>2</sup>, com população 765.463 habitantes. Esse município faz parte da microrregião de São Paulo, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,805, considerado um índice muito alto, em virtude do investimento ocorrido na educação e do número elevado de renda e longevidade encontrada nesse município (IBGE, 2010, Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2010).

Segundo o último relatório de gestão 2007-2010 sobre os CAPS do Brasil, o CAPS AD SP foi considerado serviço de qualidade e efetivo no tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. No período em que esse relatório foi elaborado, o Ministério da Saúde (MS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) pactuaram projetos governamentais, incluindo esse serviço, por indicação do Ministério da Saúde para servir como espaço formativo, escolhido entre os 21 centros de tratamento de diferentes partes do mundo. (Ministério da Saúde, 2011).

A rede de saúde desse município está distribuída em nove territórios, organizados por serviços de diversas complexidades, como: 02 hospitais gerais, 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), 04 serviços de urgência, sendo um específico ao atendimento de psiquiatria, 15 ambulatórios de saúde, 32 Unidades Básica de Saúde (UBS), 06 residências

terapêuticas, 02 Unidades de Acolhimentos denominadas repúblicas, 01 Núcleo de geração de renda, 01 pronto atendimento para o cuidado de pessoas em situação de intoxicação por abuso de substâncias psicoativas ou em síndrome de abstinência, 01 equipe de consultório de rua e 05 CAPS. A rede de saúde do referido Município está cadastrada em uma rede intranet, denominada Hygic, que detém os dados cadastrais dos usuários e o fluxo de atendimento da rede, como os atendimentos realizados nas diversas clínicas, as prescrições terapêuticas, a marcação de consulta, entre outros. A dinâmica organizacional da saúde do município de São Paulo apresenta uma complexidade (nos diversos níveis de complexidade do SUS), mas atua numa lógica de rede de parceria de cuidado, sendo o usuário atendido pelo sistema de saúde e não apenas de um único serviço. Isso significa que o usuário transita nos diversos níveis de atenção, de acordo com suas demandas.

A rede CAPS desse Município, ilustrada na Figura 11, apresenta avanço desde a implantação em 2008, com alta cobertura em relação ao índice populacional, que é de 124%.

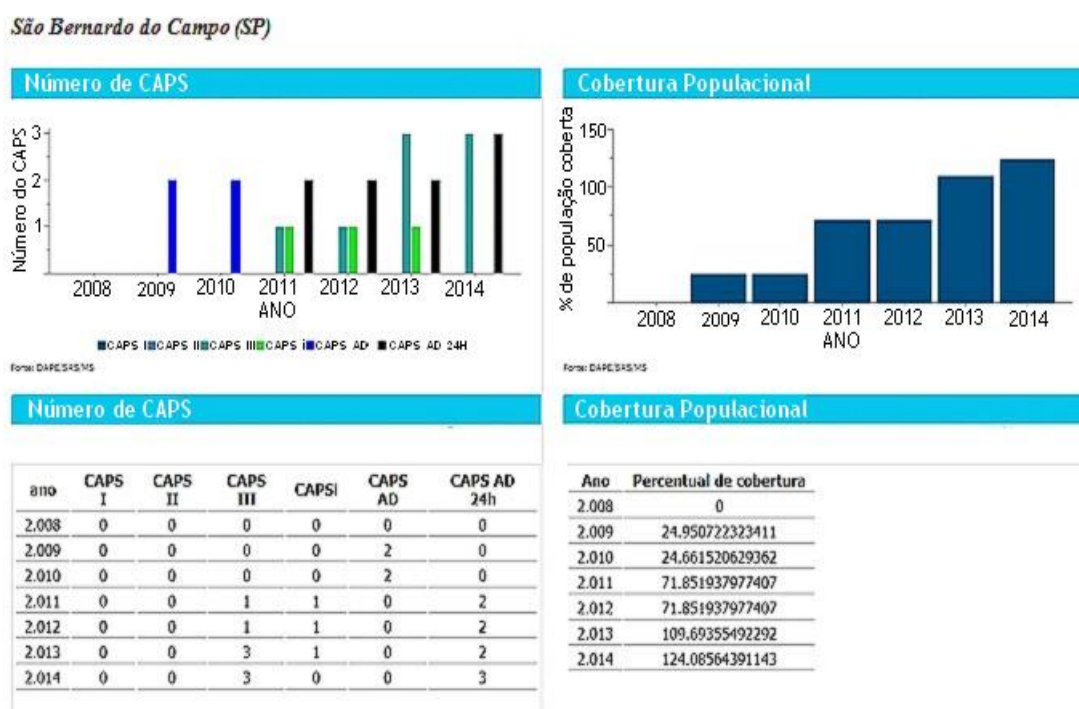


Figura 11. Série histórica do avanço dos CAPS no Município de São Paulo (Brasil, 2013).

Os CAPS surgiram nesse município em 2009 sendo que houve a ampliação desses serviços, compondo atualmente uma rede formada por 02 CAPS II, 01 CAPS I, 01 CAPS AD I e 02 CAPS AD III.

O CAPS AD SP, objeto deste estudo, atende dois territórios com características distintas: o território 6, com 03 bairros e 04 UBS, considerado uma região urbanizada, desenvolvida economicamente, haja vista à proximidade com a indústria automobilística, e com população considerada de classe média alta; e o território 07, com 02 bairros e 04 Unidade Básica de Saúde (UBS), formada por uma área de periferia, sem saneamento básico, com população de classe baixa e em situação de vulnerabilidade. Esse território dispõe de projetos sociais (IBGE, 2010).

O CAPS AD SP foi inaugurado em 2013, localizado em bairro da periferia, com uma cobertura populacional de 240 mil habitantes, representando 1/3 da população do município. Atualmente, atende à Portaria nº 130, ou seja, em regime de 24 horas diárias, de domingo a domingo, realizando atendimento durante o dia e acolhimento noturno, com 04 leitos masculinos e 03 femininos, denominadas hospitalidade diurna e noturna. Neste estudo, não foi possível o acesso ao projeto de implantação do serviço e, por esse motivo, não foram apresentadas a missão e a estrutura organizacional.

A estrutura física desse serviço constitui-se de uma casa situada em um bairro da periferia do município, com espaços adaptados para consultórios, refeitórios e espaços para mobilidade interna. O ambiente é dividido em subsolo, que é utilizado para refeitório e espaço para atendimento em grupo. No andar térreo encontra-se a recepção, a sala de estar, o consultório, o posto de enfermagem, e copa e a sala administrativa. No segundo andar há um consultório e dois quartos com leitos utilizados para internação breve. Os espaços entre os compartimentos do serviço são pequenos, existindo apenas escadas de acesso, dificultando a mobilidade dos usuários. A casa é rodeada por área externa de acesso direto pela frente do prédio ao subsolo.

Segundo o CNES, o CAPS AD SP está cadastrado como serviço de atendimento ambulatorial e conta com uma equipe de 38 profissionais: 05 psicólogos, 03 terapeutas ocupacionais, 02 assistentes sociais, 05 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem, 03 cuidadores em saúde (denominados oficinairos, auxiliares de oficinairo e educadores físico), 02 auxiliares administrativos e 01 gerente. No período do estudo, o serviço não contava com médico psiquiatra e nem clínico, por isso a equipe encaminhava os usuários para o Pronto Atendimento (PA) quando necessário. São apresentadas, na Tabela 19, as características gerais dos profissionais.

Tabela 19

*Características dos profissionais do CAPS AD SP*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>N (38)</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	28	73,7
	Masculino	10	26,3
<b>Formação</b>	Auxiliar/técnico de Enfermagem	18	47,4
	Enfermeiro	05	13,2
	Psicólogo	03	7,9
	Terapeuta Ocupacional	03	7,9
	Cuidador em saúde	03	7,9
	Assistente Social	02	5,3
	Administrativo	02	5,3
	Farmacêutico	----	----
	Médico Clínico	----	----
	Médico Psiquiatra	01	2,6
	Avaliador físico	01	2,6
<b>Tipo vínculo</b>	Celetista	36	94,7
	Estatutário	01	2,6
	Contrato	01	2,6
<b>Tempo no CAPS AD</b>	1 a 2 anos	18	47,3
	3 a 4 anos	06	15,8
	Acima de 5 anos	14	36,8
<b>Carga horária semanal</b>	12	01	2,6
	20	02	5,3
	30	08	21,1
	36	20	52,6
	40	06	15,8
	48	01	2,6

*Fonte:* MS/SAS/ CNES, 2015 (disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em 01/02/2015)

Há um predomínio de profissionais do sexo feminino, auxiliares de enfermagem, com vínculo celetista, jornada semanal de 36 horas de trabalho e tempo de serviço de 1 a 2 anos no CAPS AD SP, ou seja, desde a sua inauguração. Além disso, é importante destacar que existe um predomínio de profissionais da área de enfermagem (60,6 %). Os profissionais são contratados pela Fundação do ABC para prestar serviços no município, não são submetidos a avaliação de desempenho e nem possuem carreira. No CAPS AD SP, apenas a gerente e uma auxiliar administrativa são servidoras públicas municipais.

Quando o usuário procura o serviço, é atendido por um profissional da equipe, que realiza o acolhimento, faz a escuta das demandas, necessidades e história do usuário. Se preferir, após o acolhimento, o usuário pode participar de atividades em grupo. A partir desse momento, participa das atividades em grupo da programação semanal, de acordo com a sua

disponibilidade de tempo. O profissional que faz o acolhimento passa a ser terapeuta de referência do usuário e fica responsável pelo seu envolvimento com as atividades de grupo, frequência e participação nas atividades do CAPS, bem como em fazer escuta e o encaminhamento das demandas do usuário.

O técnico de referência organiza, junto com o usuário, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e acompanha a evolução do usuário no tratamento, observando o vínculo institucional, a melhora clínica e psicossocial, as mudanças no padrão de consumo de droga e sua inserção social no território. Além disso, esse técnico é responsável pela busca ativa, quando o usuário se ausenta do serviço e por visitas domiciliares, acompanhamento do usuário nas atividades extracaps e em atendimentos frutos outros nos serviços da rede de saúde, bem como pelo recolhimento e encaminhamento do usuário, caso ocorram sinais de sintomas de abstinência, recaídas, sintomas psiquiátricos, entre outros. Não existe um protocolo do PTS, que é organizado de forma livre pelos profissionais. No momento da execução desta pesquisa, a equipe do CAPS AD SP estava discutindo a necessidade de definir um modelo/padrão para elaboração desse instrumento.

Aspectos administrativos em relação aos usuários também são de responsabilidade do técnico de referência, como: receber o usuário quando esse chega ao serviço e liberá-lo ao final do período, por meio de assinatura em um cartão fornecido para esse fim; liberar o ticket de refeição diante da necessidade de o usuário fazer suas refeições no CAPS AD; encaminhar o usuário para hospitalidade noturna; agendar atendimento na rede de saúde; e realizar atividade de matriciamento com a rede de saúde que acompanha o usuário, podendo ser da atenção básica ou de saúde mental.

A equipe do CAPS AD SP organiza o tempo de trabalho em atividades, como: acolhimento; organização, acompanhamento e reavaliação do PTS, quando o profissional atua como referência do usuário; de atividades grupais semanais (média de dois grupos por período); e de atividades administrativas (reuniões clínicas, reuniões administrativas, acompanhamento do usuário na RAPS, entre outros). Nas atividades externas que o profissional realiza com o usuário, é liberado passe livre pela prefeitura para que o profissional possa utilizar no transporte público urbano.

O CAPS AD SP realiza suas intervenções em parcerias firmadas com outros serviços na medida das demandas e intercorrências surgem durante o tratamento. Assim, o usuário é considerado em atendimento pela rede e não só pelo CAPS AD, ou seja, ele pode estar sendo acompanhado no CAPS AD e, concomitantemente, pode estar sendo atendido pelo CAPS transtorno, pelo psiquiatra da UBS, entre outros. Nos casos dos usuários com comorbidade,

esses são acompanhados por meio de atendimentos partilhados nas UBS e no CAPS transtorno II e III. O CAPS AD SP não realiza dispensa de medicação, e os usuários e a equipe de enfermagem retiram medicação em uma UBS no mesmo bairro do serviço.

Os prontuários dos usuários do CAPS AD SP são organizados em 12 gavetas de fichário, sendo 04 gavetas com prontuários ativos (121 usuários), 01 gaveta com arquivos relacionados a acolhimentos realizados e 07 gavetas aguardando retorno dos usuários para início ou continuidade do tratamento.

Segundo os dados de cadastro dos usuários, existiam no período da pesquisa (outubro de 2014) 257 cadastrados, sendo 106 ativos ou em tratamento, 85 inativos, ou seja, que estão há mais três meses ausentes do tratamento e 67 usuários ausentes no período de três meses do serviço, encontrando-se equipe em busca ativa. Os dados gerais dos usuários cadastrados no CAPS AD SP são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20

*Perfil dos usuários atendidos no CAPS AD SP em outubro 2014*

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>	<b>N 257 (100%)</b>
Sexo	Masculino	200 (77,8)
	Feminino	57 (22,2)
Droga de consumo	Múltiplas drogas	90 (35,1)
	Álcool	76 (29,6)
	Outros	71 (27,6)
	Cocaína	17 (6,6)
	Canabis	02 (0,8)
Status do usuário no serviço	Ativo	106 (41,2)
	Inativo	84 (32,7)
	Busca ativa	67 (26)
Ano de início de tratamento	Antes 2013	112 (43,5)
	Depois 2013	145 (56,5)

Entre os usuários do CAPS AD SP, entre ativos, inativos e em busca ativa há um predomínio de pessoas do sexo masculino com consumo de múltiplas drogas e que iniciaram o tratamento no ano de inauguração do serviço, em 2013. É importante destacar, em relação ao tipo de droga de consumo, houve um percentual de usuários que consome outras substâncias, como os opiáceos e crack. Além disso, a maioria dos usuários (58,7%) não retornou ao serviço, sendo que alguns continuam realizando tratamento por meio de outros

serviços da rede de saúde, como mostra o cadastro intranet da secretaria de saúde do município.

O CAPS AD SP funciona 24 horas e os atendimentos ocorrem de duas formas: uma denominada de hospitalidade diurna, na qual o usuário participa de um cronograma semanal de atividades de grupo organizada pelos profissionais; e hospitalidade noturna, apenas para acolhimento noturno e leitos de internação para os usuários. As atividades realizadas são registradas nos prontuários dos usuários e os profissionais fazem o controle da participação desses usuários, por meio de cartão de frequência disponibilizado pelo serviço.

Em relação aos prontuários, esses são arquivados em ordem alfabética, observando-se o primeiro nome do usuário. Cada prontuário é dividido em duas seções, quais sejam, as atividades médicas e as psicossociais, sendo formado por ficha de cadastro do Hygic, folha de registro com a narrativa do acolhimento realizado com o usuário e evolução dos atendimentos. Na maioria dos prontuários, as folhas de evolução encontram-se sem timbre e com ausência de cabeçalho institucional.

Nos registros das atividades nos prontuários, observou-se um predomínio de atividades realizadas em parceria com outros serviços da rede de saúde, como atendimentos na atenção básica e no pronto atendimento, participação em projetos de economia solidária e atividade comunitária, entre outros. A frequência das práticas e estratégias terapêuticas encontradas nos prontuários são apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21

*Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD DF 2*

<b>Nº</b>	<b>Práticas terapêuticas</b>	<b>Número de descrições</b>
01	Acolhimento	65
02	Atendimento de grupo	65
03	Projeto Terapêutico Singular ou Plano terapêutico	44
04	Atendimento Psiquiatra ou Acompanhamento psiquiatria	36
05	Psicoterapia	34
06	Atendimento enfermeiro	32
07	Administração de medicação	25
08	Desintoxicação	21
09	Termo do aceite ao tratamento	17
10	Oficina terapêutica	16
11	Acompanhamento intersetorial ou acompanhamento de rede ou interface com a rede	11
12	Assembleia	11

Em relação às 58 práticas e estratégias terapêuticas levantadas nos documentos governamentais, foram localizadas apenas 20 práticas e estratégias terapêuticas e 23 práticas



não foram encontradas nos prontuários. A Figura 12 mostra a ocorrência das práticas terapêuticas registradas nos prontuários pelos profissionais do CAPS AD SP.

<b>PRÁTICAS</b>		
<p><b>Mais citadas nos prontuários</b></p> <p>Acolhimento Atendimento de grupo Projeto terapêutico singular ou plano terapêutico Atendimento de psiquiatria Psicoterapia Atendimento de enfermeiro Administração de medicação Desintoxicação Termo de aceite ao tratamento Oficina terapêutica Acompanhamento intersetorial Assembleia</p>	<p><b>Menos citadas nos prontuários</b></p> <p>Farmacoterapia Atendimento de assistente social Atendimento clínico Atendimento familiar individual Atividade comunitária ou Atividades no território ou Atividade extramuros Reavaliação ou alteração do plano terapêutico Visita domiciliar Psicoeducação</p>	<p><b>Não citadas nos prontuários</b></p> <p>Alta administrativa Alta clínica Atendimento individualizados aos familiares Atendimento domiciliar Atendimento oficinairo ou Acompanhamento oficinairo Avaliação inicial ou Triagem Benefícios sociais Consultório de rua Estratégia de redução de danos Entrevista motivacional Gerenciamento de caso Hipótese diagnóstica História pregressa de entrada Mudança de turno Reunião de rede social Reinserção no trabalho Reacolhimento Suporte vocacional ou Reinserção ao trabalho Terapia Cognitivo comportamental Terapia comunitária Técnico de referência Triagem Matriciamento</p>

Figura 12. Descrição das práticas dos prontuários do CAPS AD SP.

Os registros mostraram doze práticas e estratégias terapêuticas encontradas nos prontuários, nas quais, oito fazem parte do modelo psicossocial e três práticas são as mais descritas nos prontuários, como o acolhimento, o atendimento de grupo e o projeto terapêutico singular ou plano terapêutico. Observa-se que o CAPS AD SP tem adotado menos práticas em relação aos outros CAPS AD, porém parece estar sendo mais efetivo ou pelo menos conhece o destino dos evadidos, apesar de aplicar menos estratégias terapêuticas. É relevante afirmar que o CAPS AD SP utiliza estratégias do modelo psicossocial extracaps e pouco usadas nos CAPS AD DF.

O CAPS AD SP acompanha o usuário inserido em uma perspectiva de rede de saúde mental, de forma transversal, ou seja, inserido em todos os serviços de saúde, como na Equipe Saúde da Família (ESF), no Serviço de atendimento Médico de Urgência (SAMU) e nas UBS.

Em todos esses serviços, existe retaguarda psiquiátrica, psicológica ou profissionais que acompanham os usuários e interagem com os profissionais dos CAPS AD SP por meio do matriciamento, interconsultas, discussões de casos, atendimento conjunto, capacitação, visita domiciliar e dinâmicas compartilhadas.

Além disso, esse serviço conta com um núcleo de geração de renda do município que desenvolve diversos projetos, com participação de usuários da rede de saúde, incluindo os do CAPS AD SP. Os projetos, atualmente desenvolvidos, são: Projeto Remando para a vida, Equoterapia, Ecosol, Nutrart, Redinha Sul, e Mater oficina. Alguns desses projetos existem anteriores ao CAPS AD SP, mas hoje fazem parte das suas atividades. Esses projetos estimulam as habilidades dos usuários e mediar a sua inserção social, de acordo com seus objetivos. Esses projetos encontram-se descritos na Tabela 22.

Tabela 22

*Descrição dos projetos comunitários que os usuários do CAPS AD SP participam*

Nome do projeto	Ano	Características
Projeto Remando para a vida	2012	Atividades físicas, ministradas por profissional de educação física, em atividade de canoagem, e limpeza das margens do
Equoterapia	2015	Atividade de capacitação com os usuários da rede de saúde mental para aprendizagens sobre como tratar de cavalos e assim adquirir habilidades para a função de tratadores.
Rede de saúde mental e economia solidária (Rede de saúde Ecosol)	2008	Fórum de trabalhadores-usuários de serviços de saúde mental, e de empreendedores que discutem, se organizam, e promovem ações para a inclusão social pelo trabalho e a reabilitação psicossocial.
	2014	Desenvolvem feiras de economias solidárias locais nos municípios de São Paulo
Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrart)	2008	Desenvolvimento de oficinas de geração de renda e opera como uma incubadora de negócios, com parcerias intersetoriais.
Redinha sul	2008	Rede de economia solidária e de trocas de habilidades e conhecimentos, como espaço de articulação de experiências de inserção social
Mater oficina	2014	Oficina de confecção de moveis reutilizando paletes de madeira pelos usuários dos serviços de saúde mental

Os referidos projetos compõem as estratégias do projeto terapêutico singular dos usuários atendidos pelos CAPS AD SP. Nesse caso, os profissionais acompanham os usuários

e são mediadores do trabalho de inserção social conjuntamente com outros profissionais que gerenciam esses projetos.

O CAPS AD SP, além de atuar como serviço de tratamento ambulatorial aos usuários com problemas no consumo de drogas, também participa de projetos nacionais de educação permanente do Ministério da Saúde, como o Projeto Percursos Formativos de Álcool e outras Drogas na RAPS, na qual os profissionais são preceptores da Rede Formativa<sup>3</sup>. Esse serviço recebe profissionais de CAPS AD de outros Estados e Municípios do Brasil, por meio de atividades de intercâmbios de experiências, além de promover supervisões de rede. A equipe do CAPS AD SP participa de atividades de educação, tais como: preceptorias de outros profissionais nas atividades clínicas do serviço; reunião de equipe para discussão de casos clínicos, supervisão clínica conjuntamente com os profissionais da rede formativa e estudantes da residência psiquiátrica; e reuniões administrativas com apoiadores da gestão, colegiado de saúde mental e de supervisão das RAPS.

## **5. Considerações finais**

As diretrizes governamentais caracterizam os CAPS AD como serviços que realizam tratamento para usuários com problemas no consumo de drogas, no modelo psicossocial, por meio de estratégias de reabilitação/inserção social, com foco na redução de danos, no contexto do usuário e na integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é formada por outros subsistemas organizacionais, como os serviços de saúde nos níveis de complexidade do SUS, ou mesmo os serviços de outras políticas, como assistência social, educação e justiça.

Nesse sentido, as diretrizes governamentais descrevem os CAPS AD como uma organização de estrutura aberta, com uma dinâmica de serviço que desenvolve acolhimento ao usuário, diminuição aos danos do consumo, trabalho interdisciplinar e investimento à comunidade para a inserção social e diminuição de danos ao usuário. Entretanto, essa estrutura é complexa, tendo em vista as dimensões territoriais, estruturais e contextuais peculiares que implica desafios à prestação de serviços de qualidade que respondam às demandas sociais do usuário de drogas.

---

<sup>3</sup> A Rede formativa, lançada em 2013 faz parte do projeto "Percursos Formativos na RAPS", do Ministério da Saúde, oferecendo apoio financeiro para estados e municípios, em projetos de educação permanente com troca de experiência entre profissionais, supervisão clínico-institucional e vivência da formação na rede preceptora, com profissionais "in loco", no município sede da rede preceptora, durante 04 (quatro) semanas consecutivas, somando 160h (cento e sessenta horas) de formação e com previsão de qualificar 1.700 profissionais desde o lançamento.

Apesar de entender que existe uma especificidade complexa na dinâmica do uso problemático de drogas que dificulta o vínculo dos usuários ao serviço com padrões de funcionamento. Mas é importante compreender que existem questões estruturais na origem e função dos CAPS AD do estudo que comprometem sua atual dinâmica organizacional. Dentre essas questões, estão: (1) as ações desse serviço, que são resultados de diretrizes políticas inovadoras e ainda em processo de implantação; (2) os CAPS AD, como serviço de saúde, fazem parte também de uma dinâmica de formalização, por meio de protocolos das diretrizes hierarquizadas do sistema macro organizacional de saúde; (3) os diversos papéis que o CAPS AD deve desenvolver, como um mix de ações de centralidade, formalidade e complexidade e, ao mesmo tempo, com uma dinâmica aberta por um sistema de rede cooperativa de trabalho; e (4) o vínculo institucional dos CAPS AD a uma regional de saúde, exercendo o hospital uma hierarquia administrativa, com diretrizes rígidas de formalização. Portanto, essas dimensões são alicerce da estrutura e da dinâmica dos CAPS AD.

Neste estudo, o desenho institucional de cada CAPS AD DF apresenta problemas nas dimensões, como: grande abrangência territorial, a infraestrutura dos serviços, as condições de acesso e a articulação com a rede. Essas dimensões, discutidas a seguir, influenciam diretamente a dinâmica organizacional, as condições de tratamento, o desempenho dos profissionais e a adesão dos usuários.

Em relação à abrangência populacional, essa é considerada requisito básico para a estrutura e dinâmica desse serviço, pois é aspecto de consolidação das diretrizes necessárias ao desenvolvimento do modelo psicossocial, ou seja, como serviço considerado estratégico, tem a sua abrangência, quantitativo de profissionais e carga horária semanal. O CAPS AD SP cumpre com as diretrizes governamentais regulamentada para esse serviço, no que refere à abrangência territorial e populacional, mas que também conta com a RAPS em parceria no cuidado ao usuário, com ações diversas. Nos dois CAPS AD do DF, a abrangência territorial e populacional é duas vezes maior do que a capacidade de atendimento, gerando entre diversos problemas, o de construir uma dinâmica organizacional propícia à construção do PTS conforme o contexto do usuário, seu território, e possibilidades e demandas comunitárias.

Nessa realidade, os usuários dos CAPS AD DF é que se adequam, independentemente, das suas demandas, a um cronograma pré-definido de práticas terapêuticas de grupo, à carência ou ausência de atividades externas e ao predomínio de atendimentos ambulatoriais clínicos individuais, como de psicologia e psiquiatria. Enquanto que no CAPS AD SP o usuário é atendido em suas necessidades de saúde e doença em uma cobertura de serviços da RAPS e o profissional do CAPS AD acompanha, mediando com suas estratégias terapêuticas.

A falta do PTS, do acolhimento e escuta dos usuários ocasiona também em espaço de atividades sem articulação com as necessidades dos usuários separado do modelo psicossocial. Os CAPS AD DF adotam procedimentos contrários do CAPS AD SP que por outro lado, mostrou uma dinâmica na qual, são práticas de atendimentos grupais e articulação com outros serviços e estratégias do território. Um ponto relevante sobre o CAPS AD SP é que o PTS e a rotina dos usuários no tratamento são construídos coletivamente entre os profissionais dos CAPS AD com os de outros serviços.

A dimensão infraestrutura dos serviços, aspecto importante para estrutura e dinâmica que atenda às diretrizes, refere-se à estrutura física, à distribuição dos espaços físicos e às condições de acesso dos serviços. Os três CAPS AD do estudo, estão localizados em áreas geográficas estratégicas e, ao mesmo tempo, centrais, acessíveis, por meio de transporte público. Entretanto, os prédios onde estão ambientados os CAPS AD tem espaços físicos mal distribuídos, com falta de espaços definidos pelas diretrizes, como os espaços de convivência, banheiros com chuveiros disponíveis para os usuários e ambientes disponíveis para os usuários. Na sua maioria, os espaços coletivos são utilizados para realizar nas atividades terapêuticas contidas na programação e, com exceção dos usuários que estão no espaço da internação breve, o restante se limita a ocupá-los apenas nos momentos de atendimento pela equipe.

Outro fator da infraestrutura está relacionado à mobilidade dentro dos prédios e à acessibilidade do usuário à estrutura física dos CAPS AD. Os CAPS AD deste estudo não foram instalados em locais adaptados para o serviço. Dois estão instalados em prédios de dois andares no DF e um em uma casa em SP. Os espaços físicos só separados por divisórias e por escadas, com corredores estreitos e sem rampas de acesso. Além disto, não existem espaços específicos para a equipe, tampouco entrada independente. Essa estrutura física resulta em espaços de convivência restritos, além de impossibilitar a mobilidade dos usuários com problemas físicos e sintomas orgânicos. Em resumo, o fluxo de trabalho e o envolvimento dos profissionais e usuários ficam comprometidos em virtude da estrutura física inadequada.

A articulação do serviço com a rede é um aspecto relevante para que o serviço possa cumprir a missão central dos CAPS AD, conforme prevê nas diretrizes governamentais.

No Distrito Federal, especificamente, a RAPS ainda se consolida, tanto estruturalmente, quanto na conscientização dos profissionais acerca da sua atuação em saúde mental e dos serviços que compõem essa rede. Além da carência e ausência dos serviços que compõem a RAPS, os existentes ainda não se mostram integrados no atendimento compartilhado com o CAPS AD. Já no município de São Paulo, a rede apresenta uma

cobertura alta, com serviços específicos para a saúde mental na área das drogas e os profissionais do CAPS AD acompanham os usuários, mediando sua integração com ações terapêuticas diversas da RAPS. Além disso, esse serviço estimula seus profissionais para compor espaço formativo das RAPS, por meio de matriciamento, preceptoria de profissionais intercambistas e interação ensino serviço com as instituições de ensino superior, utilizando seu espaço físico para supervisão e discussão de casos clínicos, fortalecendo uma das funções centrais dos CAPS AD descritos nas diretrizes governamentais de também atuar como serviço de formação em saúde mental.

O CAPS AD SP apresentou melhor articulação e interação com a rede intersetorial gerando possibilidades de parcerias disponíveis e integração de informações que possibilite o acompanhamento ao cenário dentro e fora do CAPS AD.

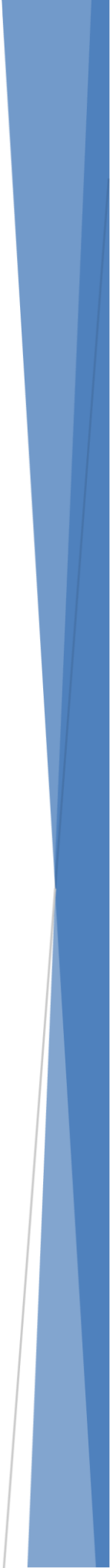
Essas dimensões apresentadas neste estudo comprometem a estrutura e dinâmica organizacional dos CAPS AD e corroboram com as afirmativas feitas por diversos autores sobre problemas ocorridos nesses serviços e que são considerados como pontos de fragilidade na efetivação da política a eles dispensados (Kantorski et al., 2009; Silva & Lancman, 2009; Nascimento & Galvanese, 2009; Onocko-Campos, Furtado, Passos, Ferrer, Miranda & Gama, 2009; Tomasi et al., 2010; Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider & Camatta, 2011).

Com base nessas verificações, conclui-se que a contribuição deste estudo foi oferecer indícios que encaminhem para reflexões sobre aspectos para que o modelo psicossocial se efetive como parâmetro das diretrizes da Política de Saúde Mental e Política Nacional sobre Drogas. Como limitação, encontra-se a variabilidade de documentos distintos liberados pelos CAPS AD, objetos deste estudo, dificultando a generalização dos dados, mas que enriquece a descrição de realidades desses serviços e a possibilidade de observar a caracterização do serviço e resultados sobre o desenvolvimento do trabalho.

Conclui-se, ainda, que, apesar da limitação, os dados sobre a estrutura e dinâmica dos CAPS AD possibilitaram compreender problemas estruturais que afetam diretamente o funcionamento, o envolvimento dos profissionais e usuários e a efetividade de uma gestão necessária à consolidação de um modelo de cuidado das diretrizes governamentais.

No artigo 04 será descrito os itinerários dos usuários no tratamento dos CAPS AD do estudo, para compreender os padrões de tratamento recebido pelos usuários nos CAPS AD, confrontando com os parâmetros e princípios instituídos pelas diretrizes governamentais sobre o modelo de cuidado.

# ARTIGO 4



## **Itinerários de cuidado dos usuários em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**

### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi descrever a literatura científica sobre tecnologias em saúde e as práticas e estratégias terapêuticas adotadas nos CAPS AD dos documentos governamentais, para relacionar com as informações sobre tratamento contidas nos prontuários dos usuários dos CAPS AD, conforme as diretrizes governamentais do modelo psicossocial. Utilizou método de pesquisa de natureza mista em três etapas: a revisão de 20 artigos da literatura nacional sobre tecnologias em saúde, o levantamento de práticas e estratégias terapêuticas dos CAPS AD em 48 documentos de sites governamentais e análise de 85 prontuários de usuários elegidos aleatoriamente, de três CAPS AD, um do Município de São Paulo e dois do Distrito Federal. Os resultados mostraram que as tecnologias em saúde são diversificadas e no caso dos CAPS AD, as diretrizes governamentais descrevem 58 práticas e estratégias terapêuticas nas diretrizes do modelo psicossocial no tratamento de pessoas com uso problemático de drogas. Além disso, nos prontuários dos usuários dos CAPS AD as práticas e estratégias terapêuticas mostraram-se variadas, mas ainda distante do modelo psicossocial desejado, priorizando práticas individualizadas em detrimento as atividades extramuros, de inserção social e com a rede de cuidado. Conclui-se, portanto predomínio de práticas e estratégias terapêuticas, baseadas em análises de signos psicopatológicos e em terapia medicamentosa, visando à remissão de sintomas, em cinco padrões de itinerários de cuidado dos usuários nesses serviços e que são geradores de ciclo vicioso de acolhimento, reacolhimento e evasão.

**Palavras-chave:** tecnologias em saúde; práticas e estratégias terapêuticas, CAPS AD; itinerário de cuidado, modelo psicossocial.

### **1. Introdução**

A dependência de droga é um problema resultante da exposição repetida dos usuários às drogas, influenciada por contextos relacionais, e por fatores biológicos e psicossociais que, com o consumo persistente ocasiona problemáticas diversas, algumas vezes irreversíveis, chegando a quadros de cronicidade. Nesse cenário, o tratamento deve adotar estratégias multifatoriais, boas práticas e estratégias terapêuticas como: intervenções clínicas variadas de acolhimento, cuidado e acompanhamento, necessários ao tratamento e prevenção de doença crônica (UNODC, 2008).

No Brasil, após mobilizações sociais ocorridas nos anos 70 foram elaboradas novas normas legais e éticas, que preconizam o modelo assistencial modificado por novos métodos terapêuticos baseados no respeito à cidadania e à liberdade dos usuários; a migração de um modelo centrado no hospital para alternativas assistenciais substitutivas; a implantação de um cuidado integral e focado nas peculiaridades do usuário, a partir de recursos existentes no território e seus recursos diversos; a inclusão de instâncias judiciais para internações



involuntárias; e a utilização de recursos assistenciais não sanitários, como a rede social comunitária no cuidado as pessoas em consumo abusivo e dependente de álcool e outras drogas. (Desviat, 2008).

A problemática das drogas se mostrou, nessas últimas décadas, um tema relevante e que tem causado preocupação mundial, com um aumento significativo de investimentos governamentais a partir de 2009, gerando necessidade de repensar estratégias para o enfrentamento da droga na sociedade. Dessa forma, nos últimos anos, foram divulgados relatórios que auxiliaram no desenho das políticas públicas, e sugeriram novas práticas terapêuticas em um modelo para lidar com essa complexidade. No Brasil publicações governamentais de cuidado estão disponíveis e se constituem marcos importante na construção do modelo psicossocial do uso problemático de drogas, são elas: Princípios de tratamento da dependência de droga (UNODC; OMS, et al., 2008), o I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras (SENAD, 2010), a Portaria nº 130 (Ministério da Saúde GM. 26/01/2012), o Inquérito Epidemiológico sobre o perfil dos usuários de crack (SENAD; Ministério da Saúde & Ministério da Justiça, 2013) e o Relatório Mundial sobre drogas 2013 (UNODC, 2015).

A Lei nº 11.343 (SENAD, 2006), conhecida como a nova Lei de Drogas, tornou-se, com a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o marco legal para mudanças no modelo de cuidado nessa área, tendo sido influenciado por diversas experiências mundiais em saúde mental. As diretrizes para prevenção, cuidado e repressão ao uso de drogas do modelo atual de redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e de promoção e fortalecimento dos fatores de proteção a usuários de drogas, por meio da inserção social, redução de danos e parcerias de cuidado, mostram-se inovadoras, como um modelo específico à Política de Saúde Mental. Mas essas diretrizes ainda não parecem ter sido incorporadas pelos CAPS AD.

Nesse cenário de constituição de uma legislação para lidar com a problemática das drogas, o cuidado em saúde se modificou para atender às especificidades dos danos ocasionados pelo consumo abusivo e dependente de droga. E o CAPS AD, como serviço de atenção especializada, surgiu com o objetivo de adotar o modelo psicossocial desenvolvendo estratégias terapêuticas eficazes que efetivem e consolidem essas políticas.

Este estudo teve como objetivo analisar as definições, referências e abordagens teóricas adotadas da literatura científicas sobre tecnologias em saúde e descrever as práticas e estratégias terapêuticas adotadas nos CAPS AD, de acordo com os documentos governamentais, para confrontar as informações sobre o tratamento recebido pelos pacientes

nos CAPS AD, contido nos prontuários, com os parâmetros e princípios instituídos pelas diretrizes governamentais sobre o modelo de cuidado psicossocial. Para isso, os objetivos específicos foram: (1) analisar a produção de conhecimento no Brasil sobre tecnologias terapêuticas em saúde; (2) descrever as práticas e estratégias terapêuticas, contidas nos documentos governamentais para serem adotadas pelos CAPS AD; (3) descrever o perfil sociodemográfico dos usuários, suas condições apresentadas no acolhimento, seu padrão de consumo de droga e as etapas no tratamento; (4) descrever os padrões de itinerários percorridos pelos usuários desde sua admissão até o seu último registro contido nos prontuários; (5) apresentar exemplos ilustrativos de cada padrão de itinerários percorridos pelos usuários.

## 2. Método

O presente trabalho integra uma série de pesquisas realizadas no curso de doutorado do projeto *Fortalecimento do Ensino na Saúde no Contexto do SUS: uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na região Centro-Oeste (pró-ensino na saúde)*, apoiado pelo edital CAPES 024/2010.

A pesquisa seguiu os parâmetros de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). Foi aprovada em 04/02/2014, sob o número 551.779, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB).

Para cumprir aos objetivos, esse estudo foi realizado em três etapas: (1) a primeira foi a revisão de literatura nacional em periódicos científicos sobre tecnologias em saúde; (2) a segunda foi a revisão em documentos governamentais sobre o modelo psicossocial e as práticas e estratégias terapêutica realizada nos CAPS AD; e (3) a terceira etapa foi o estudo documental dos usuários em tratamento em três CAPS AD selecionados. Cada etapa será descrita a seguir.

A revisão de literatura nacional em periódicos científicos utilizou, inicialmente, os descritores ensino na saúde, educação em serviço, práticas e tecnologias em saúde. Posteriormente, foi realizado estudo em documentos governamentais para destacar as práticas descritas nesses documentos para o tratamento realizado em saúde mental nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

A busca inicial de artigos adotou ‘ensino na saúde’ como descritor, o que foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (DECS/BVS) e abrangeu o período de 2003 a 2012. O resultado apresentou uma literatura com assuntos diversos, porém com enfoque distinto ao tema deste estudo, sendo: Ensino (611), Educação em Saúde (402), Instituições Acadêmicas (351), Promoção da Saúde (313), Educação Médica (233), Aprendizagem Baseada em Problemas (211), Educação em Enfermagem (210), Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde (179), Currículo (178), Saúde Pública (177), Estudantes (172), Hábitos Alimentares (167), Condutas na Prática dos Médicos (159), Educação de Pacientes como Assunto (158), Hospitais de Ensino (135), Educação Superior (123), Atitude do Pessoal de Saúde (122), Obesidade (110), Bacharelado em Enfermagem (108), Gravidez na Adolescência (97), estudantes de Enfermagem (97), Adolescente (97), Educação em Odontologia (91).

Utilizando a estratégia com o cruzamento dos descritores ensino-saúde, educação-saúde, saúde-inovação, saúde-tecnologia, saúde-aprendizagem colaborativa, ensino na saúde-tecnologias em saúde, observou-se que os descritores estavam presentes no título, porém não apresentavam o conteúdo do estudo, com temas amplos na área da saúde relacionados a equipamentos e intervenções clínicas específicas.

Já com o cruzamento dos descritores tecnologia em saúde-educação e tecnologia leve em saúde, em periódicos e bases indexadas, na BVS, Portal CAPES, Authormapper (Scientific Research and Author Locations Globally), MEDLINE, LILACS, foram selecionados 100 artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, realizando-se a leitura dos resumos para observar se os mesmos tratavam do tema do estudo. Para a definição da amostra do estudo, utilizou-se como critérios de exclusão os artigos que apresentaram como tema tecnologias educacionais, duras, de informática e comunicação. E, como critério de inclusão, artigos de textos completos que descrevem sobre o uso das práticas e tecnologias terapêuticas utilizadas nos serviços de saúde selecionados por meio da leitura dos resumos.

Assim, foram selecionados 20 artigos e, após a leitura, os dados foram organizados em planilha para análise da produção de conhecimentos, em termos de suas características metodológicas, teóricas e conceituais.

Na pesquisa em documentos governamentais, foram estudados 48 documentos, entre os quais, leis, portarias e publicações governamentais nacionais e internacionais, organizadas também em planilhas, na quais, foram utilizados parcialmente nesse estudo, os dados sobre as práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas no CAPS AD.

O estudo documental sobre os usuários em tratamento no CAPS AD ocorreu no período de maio a outubro de 2015, em uma amostra nos prontuários dos usuários de três

CAPS AD, dois no Distrito Federal e um no município de São Paulo, eleitos por conveniência para a pesquisa.

A definição da amostra aleatória de usuários, atendidos pelos CAPS AD, originou da planilha geral de todos os usuários atendidos nesses serviços. Os serviços do Distrito Federal apresentaram dados sociodemográficos e algumas características relacionadas ao tratamento, organizados em planilha Excel, enquanto que, no serviço do município de São Paulo, foram utilizados dados da ficha cadastral dos usuários que continham apenas os aspectos sociodemográficos. Todos os dados da planilha foram importados para o programa do SPSS, sendo acrescentados os dados da ficha cadastral do município de São Paulo, originando uma planilha única, com uma amostra total de 3.694 usuários.

Por meio do recurso do SPSS, foi aplicado um filtro, o status do usuário no serviço, ou seja, foram escolhidos todos os usuários considerados ativos no tratamento nos CAPS AD. A partir desse critério, a amostra foi reduzida para 1.161 usuários cadastrados. Em seguida, foi utilizada a função “selecionar casos” do SPSS e designada uma amostra aleatória de, aproximadamente, 10% dos usuários ativos cadastrados nos três CAPS AD do estudo, número proporcional ao de cadastrados em cada serviço. Para a aplicação desse critério, foi selecionada uma amostra final aleatória de 122 usuários, dos quais, 75 do CAPS AD DF 1, 26 do CAPS AD DF 2 e 21 do CAPS AD SP.

Em um dos CAPS AD do Distrito Feral, não foi possível localizar todos os prontuários da amostra, pois, no período de realização da pesquisa, 37 usuários selecionados haviam sido desligados do serviço e os prontuários arquivados. A amostra final, portanto, foi de 85 usuários, dos quais, 37 do CAPS AD DF 1; 27, do CAPS AD DF 2; e 21, do CAPS AD SP. A coleta de dados nos prontuários dos CAPS AD do estudo ocorreram nos meses de junho e julho de 2015.

Os prontuários dos usuários integrantes da amostra aleatória foram localizados e, posteriormente, lidos para extração de informações sobre os itinerários do usuário realizada a leitura dos mesmos. Para o levantamento dos dados do prontuário, foi organizado um roteiro com itens sobre a dinâmica do usuário no serviço, com dados como: (1) sigla do usuário selecionado; (2) idade; (3) tempo de tratamento no CAPS AD, data de admissão, alta ou afastamento do serviço; (4) dados dos usuários no momento de realização dos acolhimentos descritos nos prontuários; (5) práticas e estratégias terapêuticas oferecidas pelos profissionais dos CAPS AD e evolução dos casos; e (6) atendimentos realizados pelas diversas categorias profissionais aos usuários no período de tratamento no CAPS AD. (APÊNDICE B).

Os dados contidos nos prontuários, extraídos de acordo com o roteiro, foram tratados e analisados de forma quantitativa e qualitativa. Os itens do roteiro, levantados nos prontuários dos participantes da amostra foram organizados em uma planilha que contém as variáveis do estudo. Esses dados foram agregados a outros, o que possibilitou: (1) aumentar o número de variáveis pareando-as para comparação entre os serviços; (2) descrever dados dos usuários da amostra no acolhimento; e (2) reorganizar os dados sobre práticas e estratégias terapêuticas, organizando-as em sequência cronológica dos atendimentos prestados pelos profissionais dos CAPS AD aos usuários.

### **3. Resultados e discussão**

#### **3.1. Produção de conhecimento sobre as tecnologias em saúde no trabalho em saúde**

No levantamento bibliográfico sobre os temas, em relação à sua autoria, os estudos selecionados apresentaram, na sua maioria, autoria múltipla, chegando um artigo a ser assinado por dez autores.

Dos artigos selecionados nas bases de dados, seis estavam em revistas interdisciplinares e quatorze, em revistas específicas. Dentre esses últimos, onze na área de Enfermagem, a qual se mostrou como uma área de divulgação expressiva no que tange às práticas adotadas pelos profissionais em CAPS AD.

A enfermagem constituiu a principal área que aborda sobre tecnologia em saúde (12), seguida das áreas: de saúde pública (4), saúde coletiva (2), e educação (1). Em um dos artigos, não havia referência quanto à área de atuação dos autores. Ressalta-se que, embora um dos estudos seja da área da enfermagem, incluem como sujeitos da pesquisa docentes que usavam tecnologias nas práticas ensinadas em diversas disciplinas dos cursos de saúde.

Os métodos de pesquisa utilizados nos artigos selecionados foram em número de 16 estudos exploratórios, dos quais, 15 apresentavam como estratégia de pesquisa a abordagem qualitativa e 1, a quantitativa (experimental), sendo 4 estudos identificados como teóricos. Nesses estudos, as estratégias de pesquisas se mostraram diversificadas, com pesquisa documental, levantamento bibliográfico, grupo focal, entrevista, questionário, observação participante e pesquisa-ação, tendo sido comum a utilização de mais de uma técnica de coleta de dados, com uma média de três instrumentos de coleta. Os participantes dos estudos se diversificaram entre usuários e profissionais dos serviços de saúde, de forma isolada ou conjunta, utilizando uma prática ou estratégia terapêutica. No estudo quantitativo, foi utilizada

pesquisa sistemática com uma prática pontual, com instrumentos específicos na área (de tecnologia dura e leve dura), porém com ausência da contextualização dos processos de trabalho e do cuidado.

A amostra dos usuários compõe-se de pessoas que utilizam o serviço, em diferentes faixas etárias (crianças, jovens, adultos e idosos), de contextos diversos (condições de vulnerabilidade, gravidez, patologias), nos espaços de intervenção em saúde ou em salas de espera dos serviços com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dos diversos níveis de complexidade da rede de saúde do SUS, como: a Estratégia Saúde da Família, Centros de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial e Hospitais. Em um dos artigos, a pesquisa foi desenvolvida na própria comunidade.

Quanto aos recursos utilizados para análise de dados dos artigos selecionados, 12 deles utilizaram apenas um tipo de recurso, 1 recorreu a análises múltiplas e 7 não apresentam relatos do método de análise dos dados coletados. Entre as técnicas descritas nos artigos, estão: a análise de conteúdo, o método cartográfico, a análise descritiva, o relato de experiência, a análise narrativa e a análise quantitativa.

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças nas formas de produzir saúde e na sua base tecnológica. Isso ocorreu com a inserção de práticas territoriais e em virtude do contexto do sujeito no processo saúde e doença, com o incentivo nas ações promoção de saúde.

Merhy (2002) afirma que o trabalho em saúde é como um sistema vivo em ato, ou seja, as produções do fazer nos processos de saúde são formadas por estratégias tecnológicas e modos de governar, e que, para que seja ativo, deve refletir-se, portanto, na gestão do trabalho e nas tecnologias que estão produzindo o cuidado em saúde, com pontos relevantes, como: (1) um processo de produção de bens do serviço; (2) uma dinâmica entre o trabalho vivo e o morto em relação à forma como o trabalhador desenvolve suas ações de cuidado; (3) uma ação centrada, permanentemente, em educação; (4) uma análise com base nas razões e intenções do cuidado; (5) o estímulo a relações intercessoras, ou seja, entre trabalhador e usuário; e (6) respostas para um mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde.

Para esse autor, as tecnologias de intervenção e promoção de saúde são denominadas duras, leve-duras e leves e se caracterizam como: as duras, são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais; as leve-duras são os saberes estruturados, como a clínica e suas especialidades; e, finalmente, as tecnologias leves, como aquelas que estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, implicadas na produção das relações entre dois sujeitos,

que só tem materialidade no ato, como os processos de falas e escutas, relações de acolhimento e vínculo, autonomização do processo de cuidado em saúde. No processo de trabalho, essas tecnologias ampliaram, distintamente, com prioridade das duras e leve-duras em relação às leves (Merhy, 2000).

A produção de trabalho e a inclusão das tecnologias leves em saúde tem se mostrado como um processo complexo no cotidiano dos profissionais de saúde, influenciados pela maneira como a formação superior em saúde tem ocorrido pela gestão dos serviços, ainda distante das diretrizes terapêuticas e pelo perfil de novas competências exigido para o desenvolvimento de práticas encontradas nas estratégias e princípios do SUS.

Com relação à formação dos profissionais, as instituições de ensino têm mantido modelos essencialmente conservadores, centrados em tecnologias altamente especializadas. Assim, a formação dos profissionais de saúde não deveria estar apoiada predominantemente nas tecnologias duras, mas também nas tecnologias leves que favorecessem a relação entre profissionais de saúde e usuários (Ceccim, 2004).

A gestão de serviço mostra-se como um ponto importante, pois deveria oferecer propostas que possibilitassem a adoção de práticas profissionais e a partir de reflexão crítica sobre o trabalho em saúde para uma experimentação da alteridade dos usuários. E, finalmente, as competências para o modelo de cuidado do SUS, as quais espera-se atingir um novo perfil profissional, capaz de atuar com efetividade, a partir de diretrizes bem definidas.

As práticas e estratégias terapêuticas apresentam, na produção do trabalho em saúde mental, a possibilidade de se inserirem em novas formas de produzir saúde, com a utilização de tecnologias que atendam às necessidades do modelo instituído em saúde e para consolidação de políticas públicas.

Espera-se que essa revisão de literatura possibilite o entendimento dos acontecimentos históricos e sociais que resultaram no modelo de cuidado adotado no tratamento das problemáticas associadas ao consumo nocivo de drogas.

Nos artigos selecionados, foram observados os contextos apresentados nos estudos em relação às práticas e tecnologias terapêuticas nos serviços de saúde, as quais serão descritas a seguir.

O conceito de práticas e estratégias terapêuticas no campo da saúde, nos artigos do estudo, são denominadas tecnologias leves em saúde, e definidas de diversas maneiras, porém com conteúdos similares. A Tabela 23 mostra algumas definições de tecnologias em saúde.

Tabela 23

*Definições de Tecnologias em saúde.*

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Conceito</b>
Merhy	2002	Núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato - capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos, descentrando o trabalho em saúde, até mesmo dos equipamentos e especialistas.
Marques e Lima	2004	São ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. Integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.
Teixeira	2007	As tecnologias leves são dispositivos para educar-cuidar em saúde na medida em que são tecnologias contra-hegemônicas, centradas em relacionamento. Assim sendo, destacamos as tecnologias, quais sejam, o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho, como orientadoras das práticas em serviços de saúde, tendo como enfoque a qualidade de vida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde.
Jucá; Lima e Nunes	2008	Tecnologias têm sido recriadas a partir de um movimento das equipes, que tentam encontrar os melhores caminhos, dentro de suas possibilidades, para fazer os CAPS funcionarem.
Santos e Lima	2008	Tecnologias Educacionais em Saúde (TES) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. A TES integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

A denominação das tecnologias em saúde, utilizadas nos estudos, apresenta-se acompanhada de diversos adjetivos, como: tecnologia leve, tecnologia leve-dura, tecnologia do cuidado, tecnologia sócio-educativa, tecnologia em saúde, tecnologia de trabalho, tecnologia relacional, tecnologia educacional, tecnologia gerencial e tecnologia assistencial.

Em alguns artigos, a denominação tecnologia foi utilizada como uma ação/recurso: organização tecnológica, agir tecnológico, recurso tecnológico, artifícios tecnológicos, produtos tecnológicos, transição tecnológica. Entretanto, apesar da variabilidade de termos para denominar a tecnologia em saúde, o termo tecnologias leves foi o mais relatado nos estudos.

Um dos artigos utilizou o termo tecnologia socioeducativa como exemplo de uma tecnologia leve, voltada para práticas utilizadas no campo das medidas socioeducativas. Nos demais artigos, as ações relacionadas às tecnologias leves foram diversificadas em: tecnologia em educação em saúde, tecnologia de intervenção educativa, material educativo, prática



educativa, apoio educativo e agir comunicativo, tendo sido relacionadas a uma estratégia didático-pedagógica no espaço da saúde.

As atividades de grupo foram pesquisadas nos estudos, sendo consideradas como estratégias de prática educativa fundamental para a rotina dos serviços e a efetividade do modelo de cuidado, sendo uma das tecnologias em saúde mais estudadas. Os autores apresentam essa ação como uma tecnologia leve-dura. Leve, por envolver vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários participantes do grupo, mas, também, dura, por incluir os saberes científicos e populares que são discutidos na atividade grupal.

As práticas grupais utilizadas nos serviços foram apresentadas, principalmente, como grupos focais, oficinas, dinâmicas grupais e grupos terapêuticos. Em apenas três artigos, outras práticas foram estudadas, como: estudo de comparação de respostas ao uso de tecnologias individuais e em grupo, reflexão teórica sobre práticas de ação em saúde, reação ao uso de recursos tecnológicos como jogos educativos, cartilhas, softwares e websites.

Observou-se que o uso dessas tecnologias apresentou como objetivo a tentativa de refletir sobre estratégias para lidar com o cotidiano dos serviços. Desse modo, os estudos identificaram finalidades para a utilização das tecnologias para o desenvolvimento de práticas de saúde, como: (1) dar visibilidade a grupos sociais; (2) organizar os processos de trabalhos; (3) conhecer e avaliar as práticas desenvolvidas pelos profissionais como promotores de saúde; (4) oferecer uma aprendizagem motivadora; (5) descrever usos dos recursos em serviço; (6) promover aprendizagem de alguma condição de saúde; (7) focalizar um potencial atribuído às tecnologias leves; (8) pensar e repensar como processo o cuidar-educar na perspectiva da educação. Portanto, com essas finalidades, o uso das tecnologias é apresentado como um processo intermediário do cuidado, por meio da aprendizagem, da intervenção ou da reabilitação para a saúde.

Estudos apresentaram resultados quanto à percepção dos sujeitos participantes da pesquisa (usuários, docentes, profissionais e gestores) em relação à aplicabilidade das tecnologias nas práticas de saúde. As principais percepções apresentadas nos resultados foram: (1) melhora da saúde física, emocional e social; (2) o uso das tecnologias em saúde faz parte de um processo educativo; (3) uma forma de estabelecimento de vínculos entre atores, com criação de novas redes de apoio; (4) a necessidade de utilização extensiva de tecnologias para produção do cuidado; (5) uma estratégia de desenvolvimento de habilidades comunicativas; (6) uma vivência de atores sobre o processo ensino-aprendizagem; (7) uma importante forma de criar grupos específicos de acordo com necessidades; (8) uma forma de saber fazer comprometido com o usuário no cuidado em saúde; e (9) uma possibilidade de

escuta das pessoas, delineando uma nova ética na saúde. Com essas percepções, os autores concluem que as práticas e estratégias terapêuticas em saúde são tecnologias que possibilitam atuar na complexidade do processo saúde-doença, por meio de ações produtivas de saúde, atendendo demandas e ampliando a dimensão do fazer e de ser profissional da saúde.

As abordagens teóricas apresentadas nos artigos foram diversificadas e serão apresentadas em três aspectos, de acordo com a similaridades dos conteúdos teóricos: 1) abordagens macro, destacando-se os aspectos teóricos do campo da saúde; (2) abordagens de base da temática tecnologia, nas quais a tecnologia é descrita como um instrumento para efetivação de práticas em saúde; e (3) abordagens específicas, direcionadas a descrever sobre a nosografia de processos patológicos ou de desenvolvimento. Na Tabela 24, são apresentados os termos, autores e conteúdos estudados.

Tabela 24

*Categorias sobre o conteúdo da temática do estudo*

<b>Temas do estudo</b>	<b>Autores</b>	<b>Conteúdos dos autores</b>
Conteúdo Macro (sistema de saúde, e políticas diversas)	Moura & Souza (2002), Almeida e Rocha (1997), Merhy (1995, 1997); Morin (2004); Balman (2002); Freire (2009); Foucault (2006)	Promoção e qualidade de vida Pedagogia da autonomia Processos de saúde Processos de trabalho Promoção da saúde A rede básica como alternativa de novos formatos de ações de saúde Papel do cuidador Modelo de crenças em saúde Educação em saúde Educação de Paulo Freire na enfermagem Microfísica do poder
Conteúdo de base (tecnologia em saúde)	Merhy (1997, 2002) Campos e Merhy (1994) Barra (2006) Gomes e Freitas (2007) Nietzsche (2000) Arone (2006) Erdmann (2006)	Classificação das tecnologias Tecnologias e trabalho vivo Trabalho vivo em saúde Impacto da tecnologia na saúde Tecnologia assistiva em saúde Tecnologia emancipatória Avaliação tecnológica Práticas de saúde na complexidade do cuidado
Conteúdo Específico (práticas e tecnologias específicas em saúde)	Bechelli (2007) Bezerra (1993) Pichon-Riviere (2000) Afonso (2003) Costa e Figueiredo (2004) Guerra (2004) Zimmerman (1997)	Psicoterapia de grupo Grupos Terapêuticos Acolhimento Oficinas em dinâmicas de grupo Oficinas terapêuticas em saúde mental Grupo de idosos Grupo e agravo da saúde

No conteúdo macro, entende-se que a abordagem teórica sobre as práticas terapêuticas adotadas pelos pesquisadores, estão relacionadas à promoção da saúde, aos processos de saúde-doença, às questões da política de saúde, considerando o princípio da equidade e o modelo de saúde baseado em enfoque coletivo e comunitário, tendo a prática da educação em saúde como um elemento de transformação social. No conteúdo que apresentaram como base as tecnologias propriamente ditas, os artigos se basearam no constructo da cartografia do trabalho vivo (Merhy, 1997, 2002), apresentando conceitos e tipos de tecnologias duras, leves e leves entendendo-as como uma representação de um processo de aperfeiçoamento da educação em saúde, tendo como componentes as diversas etapas do desenvolvimento das relações de trabalho e do cotidiano dos serviços de saúde.

No conteúdo específico sobre as práticas, os artigos analisados apoiaram-se no emprego da tecnologia em situações específicas, como as dinâmicas grupais, em rotina do serviço e o acolhimento, utilizado em situações específicas, com usuários em serviço de saúde, gestantes, obesos, hipertensos, grupos em situações de vulnerabilidade.

Nos estudos, as abordagens na denominação das tecnologias leves em saúde mostraram-se divergentes em dois aspectos: (1) mesma denominação, porém com conceitos, finalidades e abordagens diferentes; e (2) diferentes denominações, com descrições similares sobre os conteúdos. No primeiro aspecto, a denominação de tecnologia leve foi contextualizada por práticas da saúde popular, ação em saúde e práticas pedagógicas, enquanto que, no segundo aspecto, as variadas denominações sobre as ações de saúde (por exemplo, tecnologia do cuidado, prática educativa, tecnologia socioeducativa) mostraram uma perspectiva voltada para as necessidades dos usuários em parcerias com outros atores (como os trabalhadores e gestores), valorizando o espaço relacional e não condicionando os resultados do usuário em si.

A diversidade apresentada nos estudos sobre as denominações e abordagens teóricas subjacentes às práticas e estratégias terapêuticas podem gerar incompreensões e dificultar a sistematização das rotinas e dinâmicas dos serviços.

Com base nos resultados e reflexões apresentadas sobre os artigos, observou-se a necessidade de realizar pesquisas sistemáticas sobre as práticas terapêuticas nos serviços de saúde e de modo a possibilitar um campo teórico de análise da efetividade do modelo psicossocial, instituído pelo SUS.

### 3.2. As práticas e estratégias terapêuticas dos CAPS AD descritas nas diretrizes do modelo psicossocial

O modelo de cuidado em saúde mental desenvolvido no Brasil foi influenciado por acontecimentos históricos e sociais, nacionais e mundiais, que promoveram mudanças na forma de produzir cuidado com pessoas em consumo abusivo e dependente de drogas. Vários autores (Desviat, 2008; Amarante, 1996, 2007; Merhy & Amaral, 2007; Pitta, 2010, 2011) consideram esse movimento brasileiro rico e original, por incorporar à política o discurso civil da sociedade, ao modelo de saúde mental e as novas formas de oferecer cuidado por meio de serviços substitutivos, gestão participativa e investimento comunitário na inserção social dos usuários.

Nesse cenário de mobilização, é homologada, em 2001, a Lei 10. 216 (Brasil, 2001), instituindo novo modelo de cuidado é de reabilitação psicossocial, com princípios pautados na reinserção do paciente com transtorno mental, por meio de tratamento em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico também adotado no cuidado das questões relacionadas ao consumo abusivo e dependência de drogas.

A reabilitação psicossocial foi apresentada nos documentos governamentais com descrições diversas, conforme apresentado na Tabela 25, quanto à descrição de estratégias de intervenção desse modelo.

Tabela 25

*Descrições sobre o modelo de reabilitação psicossocial contido nos documentos governamentais.*

<b>Documentos governamentais</b>	<b>Conteúdos sobre a reabilitação psicossocial</b>
Portaria nº 336 DOU/GM 19/02/2002	É um modelo de cuidado que deve ser utilizado pelos CAPS
Ministério da Saúde (2004)	É um processo utilizado pela rede de saúde mental para estimular recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer.
SENAD (2005, 2006)	É uma proposta de inserção social, por meio de estratégias de redução de danos e de enfoque comunitário. E que deve ser desenvolvido nos serviços como um dever do Estado.
Plano diretor de saúde mental da SES/DF 2011-2015 (2010)	É um modelo que estabelece o trabalho de geração de renda para os usuários oferecido por serviços da rede intersetorial.
Portaria nº 3.088 DOU/MS, 23/12/2011	É um modelo que desenvolve estratégias de articulações sistemáticas dos profissionais para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial entre a saúde, educação, assistência social, justiça, trabalho, segurança pública.

Os documentos governamentais referidos estabelecem diretrizes para atuação dos CAPS em parcerias com a rede psicossocial, por meio de estratégias de inserção do usuário na comunidade, de forma sistemática, e com isso produzir efetividade no tratamento da problemática no consumo de drogas e segurança do usuário, mas também consolidar o modelo psicossocial.

Um fato novo nos dez anos após a promulgação da Lei 10.216 diz respeito à Política Nacional sobre Drogas (Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD 27/10/2005) e, com isso, a inclusão, na agenda política e de assistência em saúde mental, do tratamento dos danos ocasionados pelo uso prejudicial das substâncias psicoativas. Esse fato ocasionou inserção de novas estratégias no modelo de reabilitação psicossocial, como: (1) mudança do enfoque de reabilitação psicossocial na saúde mental para o de inserção social no campo do tratamento de drogas; (2) ampliação de estratégias de tratamento, com inclusão da redução de danos e da reinserção social e ocupacional; e (3) inclusão da Política do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) no atendimento.

As mudanças advindas da Lei nº 11.343 (SENAD, 2006) apresentaram o modelo de saúde mental que teve como base a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e a promoção e ao fortalecimento dos fatores de proteção, como ilustrado na Figura 13, com a inserção social no modelo da reabilitação psicossocial.

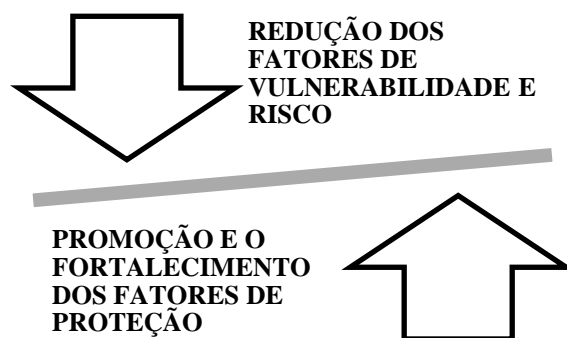


Figura 13. Modelo de cuidado para as questões de drogas (Brasil, SENAD, 2006).

Esse modelo apresenta características específicas com base na inclusão social de pessoas com problemas no consumo abusivo e dependente de drogas e redução de riscos e danos sociais e à saúde. Ele é formado pela integração e reintegração do usuário, por ações interdisciplinares e intersetoriais, primordialmente, entre o SUS e SUAS, por meio do Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) ou Projeto Terapêutico Singular (PTS), com estratégias de

prevenção, controle, intervenção antecipada, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio como medidas necessárias para reduzir as consequências adversas do uso dependente de substâncias psicoativas (SENAD, 2010; OPAS & OMS, 2011).

O modelo de cuidado para a problemática das drogas se tornou uma política específica e independente do campo da saúde mental, sendo a inserção social e a redução de danos os alicerces do cuidado na área. A Portaria 1.028 (GM/MS, 2005) instituiu ações voltadas à redução de danos sociais e de saúde. Essas ações foram justificadas na referida Portaria pela dificuldade de aceitação do consumo como danoso e pela complexidade de adesão do usuário, promovendo, portanto, a redução de riscos sem intervir na oferta ou no consumo. As ações, a partir dessa Portaria deveriam pautar em: informação, educação e aconselhamento para comportamento mais seguro; assistência social e à saúde; disponibilidade de insumos de proteção à saúde e de prevenção do HIV/AIDS e hepatite.

A abordagem da redução de danos no CAPS AD é justificada na referida Portaria pela discussão da ideia de saúde como qualidade de vida e não apenas ausência de doença. Além disso, existe a necessidade de estratégias similares para que seja possível sua adoção, como: necessidade de agenciamento dos CAPS AD com outros serviços, interdisciplinaridade e intersetorialidade, co-responsabilidade no cuidado, valorizando a singularidade de cada usuário e não apenas com base no diagnóstico médico-psicológico.

Alarcon (2014), com base nas características descritas, conceitua a redução de danos como o “conjunto de medidas estratégicas que visam prevenir as consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas, recuperar a saúde daqueles já acometidos e promover a saúde como qualidade de vida” (p. 210). Entretanto, para esse autor, essa política no Brasil ainda é controvertida, pois essas medidas são adotadas para amenizar efeitos tóxicos ou como distribuição de insumos, não havendo consenso entre os profissionais de saúde quanto à sua função, finalidade, ação e efetividade.

As diretrizes governamentais que instituem os CAPS AD incluem a redução de danos como uma estratégia terapêutica que deve fazer parte do modelo psicossocial de cuidado desses serviços. Além disso, considera como uma estratégia relevante para a vinculação do profissional com a pessoa em uso problemático de drogas, a partir da compreensão do seu padrão de consumo de drogas, entendendo suas reais necessidades e demandas, o que propicia condições favoráveis à adesão ao tratamento e à consequente diminuição da evasão. (MS, 2004).

O modelo de cuidado adotado pelos CAPS AD baseia-se em uma legislação específica para o tratamento dos usuários com problemas de drogas, visto que a missão desses serviços é

promover variadas ações e estratégias terapêuticas, utilizadas isoladamente ou em parceria com a rede intersetorial. As ações de triagem, avaliação e diagnóstico devem ser as primeiras estratégias terapêuticas que devem ser realizadas nos CAPS AD, e foram descritas na Tabela 26.

Tabela 26

*Estratégias terapêuticas do cotidiano dos CAPS AD e suas descrições, levantadas nos documentos governamentais.*

<b>COMPONENTES</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
Triagem	<p>Deve considerar o uso nocivo e perigoso, o comportamento de risco e a dependência de droga;</p> <p>Deve ser criado um ambiente para aliança terapêutica entre o profissional e o usuário;</p> <p>O usuário pode ser acompanhado por outros serviços como escola, atenção básica e serviços de assistência.</p>
Avaliação e diagnóstico	<p>Deve considerar aspectos, como: comorbidade clínica e psiquiátrica; nível e severidade da doença; nível somático e saúde mental; traços individuais e de personalidade; níveis vocacionais e de trabalho; integração familiar e social; situação judicial; e fatores do desenvolvimento e do ambiente.</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 2004, 2012; UNODC; WHO, 2008.

O modelo psicossocial que deve ser desenvolvido pelo CAPS AD foi construído com base na reforma psiquiátrica e nas estratégias da saúde mental, e em especial, as diretrizes associadas à prevenção e tratamento de usuários no serviço em uso problemático de drogas tendo sido, ao longo dos anos, influenciado pela complexidade de danos associado ao consumo de drogas. Constituiu-se como um modelo específico para esse campo de cuidado, com estratégia comum da saúde mental, mas com ações inovadoras, bem específicas, como a redução de danos e a inserção social das pessoas em uso problemático de drogas por meio do trabalho e da comunidade.

No estudo dos documentos governamentais, as diretrizes internacionais descrevem práticas terapêuticas, apontando como boas práticas e com efetividade no tratamento de pessoas em uso abusivo de drogas. Dentre essas estão a terapia cognitiva comportamental, a entrevista motivacional, o gerenciamento de caso e o suporte social, bem como ações compartilhadas com outros serviços e políticas (intersetorialidade). Entretanto, não foram encontrados estudos que mostrassem empiricamente a efetividade de aplicação desse modelo de cuidado. Aliás, nesses documentos, são apresentados, dentre vários encaminhamentos, a necessidade de realizar estudos que avaliem evidências de eficácia das práticas e tecnologias utilizadas no cotidiano do cuidado às questões do uso abusivo de droga (Ministério da Saúde,

2004; 2012; UNODC & WHO, 2008), relacionando essas evidências, além disso, com as diversas formas de educação e as políticas incentivo à carreira dos profissionais de saúde, como fundamentais para a utilização dessas práticas.

O Ministério da Saúde denomina as práticas utilizadas nas estratégias do tratamento no campo das drogas como tecnologias de baixa exigência, como uma prática de adequação do serviço às necessidades dos usuários, uma acomodação de horários, acolhimento e dispensação de insumos de proteção à saúde (Ministério da Saúde, 2012).

As práticas e estratégias descritas nos documentos governamentais são voltadas para as necessidades dos usuários, fazendo parte da rotina do serviço, sendo desenvolvidas de forma geral nos serviços, como: o acolhimento, o Projeto Terapêutico Singular, a definição de um técnico de referência, os grupos terapêuticos, as atuações de inserção do usuário no mercado de trabalho, o desenvolvimento de linhas de cuidado, atividades na rede de atenção, o matriciamento na atenção básica e o monitoramento das internações hospitalares. Além dessas, foram citadas práticas específicas à categoria profissional, como: atendimento individual por categoria profissional (por exemplo, de assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra, clínico geral, entre outros), grupo de psicoeducação, visita domiciliar, farmacoterapia, oficinas terapêuticas, psicoterapia de orientação psicanalítica e outras.

No estudo dos documentos governamentais, ao todo, foram levantadas 58 práticas e estratégias terapêuticas utilizadas nesse campo, as quais estão descritas na Tabela 27.

Tabela 27

*Práticas e estratégias terapêuticas descritas nos documentos governamentais para o cuidado de pessoas com o uso problemático de drogas*

	<b>Práticas terapêuticas</b>	<b>Estratégias terapêuticas</b>
<b>Realizada por todos os profissionais da equipe</b>	Acolhimento	Administrativo
	Atendimento grupo familiar	Alta administrativa
	Atendimento de grupo	Assembleia
	Atendimento domiciliar	Atendimento semi-intensivo
	Entrevista motivacional	Atendimento intensivo
	Oficina terapêutica	Atendimento não intensivo
	Psicoeducação	Atendimentos justiça
	Reunião de equipe	Atividade comunitária
	Reunião intersetorial	Consultório de rua
	Suporte laborativo	Estratégia de redução de danos
	Reinserção ao trabalho	Gerenciamento de caso
	Triagem	História pregressa de entrada
	Visita domiciliar	Mudança do turno
	Grupo de Alcoólicos Anônimos	Projeto Terapêutico Singular
	Grupo de Narcóticos Anônimos	Reavaliação
		Reacolhimento
	Termo de internação involuntária	
	Termo do aceite ao tratamento	



---

<b>Realizada por categoria profissional</b>	Atendimento assistente social	Técnico de referência
	Atendimento clínico	Matriciamento
	Atendimento individual familiar	Acompanhamento intersetorial
	Atendimento enfermeiro	Administração de medicação
	Atendimento oficineiro	Farmacoterapia
	Atendimento Psicólogo	Alta clínica
	Atendimento Psiquiatra	Avaliação inicial
	Atendimento técnico de enfermagem	Benefícios sociais
	Atendimento Terapeuta Ocupacional	Desintoxicação
	Psicoterapia	Hipótese diagnóstica
	Terapia cognitivo-comportamental	Relatório médico ou Guia de consulta
	Terapia comunitária	

---

Fonte: Ministério da Saúde, 2004, 2011

As práticas e tecnologias dos CAPS AD, descritos nos documentos governamentais, são orientadas para serem desenvolvidas no cotidiano desses serviços, devendo ocorrer com organização dos profissionais para o levantamento de evidências, por meio de sistemas de controle de registro de informações do usuário e da rotina do serviço, gerando conhecimento científico do acumulado de práticas que possam servir para o avanço de um modelo de cuidado e consolidação da Política Nacional sobre Drogas. Entretanto, é importante refletir se os profissionais estão capacitados para a aplicabilidade dessas práticas e para o desenvolvimento de evidências.

Conclui-se que existem diretrizes governamentais que direcionam os profissionais para utilizarem essas práticas e estratégias terapêuticas nos serviços que lidam com a problemática das drogas, como os CAPS AD. Mas, o desenvolvimento dessas práticas e estratégias terapêuticas dependem, necessariamente, de mudanças na estrutura e dinâmica desses serviços, bem como de investimentos na educação permanente desses profissionais.

### **3.3. Perfil dos usuários e tratamento**

O tratamento dos dados do estudo possibilitou a descrição do perfil detalhado dos usuários, suas demandas e as práticas e estratégias terapêuticas adotadas pelos profissionais durante o tratamento dos usuários, bem como a apresentação das etapas recorridas pelos usuários durante o tratamento. Os dados sociodemográficos dos usuários acompanhados pelos CAPS AD foram organizados na Tabela 28.

Tabela 28

*Perfil dos usuários por cada CAPS AD do estudo*

<b>Variáveis</b>	<b>Características</b>	<b>CAPS AD DF 1 (N: 35)</b>	<b>CAPS AD DF 2 (N:26)</b>	<b>CAPS AD SP (N: 21)</b>	<b>Total (N: 82)</b>
Gênero	Feminino	02 (5,7)	03 (11,5)	03 (14,3)	08
	Masculino	33 (94,3)	23 (88,5)	18 (85,7)	74
Idade (anos)	0 – 20	01 (2,9)	01 (3,8)	01 (4,8)	03
	21 – 30	06 (17,1)	03 (11,5)	04 (19,0)	13
	31 – 40	08 (22,9)	09 (34,6)	05 (23,8)	22
	41 – 50	05 (14,3)	06 (23,1)	05 (23,8)	16
	51 – 60	08 (22,9)	06 (23,1)	06(28,6)	20
	Acima de 61	07 (20,0)	01 (3,8)	-----	08
Naturalidade	Centro oeste	04 (11,5)	17 (65,3)	03 (14,3)	24
	Sudeste	-----	-----	07 (33,3)	07
	Nordeste	-----	07 (22,9)	02 (9,6)	09
	Sul	-----	-----	01 (4,8)	01
	Bolívia	-----	01 (3,8)	-----	01
	Não informou	29 (81,0)	03 (11,5)	08 (38,1)	40
Estado Civil	Solteiro	10 (28,6)	13 (50,0)	15 (71,4)	38
	Casado	14 (40,0)	10 (38,5)	03 (14,3)	27
	Amasiado	08 (22,9)	02 (7,7)	-----	10
	Separado	02 (5,7)	-----	02 (9,5)	04
	Divorciado	01 (2,9)	01 (3,8)	01 (4,8)	03
	Nível escolaridade	Analfabeto	-----	01 (3,8)	-----
Analfabeto funcional		02 (5,7)	-----	-----	02
Alfabetizado		02 (5,7)	-----	02 (9,5)	04
Ensino fundamental incompleto		09 (25,7)	01 (3,8)	06 (28,6)	16
Ensino fundamental		07 (20,0)	01 (3,8)	-----	08
Ensino médio incompleto		08 (22,9)	01 (3,8)	01 (4,8)	10
Ensino médio		04 (11,4)	04 (15,4)	-----	08
Ensino superior		03 (8,6)	-----	02 (9,5)	05
Não informa		-----	18 (69,2)	05 (23,8)	23
Frequenta escola	Sim	21(60,0)	19 (73,1)	04 (19,1)	44
	Não	14(40,0)	07 (26,9)	17 (81,0)	38
Situação ocupacional	Desempregado	13 (37,1)	08 (30,5)	14 (66,7)	35
	Empregado	11 (31,4)	04 (15,3)	07 (33,3)	22
	Afastado do trabalho	06 (17,1)	04 (15,4)	-----	10
	Aposentado	04 (11,4)	-----	-----	04
	Trabalho informal	01 (2,9)	-----	-----	01
	Não informa	-----	10 (38,5)	-----	10
Tipo de moradia	Casa	23 (65,7)	22 (84,6)	09 (42,9)	54
	Apartamento	03 (8,6)	02 (7,7)	-----	05
	Barraco	04 (11,4)	-----	-----	04
	Situação de rua	05 (14,3)	02 (7,6)	04 (19,1)	11
Tipo de consumo de drogas	Múltiplas drogas	22 (62,9)	14 (53,8)	13 (61,9)	49
	Álcool	13 (37,1)	10 (38,5)	08 (38,1)	31
	Crack	-----	01 (3,8)	-----	01
	Cocaína	-----	01 (3,8)	-----	01

Drogas de início	Álcool	19 (54,3)	14 (53,8)	16 (76,2)	49
	Tabaco	12 (34,3)	09 (34,6)	02 (9,5)	23
	Maconha	02 (5,7)	02 (7,7)	03 (14,3)	07
	Cocaína	01 (2,9)	-----	-----	01
	Crack	-----	01 (3,8)	-----	01
	Merla	01 (2,9)	-----	-----	01

Fonte: Protocolo ou anotações livres dos prontuários

Os participantes da amostra de usuários são predominantemente do sexo masculino, com faixa etária entre 31 e 40 anos, naturais do Centro Oeste, solteiro, com baixo nível de escolaridade, desempregados, não estudantes, residentes em casa, que consomem múltiplas drogas, porém que tem no álcool a droga de início.

No estudo, foram levantadas 38 profissões/ocupações, das quais, as mais citadas foram: motorista, pedreiro, do lar, agente de portaria, servente de obras, gari, garçõnete e estudantes. Entretanto, mesmo com profissões definidas, alguns usuários atuam como autônomos e estão desempregados.

Essas características sociodemográficas dos usuários são fatores que dificultam desenvolvimento do tratamento e resposta efetiva no CAPS AD, pois, quanto maior a vulnerabilidade e as fontes de risco, maior será a singularidade, situação à complexidade do cuidado, que terá que prever intervenções que atendam as peculiaridades pessoais, sociais e culturais dos usuários.

No momento em que procuram os CAPS AD, os usuários são atendidos pelos profissionais que compõem a equipe nesses serviços, por meio do acolhimento. Essa atividade constitui-se em uma entrevista individual semiestruturada, a partir da qual os profissionais, preenchem os protocolos ou registram informações sobre o usuário. No acolhimento são levantados aspectos relevantes da pessoa, como: a história pessoal, o padrão de consumo, as demandas e necessidades de tratamento e seu quadro clínico. O perfil das demandas dos usuários constantes nos registros colhidos no momento do acolhimento nos CAPS AD é apresentado na Tabela 29.

Tabela 29

*Perfil de demandas do usuário no acolhimento por CAPS AD.*

<b>Variáveis</b>	<b>Características</b>	<b>CAPS AD DF 1 (N: 35)</b>	<b>CAPS AD DF 2 (N: 26)</b>	<b>CAPS AD SP (N:21)</b>	<b>Total N: 82</b>
Tipo de encaminhamento	Espontâneo	16 (45,7)	16 (61,5)	09 (42,9)	41
	Rede	14 (40,0)	07 (26,9)	07 (33,3)	28
	Judicial	05 (14,3)	01 (3,8)	05 (23,8)	11
	Família	-----	02 (7,7)	-----	02
Acolhido no CAPS AD	Sim	34 (95,2)	26 (100)	21 (100)	81
	Não	01 (4,8)	-----	-----	01
Realiza tratamento em serviços das RAPS	Não	17 (65,4)	27 (77,1)	04 (19,0)	48
	Sim	06 (23,1)	08 (22,9)	08 (38,1)	22
	Não informa	03 (11,5)	-----	09 (42,9)	12
Reside com familiares	Sim	27 (77,2)	21 (80,8)	10 (47,6)	58
	Não	07 (20,1)	01 (3,8)	-----	08
	Não informa	01 (2,9)	04 (15,4)	11 (52,4)	16
Possui vínculos familiares	Sim	28 (80,0)	21 (80,8)	09 (42,9)	58
	Não	07 (20,0)	02 (7,6)	03 (14,3)	12
	Não informa	-----	03 (11,5)	09 (42,9)	12
Disponibilidade de familiares ao tratamento	Sim	26 (74,3)	20 (76,9)	09 (42,9)	55
	Não	09 (25,7)	03 (11,5)	03 (14,3)	15
	Não informa	-----	03 (11,5)	09 (42,9)	12
Tempo de consumo	< 10 anos	31 (88,6)	21 (80,7)	17 (80,0)	69
	>10 anos	04 (11,5)	03 (11,4)	02 (9,5)	09
	Não refere	-----	02 (7,7)	02 (9,5)	04
Frequência no consumo	Diário	27 (77,1)	21 (80,7)	02 (9,5)	50
	Semanal	08 (22,9)	01 (3,8)	-----	09
	Abstinente	-----	01 (3,8)	01 (3,8)	02
	Não refere	-----	02 (7,7)	19 (90,5)	21
Último consumo	Hoje	11 (31,4)	13 (49,8)	21 (100)	45
	De 01 a 03 dias	15 (42,9)	01 (3,8)	-----	16
	Há 01 semana	-----	05 (19,2)	-----	05
	Há 01 mês	04 (11,5)	04 (15,4)	-----	08
	Há 01 ano	13 (46,0)	03 (11,4)	-----	07
Uso de medicação	Sim	13 (37,1)	13 (50,0)	15 (71,4)	41
	Não	08 (22,9)	01 (3,8)	03 (14,3)	12
	Não referem	14 (40,0)	12 (46,2)	03 (14,3)	29
Sintomas psiquiátricos	Sim	27 (77,1)	23 (88,5)	12 (57,1)	62
	Não	08 (22,9)	03 (11,5)	09 (42,9)	20

*Fonte:* protocolos de registro ou anotações livres encontradas nos prontuários.

O perfil predominante de demandas apresentadas pelos usuários no momento do acolhimento caracteriza-se por: (1) busca espontânea por atendimento prestado pelo CAPS AD e que são acolhidos pelos profissionais da equipe; (2) não estarem sendo atendidos nos

serviços da RAPS; (3) residentes com familiares, disponíveis para acompanhá-lo no tratamento; (4) consumidores de múltiplas drogas há mais de dez anos, diariamente, haviam consumido no dia em que procuraram o CAPS AD; e (5) apresentam sinais e sintomas psiquiátricos, com diagnóstico de comorbidade e em uso de medicação. Portanto, quanto ao o perfil clínico e ao padrão de consumo de drogas, os usuários apresentam um quadro crônico. Alguns aspectos das demandas clínicas serão melhor descritos a seguir.

Os usuários que realizam acompanhamento pela RAPS estão diretamente relacionados a problemas jurídicos ou a necessidades de internação clínica ou psiquiátrica. Dentre os órgãos que prestam o atendimento, foram descritos: o hospital geral, o hospital psiquiátrico, CAPS transtorno, comunidade terapêutica, internação CAPS AD, internação Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Promotoria Pública.

Os usuários, no acolhimento, apresentaram sinais e sintomas clínicos, psiquiátricos ou comportamentais, como: taquicardia, dor abdominal, falta de ar, tremores nas extremidades, fraqueza nos membros, cefaleia, insônia, ansiedade, irritabilidade, alucinações auditivas e visuais, memória prejudicada, nervosismo, convulsão, ideação suicida, agitação psicomotora, fobia específica, delírio, desorientação e comportamento reativo e defensivo. Dependendo do tipo de sintoma, esses indivíduos foram encaminhados para atendimento médico clínico, médico psiquiátrico ou de psicologia e, após avaliação, receberam um diagnóstico de consumo abusivo de álcool ou de múltiplas drogas, mas também podem ter recebido mais de um diagnóstico, caracterizando quadro de comorbidade, entre as quais há registros de: hipertensão, síndrome de pânico, transtorno obsessivo compulsivo, depressão, transtorno bipolar de humor e esquizofrenia. É importante destacar que, além de registro sobre sintomas de ideação suicida de forma recorrente nos prontuários de um mesmo usuário, foram encontradas 06 descrições de relatos de tentativas de suicídio.

O diagnóstico é baseado nos parâmetros da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Na sua maioria, os usuários dos CAPS AD, objeto deste estudo, apresentaram diagnóstico de abuso de álcool (F10), cocaína (F14) ou múltiplas drogas (F19). As patologias comuns encontradas nos quadros de comorbidades foram, em ordem de prevalência: transtorno ansioso (F41); transtorno psicótico (F29); episódio depressivo (F32); transtorno afetivo bipolar (F31); transtorno depressivo (F33); transtorno de personalidade (F60); e quadros demenciais (F03).

Após o acolhimento, os usuários foram, segundo os registros, encaminhados para o tratamento no CAPS AD e, nesse ponto, receberam variadas estratégias de cuidado, dependendo de aspectos específicos para cada demanda diferente. Os usuários foram

encaminhados para internação, em uma comunidade terapêutica ou em hospital psiquiátrico ou ainda ser no próprio CAPS AD, podendo ocorrer também o encaminhamento do usuário para o atendimento individual psicológico ou médico clínico e psiquiátrico ou, mesmo, ser encaminhado diretamente para acompanhamento de referência e para grupos terapêuticos.

As práticas e estratégias desenvolvidas nos três CAPS AD do estudo são apresentadas na Tabela 30, constituindo-se no tratamento que os usuários receberam após o acolhimento realizado no serviço e o levantamento das suas demandas.

Tabela 30

*Práticas, estratégias terapêuticas e evolução de tratamento por CAPS AD do estudo*

Variáveis	Características	CAPS AD			Total N: 82
		DF 1 (N: 35)	DF 2 (N: 26)	SP (N:21)	
Diagnóstico (CID 10)	Comorbidade	03 (8,7)	02 (7,6)	10 (48)	18
	Abuso de álcool e outras drogas	32 (91,3)	24 (3,8)	11 (52)	67
Tipo de protocolos utilizado	Psiquiátrico	07 (20,0)	11 (42,3)	12 (57,1)	30
	Clínica médica	01 (2,9)	04 (15,4)	01 (4,8)	06
	Outros	05 (14,3)	04 (15,4)	01 (4,8)	10
	Nenhum	22 (62,9)	07 (26,9)	07 (33,3)	36
Possui PTS ou PTI	Sim	21 (60,0)	11 (42,3)	17 (81,0)	49
	Não	14 (40,0)	15 (57,7)	04 (19,0)	33
Realizou atividade de grupo	Sim	16 (45,7)	17 (65,3)	16 (76,2)	49
	Não	19 (54,3)	09 (34,6)	05 (23,8)	33
Realizou atividade individual	Sim	20 (57,1)	18 (69,2)	11 (52,4)	49
	Não	15 (42,9)	08 (30,7)	10 (47,6)	33
Foi recolhimento no CAPS AD	Sim	11 (31,4)	11 (42,3)	07 (33,3)	29
	Não	24 (68,6)	15 (57,7)	14 (66,7)	53
Teve PTS ou PTI atualizado	Sim	08 (22,9)	03 (11,5)	05 (23,8)	16
	Não	27 (77,1)	23 (88,5)	16 (76,2)	66
Houve intercorrências no tratamento	Sim	05 (14,3)	09 (34,6)	15 (71,4)	29
	Não	30 (85,7)	17 (65,4)	06 (28,6)	53
Houve busca ativa na ausência ao	Sim	01 (2,9)	01 (3,8)	06 (28,6)	08
	Não	34 (97,1)	25 (96,2)	15 (71,4)	74
Tempo de adesão ao CAPS AD (mês)	Até 01 mês	17 (48,6)	05 (19,2)	02 (9,5)	24
	De 01 – 03 meses	01 (2,9)	03 (11,5)	04 (19,0)	08
	De 03 – 06 meses	03 (8,6)	01 (3,8)	02 (9,5)	06
	De 06 – 12 meses	02 (5,7)	04 (15,4)	08 (38,1)	14
	De 12 – 24 meses	12 (34,2)	13 (50,0)	05 (23,8)	30

Situação atual	Não retornou ao serviço	28 (80,0)	17 (65,4)	11 (52,4)	56
	Em tratamento	01 (4,8)	05 (19,2)	01 (4,8)	07
	Comunidade	05 (14,3)	04 (15,4)	-----	09
	terapêutica				
	Alta clínica	02 (5,7)	-----	01 (4,8)	03

*Fonte:* protocolos de registro ou anotações livres dos prontuários.

Nos CAPS AD deste estudo, os protocolos sistematicamente utilizados para avaliação e acompanhamento dos usuários são aplicados por médicos e psicólogos. Além desses, outros protocolos são utilizados por todos os integrantes da equipe, porém são aplicados a apenas alguns usuários durante o tratamento, não seguindo um padrão quanto à sua aplicação. Nesses protocolos, estão: o genograma, que descreve as relações familiares; o ecomapa, que descreve as relações do usuário e familiares com atores da rede social; protocolos de acolhimento e PTS específico do serviço, construído pela equipe. É importante destacar que os protocolos do genograma e ecomapa são utilizados apenas como descrição do usuário e não refletem em intervenções, a partir desses instrumentos. Um dos CAPS AD do estudo não utiliza nenhum protocolo durante o acompanhamento ao usuário, apresentando-se os relatos nos prontuários como narrativas da intervenção realizada.

As estratégias terapêuticas utilizadas pelos profissionais dos CAPS AD no tratamento dos usuários apresentaram um predomínio de utilização de Projeto Terapêutico Singular (PTS) no início do tratamento (59,8%); uso de atividades de grupos (58,5%); e atividades individuais (59,8%), ao longo da permanência dos usuários no serviço. Entretanto, não foram utilizadas as seguintes estratégias: recolhimento (64,6%); atualização de PTS (80,5%); e busca ativa (90,2%), podendo estar esses fatos relacionados à dificuldade de vinculação do usuário, em virtude da rotatividade e do curto tempo que esse permanece no serviço, à ausência de continuidade das estratégias terapêuticas promovidas pelas equipes, e a sobrecarga de trabalho dos profissionais no desenvolvimento dessas estratégias, associado também a uma ampla abrangência territorial de assistência designado para esses serviços.

Alguns usuários em tratamento nos CAPS AD apresentaram intercorrências (35,4%): de saúde, como crise convulsiva, crise psicótica, problemas clínicos, problemas neurológicos, recaída e tentativa de suicídio; jurídico, como perda da guarda dos filhos, prisão em instituições prisionais ou cumprimento em processo judicial; e sociais, como acidentes automobilísticos e problemas com traficantes, necessitando, assim, ficarem foragidos. Essas

intercorrências influenciaram tratamento, dificultando o envolvimento e a continuidade do usuário no serviço, a adesão ao tratamento e aumentando o risco de evasão.

Um aspecto relevante a apontar refere-se ao tempo curto de permanência do usuário nos CAPS AD do estudo. Observa-se um número relativamente alto de usuários que ficam apenas um mês no tratamento (28%) e que não ultrapassam dois anos (23,2%) no serviço. Esses usuários buscam os CAPS AD espontaneamente, realizam as atividades propostas e não retornam ao serviço (68,3%). A questão da evasão dos usuários dos CAPS AD é uma problemática real. Os profissionais dos CAPS AD enfrentam a evasão dos usuários como uma dificuldade diária e consideram evadido aquele que não retornou ao serviço por um período de mais de três meses, após busca ativa, na tentativa de fazê-lo retornar ao tratamento.

### **3.4.Os itinerários dos usuários no tratamento dos CAPS AD do estudo**

O estudo dos prontuários da amostra de usuários permitiu conhecer os caminhos que esses usuários trilham durante o tratamento, organizados pelos profissionais e pelos CAPS AD. O termo itinerário utilizado no estudo refere-se aos cuidados recebidos pelos usuários nos CAPS AD, desde sua admissão até a sua saída (alta, retorno ao trabalho, falecimento, evasão, etc.), tal como registrado nos protocolos de admissão, avaliação e de evolução contidos nos seus prontuários, como as práticas e estratégias terapêuticas adotadas pelos profissionais ao dispensarem cuidado aos usuários. Alguns casos de itinerários dos usuários dos CAPS AD foram apresentados, utilizando código de identificação para respeitar o anonimato.

Na amostra de 85 usuários, foi possível perceber 05 padrões de itinerários comum nos três CAPS AD do estudo, que são: (1) usuários que, após o acolhimento, recebem atendimentos sistemáticos de médico (clínico e/ou psiquiátrico) e de psicologia, fazem uso de psicotrópicos, não se integram nas atividades de grupo da equipe, com internações e evasões frequentes e que retornam aos CAPS AD para troca de receituário; (2) usuários que, após o acolhimento, passam a participar de atendimento individual e com os familiares, atendimento de grupo, possuem histórias de internações, e, na medida do possível, são acompanhados pelos grupos terapêuticos; (3) usuários que, após o acolhimento, passam a participar de forma sistemática de atividades grupais, são acompanhados por profissionais de outras instituições, como trabalho e justiça, e conseguem manter-se por algum período em abstinência; (4) usuários que, após o acolhimento, são orientados a realizar o tratamento no CAPS AD, porém não retornam; e (5) usuários que, após o acolhimento, dependendo da necessidade, são



encaminhados para outros serviços, como comunidade terapêutica, CAPS transtorno ou hospital clínico. A frequência dos cinco padrões observados é apresentada na Tabela 31, os quais serão discutidos a seguir.

Tabela 31

*Frequência dos padrões de tratamento desenvolvidos por cada CAPS AD*

Nº	Padrões Tratamento	CAPS			Total
		CAPS AD DF 1	CAPS AD DF 2	AD CAPS AD SP	
01	Usuários que, após o acolhimento, recebem atendimentos sistemáticos de médico (clínico e/ou psiquiátrico) e de psicologia, fazem uso de psicotrópicos, com internações e evasões frequentes, não se integram nas atividades de grupo da equipe, e retornam aos CAPS AD para troca de receituário.	02	11	02	15 (17,6%)
02	Usuários que, após o acolhimento, passam a participar de atendimento individual e com os familiares, atendimento de grupo, possuem histórias de internações, e, na medida do possível, são acompanhados pelos grupos terapêuticos.	10	04	12	27 (31,76%)
03	Usuários que, após o acolhimento, passam a participar de forma sistemática nas atividades grupais, são acompanhados por profissionais de outras instituições, como trabalho e justiça, e conseguem manter-se em abstinência.	03	04	04	10 (11,76%)
04	Usuários que, após o acolhimento, são orientados a realizar o tratamento no CAPS AD, porém não eles retornam.	21	08	03	32 (37,6%)
05	Usuários que, após o acolhimento, conclui-se a necessidade de encaminhá-lo para outros serviços, como comunidade terapêutica, CAPS transtorno e hospital clínico.	01	-----	-----	01 (1,17%)

Os padrões de itinerário do tratamento foram observados em todos os CAPS AD do estudo, com prevalência do tipo 04 no CAPS AD DF 1, do tipo 01, no CAPS AD DF 2, e do tipo 02, no CAPS AD SP. Entretanto, no geral, existe uma tendência do padrão do tipo 04 (37,6%), mostrando as dificuldades dos usuários de aderirem ao tratamento nesses serviços.

Relacionando essa tendência do padrão do tipo 04 nos CAPS AD do estudo com o tipo de droga utilizada pelos usuários, observou-se que, nesse padrão, há uma prevalência no consumo abusivo de múltiplas drogas (23 usuários), seguidas de álcool (08 usuários) e de

crack (01 usuário). Portanto, a resistência em iniciar o tratamento e vincular-se aos profissionais e serviços pode estar associada ao contexto de uso problemático de drogas, quadro de cronicidade instalado, mas também a questões sociais relacionadas, como problemas de justiça ou situações de vulnerabilidades.

A seguir, será apresentado um exemplo típico elegido pela sua representatividade quanto ao padrão de itinerário desenvolvido no CAPS AD, bem como a discussão de características importantes. Os padrões de itinerários dos usuários dos CAPS AD foram identificados por códigos para preservar o anonimato.

O Padrão 1 (17,6%) descrevem usuários que, após o acolhimento, recebem atendimentos sistemáticos de médico (clínico e/ou psiquiátrico) e de psicologia, fazem uso de psicotrópicos, com internações e evasões frequentes, não se integram nas atividades de grupo da equipe e retornam aos CAPS AD para troca de receituário. (Figura 14).

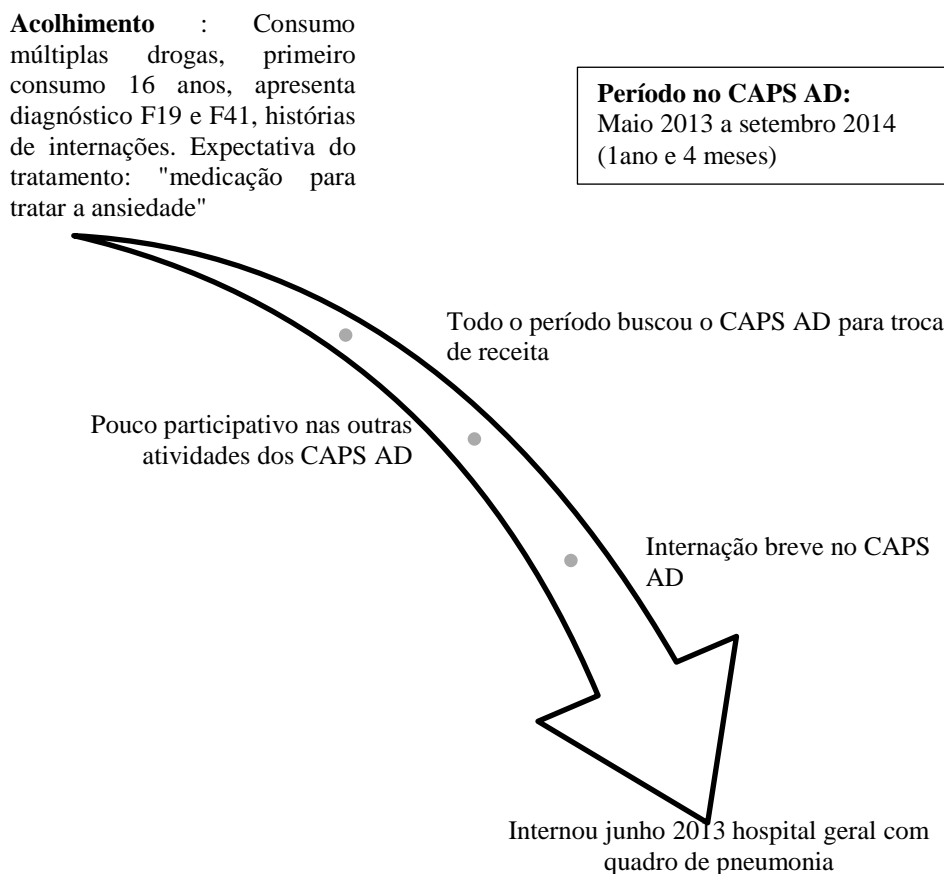


Figura 14. Caso ilustrativo do padrão 1 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD (CAPS AD DF 2/01).

Os usuários que utilizam esse itinerário possuem algum membro da família primária com história de consumo dependente de álcool e outras drogas, além de conflitos frequentes em relação a esse consumo. Além disso, eles possuem diagnóstico de comorbidade, com quadros de transtorno mental grave (ansiedade, depressão) ou problemas clínicos (epigastria, convulsão, hérnia inguinal, histórias de quedas e traumas), sendo comum a ideação suicida ou tentativas de suicídio. Ainda, esses usuários apresentam comportamento defensivo, de negação e, em alguns momentos, são reativos, não reconhecendo seu consumo de drogas como problema, tendo procurado o CAPS AD espontaneamente, mas influenciado por um membro da família ou por uma situação de vulnerabilidade social, ou mesmo por medo de perder o emprego.

Outro fato é que já recebeu tratamento em outros CAPS AD, ou mesmo já participou dos Alcoólicos Anônimos (AA), faz uso de medicação e, em alguns casos, anterior ao consumo de drogas.

No CAPS AD, o usuário teve uma participação voltada apenas para o acompanhamento médico e terapia medicamentosa, não se integrando nas atividades grupais e retornando ao serviço apenas para trocar receita prescrita pelo médico e o consumo de droga durante o tratamento, diminuindo a quantidade ou frequência, ou mesmo passando a consumir apenas um tipo de droga, sendo possível perceber uma melhora com o uso de psicotrópico de sintomas associados ao seu quadro psiquiátrico. A equipe possui baixo ou nenhum acesso ao usuário e, quando os profissionais realizam busca ativa, descobrem que o mesmo se encontra internado ou respondendo a medida judicial.

O Padrão 2, ilustrado na Figura 15 refere-se aos usuários que, após o acolhimento, passam a participar de atendimento individual e com os familiares, atendimento de grupo, possuem histórias de internações, mas, na medida do possível, são acompanhados pelos grupos terapêuticos.

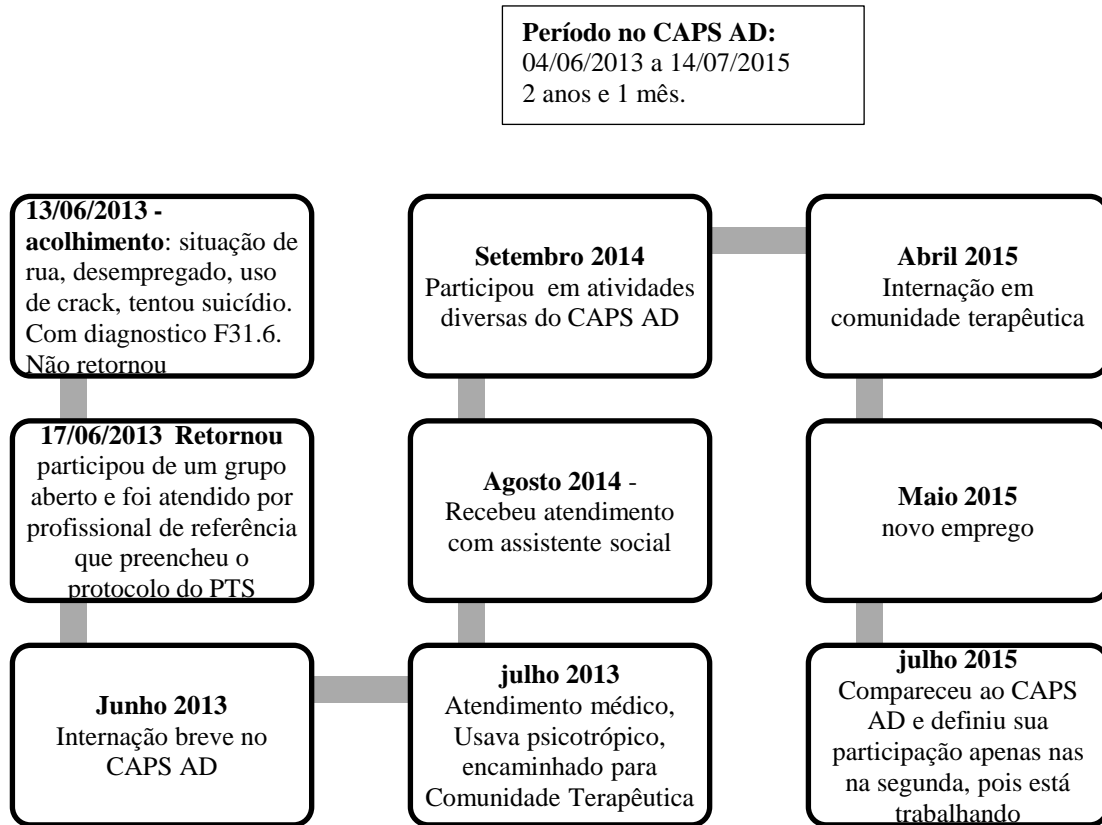


Figura 15. Caso ilustrativo do padrão 2 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD (CAPS AD SP 3)

Os itinerários com esse padrão apresentam usuários com quadros de vulnerabilidades sociais graves, como problemas com a justiça, em virtude de agressão, perda da guarda dos filhos e respondem a processos jurídicos ou mesmo estão em cumprimento de medida protetiva de semiliberdade.

De modo geral, chegaram ao CAPS AD encaminhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS), realizaram tratamento em outros CAPS AD, vivenciaram diversas internações, por períodos longos, tanto para tratamento da dependência química como para tratamento clínico grave em instituições públicas, particulares e comunidades terapêuticas. Além disso, alguns sofreram overdose recente, ideação e tentativas de suicídio.

Alguns dos usuários estão em situação de rua ou já estiveram, porém mantêm um padrão de redução no consumo, ou mesmo estão abstinentes, sendo alguns encaminhados ao CAPS AD pela justiça. Nos prontuários, observa-se uma utilização maior de protocolos com abordagem psicossocial, como genograma, ecomapa e o PTS.

Esses usuários participam das atividades disponibilizadas nos CAPS AD e são beneficiados, no caso do CAPS AD SP, de acompanhamento paralelo com o CAPS transtorno

e com atividades de economia solidária e grupos de inserção profissional. Alguns ainda mantêm vínculos de trabalho e familiar.

Sua participação no CAPS AD é irregular, realizando movimento de afastamento e aproximação com o serviço. Porém, quando retornam, são recolhidos e se inserem imediatamente nas atividades.

A Figura 16 mostra o itinerário padrão 3 (11,76 %), seguido por um caso ilustrativo desse perfil que refere-se à usuário que, após o acolhimento, passam a participar de forma sistemática nas atividades grupais, são acompanhados por profissionais de outras instituições, como trabalho e justiça, e conseguem manter-se em abstinência.

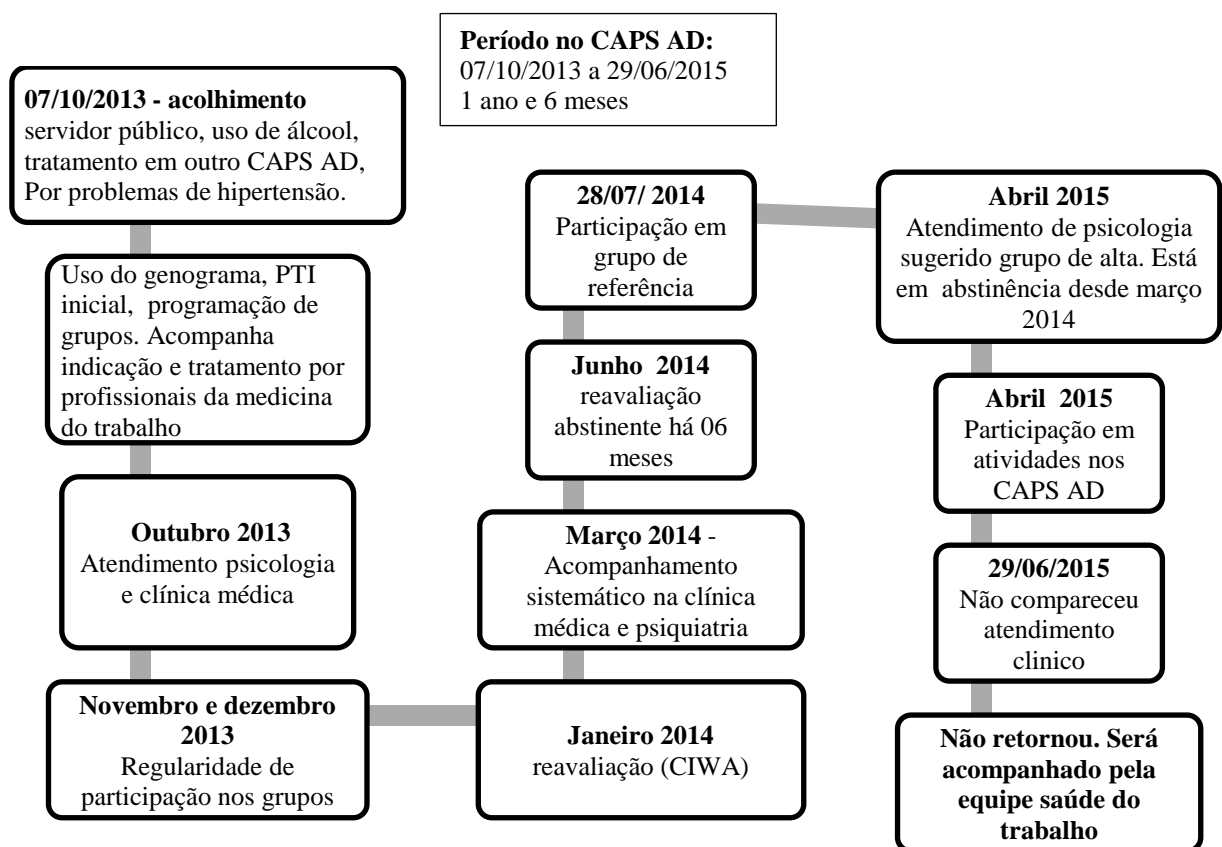


Figura 16. Caso ilustrativo do padrão 3 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD (CAPS AD DF 1/14).

Esse itinerário mostrou usuários com histórias de adoecimento grave, como infarto, angioplastia, problemas de memória, hipertensão, parestesia de membros, quadros demenciais e Alzheimer.

Também, esses usuários recebiam apoio familiar e estavam vinculados a uma equipe de algum outro serviço intersetorial, como equipe psicossocial da justiça, medicina do trabalho ou de empresa particular ou pública. Alguns possuem vínculo de emprego ou são servidores públicos e no momento da pesquisa, estão afastados do serviço com benefício do

INSS. Por esse motivo, seu tratamento no CAPS AD é acompanhado por outros profissionais e com relatórios sistemáticos da evolução no tratamento.

Além disso, os referidos usuários foram internados algumas vezes, participaram integralmente das atividades dos CAPS AD e reconheceram o investimento psicossocial como importante para seu tratamento. Eles declararam estarem abstinentes por períodos longos, sendo sua ausência no CAPS AD justificada por retorno ao trabalho.

É nesse padrão que se observaram altas clínicas dos CAPS AD, retorno ao trabalho, continuidade de tratamento com equipe de medicina do trabalho ou serviço particular.

A Figura 17 mostra o itinerário do usuário denominado padrão 4 com frequência de 37,6 % e que foi padrão comum do CAPS AD DF 1 e com predomínio de casos de evasão. Neste padrão refere-se aos usuários que, após o acolhimento, são orientados a realizar o tratamento no CAPS AD, porém não retornam, ilustrado a partir de um caso.

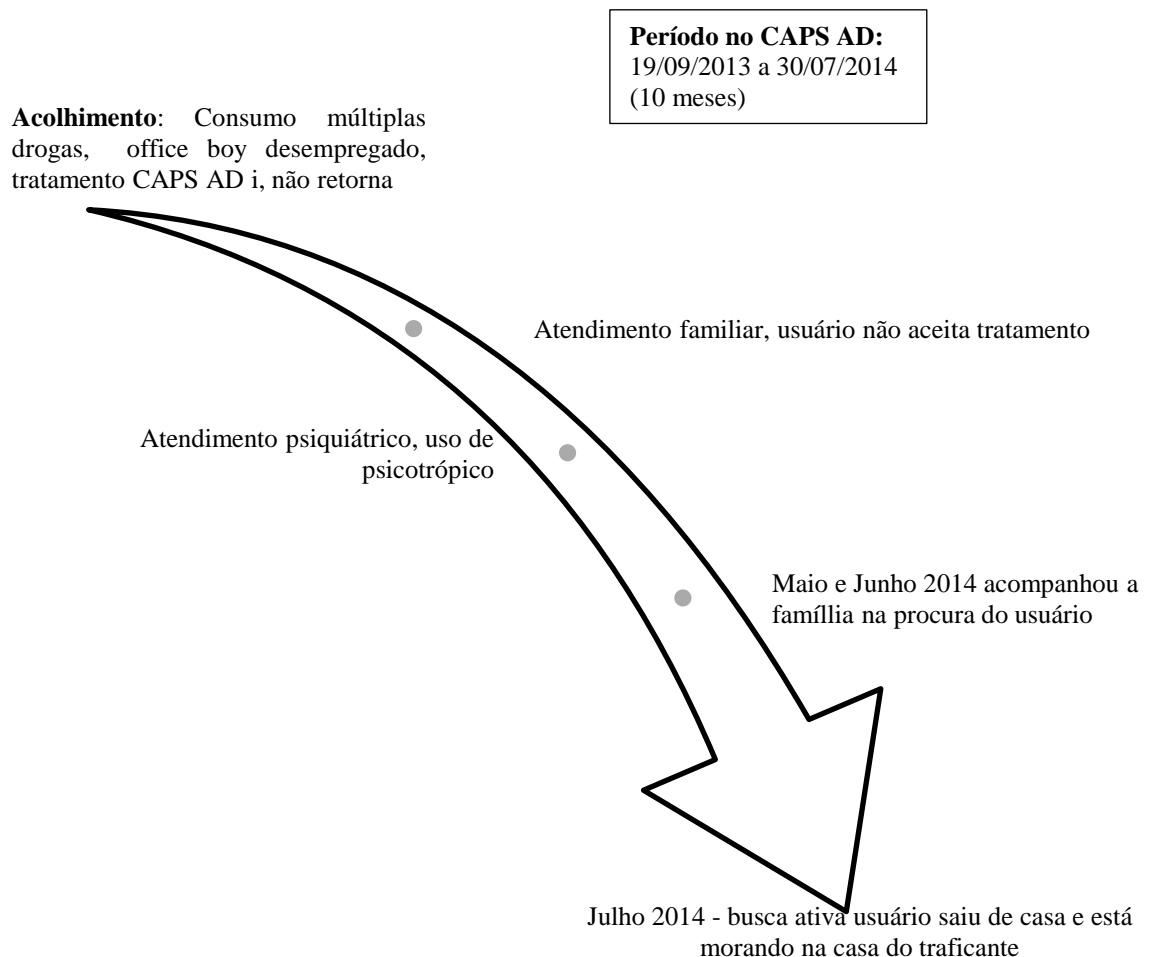


Figura 17. Caso ilustrativo do padrão 4 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD (CAPS AD SP 11).

Esse itinerário foi caracterizado por usuários que fazem tratamento desde a infância em virtude de quadros psiquiátricos ou mesmo de consumo de drogas. Com isso, eles possuem uma história de institucionalização com outro serviço da rede de saúde. Além disso, apresentam histórias repetidas de tentativa de suicídio e internações recorrentes que não surtem efeitos positivos, pois, ato contínuo à sua alta clínica, retornam ao consumo.

Alguns estão desempregados ou não possuem experiências de trabalho. Os membros da família apresentam história de consumo abusivo e dependência de drogas ou problemas psiquiátricos e também realizam tratamento no CAPS AD. Mas, alguns usuários declararam ainda o desejo de retomar os vínculos com membros da família.

Ainda, eles residiam em situação de rua ou em abrigo, albergues ou mesmo, de forma esporádica, aceitaram ficar na internação breve oferecida pelos CAPS AD. No acolhimento, demonstraram interesses por: artesanato, informática, música e televisão, ficar com o filho, filme, tocar violão, compor música, demonstrando boa interação com o profissional, porém não retornaram ao serviço e apresentaram recorrências de evasão do tratamento.

A Figura 18 mostra o itinerário do usuário, denominado padrão 5 com 1,17% e menor tempo do usuário no CAPS AD. Neste padrão refere-se ao usuário que, após o acolhimento, conclui-se pela necessidade encaminhá-los para outros serviços, como comunidade terapêutica, CAPS transtorno e hospital clínico, ilustrado a partir de um caso.

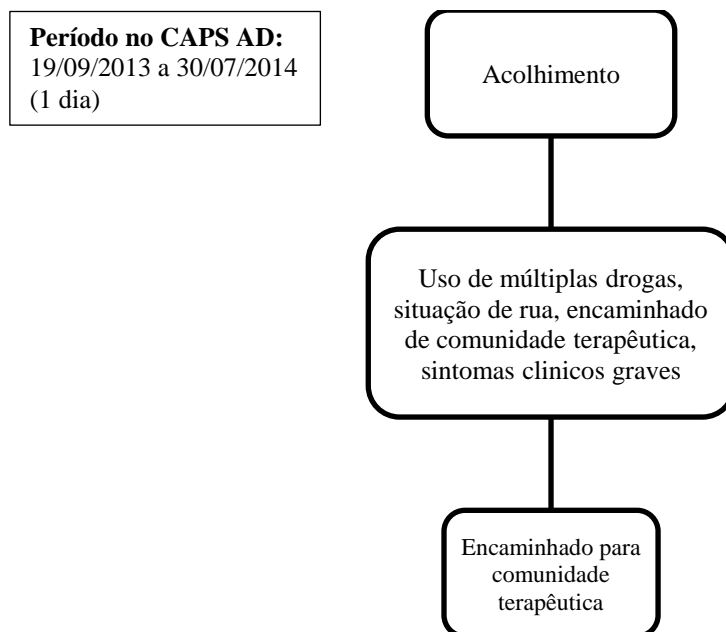


Figura 18. Caso ilustrativo do padrão 5 de itinerário de tratamento ocorrido no CAPS AD (CAPS AD DF 1/22).

Esse itinerário é percorrido por usuários em situação de consumo danoso, vulnerabilidades graves, sintomas agudos com danos físicos psíquicos e sociais no momento do acolhimento. Trata-se de usuários que apresentam quebra de vínculo familiar, estão em situação de rua e alguns com problemas graves na justiça.

No acolhimento, o profissional, após levantamento das demandas e verificação de sinais e sintomas graves, encaminha o usuário para a internação para melhora do quadro e sensibilização de continuidade de tratamento.

Fazendo uma relação de cada padrão dos itinerários das estratégias terapêuticas dos profissionais dos CAPS AD com diversos aspectos dos usuários no serviço, observam-se questões relevantes, conforme demonstra a Tabela 32.

Tabela 32

*Características dos usuários no serviço em relação aos padrões dos itinerários*

<b>Frequência de características dos usuários /padrão dos itinerários</b>	<b>Padrão 01</b>	<b>Padrão 02</b>	<b>Padrão 03</b>	<b>Padrão 04</b>	<b>Padrão 05</b>
Evasão do CAPS AD	09	15	-----	33	-----
Mantém o tratamento nos CAPS AD	04	09	09	03	01
Óbito	-----	01	-----	-----	-----
Preso	-----	-----	01	-----	-----
Teve acolhimentos recorrentes no CAPS AD	06	11	04	08	-----
Internado em comunidade terapêutica	02	-----	-----	01	-----
Internado em outras instituições	02	01	-----	-----	-----
Reavaliação do PTS	-----	01	02	-----	-----
Recaída	-----	01	-----	01	-----
Solicitação de relatórios	-----	01	-----	-----	-----
Reavaliação por profissional da equipe	-----	-----	01	-----	-----
Redução no consumo de drogas	-----	-----	02	-----	-----
Abstinência	-----	-----	02	-----	-----
Busca ativa	-----	01	03	-----	-----

Nos prontuários da amostra estudada, observaram-se relatos de apenas duas altas clínicas: uma por retorno ao trabalho e outra por óbito do usuário. A adesão ao tratamento é uma questão complexa e problemática nos CAPS AD selecionados para este estudo, pois, nos padrões dos itinerários apresentados da amostra de 85 usuários, no momento do estudo, 57 (67%) usuários não retornaram ao tratamento e apenas 25 (29%) ainda permaneciam no serviço. Além disso, havia dois usuários que estavam afastados do serviço por motivos de prisão e evasão.

Independentemente da variabilidade de itinerários terapêuticos, os resultados foram pouco expressivos quanto à diminuição de danos ocasionados aos usuários pelo consumo



abusivo de drogas e no que tange à inserção social. A situação mais frequente é de que retornaram ao consumo, foram recolhidos e se evadiram do serviço.

Este estudo descreveu os itinerários dos usuários no que se refere às estratégias terapêuticas de tratamento oferecidos pelos CAPS AD, permitindo conhecer o perfil dos mesmos, suas demandas para o tratamento desenvolvidas, bem como observar padrões dos itinerários, discutindo-os a partir dos princípios do modelo psicossocial, estabelecidos pelas diretrizes das Políticas de Saúde Mental e Política Nacional sobre Drogas.

#### **4. Considerações finais**

Os CAPS AD são serviços substitutivos criados com diretrizes para o seu pleno funcionamento, os quais desenvolvem práticas e estratégias terapêuticas que procuram viabilizar a diminuição/remissão de danos ocasionados pelo consumo abusivo de drogas, com enfoque humanizado, entendendo os múltiplos fatores que se associam a esse consumo. O cotidiano do tratamento nos CAPS AD deve promover o aumento de fatores de proteção e diminuição de fatores de risco, conforme instituído pelos parâmetros das políticas públicas (SENAD, 2010; MS, 2004).

Neste estudo, foi possível conhecer os padrões de itinerários seguidos pelos usuários a partir das estratégias de tratamento disponibilizado pelos profissionais. Além disso, possibilitou compreender os perfis apresentados que resultam na criação desses itinerários e observar distâncias significativas entre as características sociodemográficas dos usuários, suas demandas reais que o trazem ao acolhimento e as práticas e estratégias disponibilizadas pelos CAPS AD do estudo. Os avanços oriundos da superação do modelo manicomial, pela reforma psiquiátrica, pela criação de serviços substitutivos e pelo desenho inovador de um modelo de cuidado em saúde mental para o uso problemático das drogas ainda estão em processo de consolidação no cotidiano dos serviços, e se constituem grandes desafios a serem superados com vistas à qualidade do serviço, segurança do usuário e efetivação da política constituída após esse processo.

Assim surge a questão: como atuar no modelo psicossocial constituído pelos parâmetros das diretrizes dos documentos governamentais (MS, 2004 & SENAD, 2005), que sugere ações terapêuticas que estimulem recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, com foco na redução de danos e inserção social, se os CAPS AD, no seu cotidiano, confrontam-se diariamente com um universo amplo e complexo, gerador de danos

graves biológicos, psíquicos e sociais, e para efetividade das práticas adotadas por esses serviços.

As práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas nos CAPS AD do estudo mostraram-se pouco sistematizadas e com predomínio de atendimento individual e que não tem resultados satisfatórios. Essa realidade pode estar relacionada a dificuldade dos profissionais dos CAPS AD de estruturar estratégias terapêuticas grupais, visto a complexidade da dependência química e os danos biológicos e sociais que acomete o usuário atendido nesses serviços.

Os resultados desta pesquisa mostraram que as práticas e estratégias terapêuticas adotadas pelos CAPS AD são variadas e baseadas no modelo psicossocial, incluindo atividades em grupo, atendimento individual, atendimento clínico médico, psiquiátrico e psicológico. Porém, as mais usadas são as tradicionais, baseados em análises de signos psicopatológicos e em terapia medicamentosa, visando a remissão de sintomas.

Os resultados mostraram ainda que os usuários apresentaram intercorrências durante o tratamento. As recaídas frequentes, o quadro de comorbidades, os problemas jurídicos, a perda da guarda dos filhos e o envolvimento com tráfico de drogas e ações ilícitas são fatores que interferem na adesão do usuário ao tratamento e são, em parte, responsáveis pela evasão do tratamento oferecido pelos CAPS AD. Essas intercorrências são inerentes ao processo e são desafios a serem enfrentados pelos profissionais que os impelem a rever o PTS e buscar apoio de rede intersetorial para diversificar as opções de tratamento. Pelos resultados desse estudo, os CAPS AD parece atuar como serviços mediadores centrais do cuidado, porém, de certa forma, passivos da rede intersetorial de oportunidades, de intervenções que aguardam iniciativas mais próximas do usuário.

As parcerias dos CAPS AD, em especial os sediados no Distrito Federal, com a rede são incipientes. Não existem esforços conjuntos dos CAPS e demais atores da rede para, intencionalmente, ofertar recursos e cuidados integrais ao usuário.

Os resultados de evolução dos prontuários confirmaram o predomínio de intervenções terapêuticas internas e poucas iniciativas de atividades externas com os usuários; o que ampliaria as opções de tratamento e inserção social as quais aproximariam os tratamentos oferecidos pelos CAPS AD do modelo psicossocial.

A análise dos prontuários mostrou fragilidade nos registros, alguns dos quais também relatados pelo CREMESP (2010). Observou-se, nos CAPS AD do estudo, que ainda há uma subvalorização do registro sobre o usuário e a evolução do seu tratamento no serviço. À exceção dos usuários encaminhados pela justiça para tratamento nesses serviços para

cumprimento de pena, os prontuários se apresentaram incompletos ou em branco, sem assinatura do usuário, sem uma ordem cronológica à análise da evolução do tratamento. O PTS e as práticas psicossociais ainda são inexpressivos nos prontuários. O modelo biomédico parece não ter sido superado nos CAPS AD estudados, em especial nos CAPS AD DF, onde as atividades em grupo e extracaps não são fortemente adotadas no tratamento oferecido aos usuários em consumo nocivo de drogas. Há necessidade de estimular as equipes dos CAPS AD a buscarem soluções para viabilizar a adoção do modelo psicossocial.

Com relação aos padrões prevalentes encontrados dos itinerários de tratamento em cada CAPS AD do estudo, são eles: (1) usuários que, após o acolhimento, recebem atendimentos sistemáticos de médico (clínico e/ou psiquiátrico) e de psicologia, fazem uso de psicotrópicos, não se integram nas atividades de grupo da equipe, com internações e evasões frequentes e retornam aos CAPS AD para troca de receituário no CAPS AD DF 01; (2) usuários que, após o acolhimento, passam a participar de atendimento individual e com os familiares, atendimento de grupo, possuem histórias de internações, mas, na medida do possível, são acompanhados pelos grupos terapêuticos no CAPS AD SP; e (3) usuários que, após o acolhimento, são orientados a realizar o tratamento no CAPS AD, porém não retornam, sendo importante ressaltar que o fato se deu no CAPS AD DF 2. Apesar de distintos, esses padrões mostraram resultados desfavoráveis, baseados em intervenções tradicionais, embasados principalmente no modelo biomédico. O tratamento oferecido pelos CAPS AD não tem sido eficaz, marcado por recaídas constantes, evasões e reacolhimentos, criando um ciclo vicioso.

Os itinerários percorridos pelos usuários nos serviços, a partir das práticas e estratégias terapêuticas disponibilizadas pelos profissionais, parecem ter sido construídos prioritariamente para reduzir sinais e sintomas clínicos e psicopatológicos e para reduzir padrão de consumo de drogas. Os resultados mostraram que o levantamento das expectativas, demandas de tratamento e habilidades dos usuários no acolhimento não foram incorporados aos PTS dos usuários, tampouco embasaram a escolhas ou a indicação de intervenções em grupos terapêuticos e outras atividades extracaps, necessárias à inserção social e ao cuidado integral, singular e voltado ao perfil específico dos usuários, como preconiza o modelo psicossocial.

O elevado índice de evasão de tratamento nos três CAPS AD, levantados na amostra do estudo foram de 57 usuários (67%). É um problema que precisa ser enfrentado e resolvido. A baixa adesão ao tratamento parece ser resultante da falta PTS como estratégia terapêutica, que leve em conta as características psicossociais de cada usuário.

Observou-se, pelos resultados, que a evasão de usuários é motivada por problemas ligados à realidade dos usuários, como comorbidades, com quadros psicóticos, ansiosos e comportamentais, os quais dificultam o uso de estratégias em grupo e de inserção social. Há também fatores sociais típicos de grupos vulneráveis, como as pessoas em uso problemático de drogas, que enfrentam frequentemente problemas com a justiça por furtos, violência doméstica, tráfico de drogas e outros crimes. Além de situações de vulnerabilidades sociais como pobreza, falta de acesso a bens essenciais como moradia, emprego, alimentação, saúde e educação. Esses aspectos dificulta a adesão no serviço, a progressão ao tratamento e são intrínsecos a vontade dos profissionais dos CAPS AD.

As estratégias terapêuticas oferecidas pelos CAPS AD aos usuários podem ser, também, fator de evasão, nas quais não levam em conta as demandas intrínsecas e extrínsecas dos usuários, habilidades específicas dos usuários. Assim, há necessidade de que os CAPS AD aproximem o tratamento das demandas reais e habilidades dos usuários, a partir de ações em conjunto com outros serviços de rede e com ações que estimulem a expressão dessas habilidades, o que aumentaria as chances de inserção social e melhor qualidade dos serviços.

Entretanto, esse processo ainda é um desafio a ser construído, pois, com esse cenário apresentado, são levantadas algumas reflexões: (1) como acionar a rede intersetorial para prestar atendimento e cuidado integral aos usuários, de acordo com características sociodemográficas e demandas em saúde? (2) como adotar o modelo psicossocial para lidar com o usuário em consumo abusivo de drogas e que apresenta patologias clínicas ou psiquiátricas? (3) como oferecer o tratamento dentro dessa complexidade de fatores associados ao consumo, como questões de ideação e tentativas de suicídio? (4) como desenvolver práticas de empoderamento do usuário, por meio do estímulo de suas habilidades a partir de ações conjuntas com a rede intersetorial? (5) como trabalhar com usuários que possuem envolvimento com o tráfico de drogas, reduzindo os riscos de evasão do tratamento e aumentando as chances de inserção social deste tipo de usuários? e (6) o que fazer para desenvolver itinerários que reduzam fatores de risco e promovam fatores de proteção, como regulamentado para o modelo de cuidado nos parâmetros das políticas públicas? (SENAD, 2010; OPAS & OMS, 2011).

Essas questões ainda estão em aberto visto que há dificuldades associadas à adoção do modelo psicossocial de redução de danos e de inserção social do usuário com problemas no consumo de drogas.

O modelo psicossocial de cuidado para ser adotado depende de diversas providências, entre as quais: (1) a inclusão de programas paralelos ao tratamento no CAPS AD, como o de

prevenção a crise suicida; (2) a consolidação da RAPS, com a instituição de todos os seus serviços e o cumprimento do seu papel como gerenciador do tratamento; (3) a integração de ações entre os CAPS AD e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como regulamentado pela Portaria 130; (4) o fortalecimento do diálogo interserviços CAPS AD que possibilite a divulgação de práticas e estratégias terapêuticas com bons resultados, para que, ao longo do tempo, as equipes, nesses serviços, acessem um maior leque de possibilidades de tratamento e cuidado para os usuários; e (5) maiores investimentos em treinamento dos profissionais, tanto da educação continuada como da permanente em serviço, de modo ao desenvolvimento de competências necessárias à adoção do modelo psicossocial de cuidado, que leve em conta demandas e contextos dos usuários.

A capacitação dos profissionais dos CAPS AD deveria enfocar também mudanças de atitude em relação a importância dos registros nos prontuários e desenvolvimento de evidências que comprovem a eficácia das intervenções que possibilitem a identificação e superação de falhas na oferta de serviços e cuidado aos usuários.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados, pois espelham a validade de três CAPS AD, os quais podem não ser representativos desses serviços no Brasil. Entretanto, são relevantes, na medida em que descrevem o perfil atual desses três serviços, indicando fragilidades e que precisam ser superados. Além disso, a pesquisa nos prontuários mostrou-se como fator restritivo, pois, como fonte de informações possivelmente não contém todos os fatos relevantes, uma vez que os registros são incompletos, deixando de se referir a informações sobre a evolução de tratamento e a participação em atividades em grupos e extracaps.

Com base no perfil e itinerários terapêuticos dos usuários constantes nos CAPS AD e apresentados nos resultados, sugere-se, para pesquisas futuras, que seja dada maior atenção à melhoria da descrição dos itinerários terapêuticos percorrido pelos usuários em práticas e estratégias terapêuticas, o que possibilitaria a construção de um modelo de evidência de base científica para aprimorar o cuidado e os serviços oferecidos pelos CAPS AD e pela rede aos usuários em tratamento do consumo abusivo e dependente de drogas.

O Artigo 5 a seguir descreverá, por meio da pesquisa empírica em três CAPS AD do estudo, a percepção sobre a rotina, práticas e estratégias terapêuticas e demandas de aprendizagem dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

# ARTIGO 5



## **Percepção sobre a rotina, práticas e estratégias terapêuticas e demandas de aprendizagem dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).**

### **Resumo**

O modelo psicossocial de cuidado para a problemática das drogas é regulamentado pela Política de Saúde Mental e pela Política Nacional sobre Droga, com abordagem humanizada, no território, com inserção social das pessoas atendidas. Entre os serviços que desenvolve esse modelo estão os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), com profissionais que deveriam promover ações terapêuticas para a diminuição dos danos consequente do consumo nocivo de drogas e qualidade de vida dos usuários. O objetivo desse estudo foi descrever a percepção dos profissionais desses serviços sobre as práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas, seus contextos nos CAPS AD e suas demandas de aprendizagens que desenvolva esse modelo de cuidado, relacionado com as diretrizes da política. Utilizou-se o método qualitativo descritivo exploratório, feito em quatro etapas, com profissionais em três CAPS AD. Os dados coletados foram com entrevista e grupo focal, gravadas, transcritas e tratadas com análise de conteúdo. Os profissionais descreveram práticas mais usadas, que necessitam ser aprimoradas e que são desejáveis no cotidiano dos serviços. Além disso, problemas de infraestrutura e suporte institucional à aplicação do modelo psicossocial foram citados como um processo que precisa ser melhorada para a qualidade do serviço, na adesão dos usuários e no sofrimento dos profissionais. Além disso, descreveram sobre a formação, capacitação e educação permanente como necessárias para atuações bem-sucedidas. Conclui-se nesse estudo a necessidade de estudos sistemáticos, das práticas para uma ciência de evidências, e do modelo de aprendizagens que delinear as reais necessidades e competências inovadoras do modelo psicossocial.

**Palavras-chave:** centro de atenção psicossocial (CAPS); prática clínica, intervenção psicossocial, formação de profissionais de saúde, rede social.

### **1. Introdução**

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) surgiram para substituir o modelo de tratamento do hospital psiquiátrico. Esses serviços foram instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como referência especializada para o cuidado em saúde mental nas questões de drogas, baseado no modelo psicossocial, que preconiza um cotidiano de práticas humanizadas, desenvolvidas pelos profissionais no território, visando à inserção social das pessoas atendidas.

A implantação deste serviço e as transformações ocorridas na forma de produzir o cuidado em saúde mental exigiram mudanças no perfil de qualificação dos profissionais que atuam em CAPS AD e um aumento nos investimentos em capacitação e aprendizagem contínua buscando o desenvolvimento de competências para adoção de novas práticas terapêuticas.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentado pelas Portarias 336 (2002) e 189 (2002), é um serviço substitutivo, que funciona como regulador da porta de entrada da rede intersetorial de saúde mental, considerado como coração e a alma da reforma psiquiátrica (Ministério da Saúde [MS], 2011).

Na Política Nacional sobre Drogas, as práticas dos CAPS AD devem seguir as diretrizes do modelo de cuidado, ou seja, devem ser realizadas na comunidade por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) contextualizado, com base em critérios clínicos (desintoxicação, abstinência, comorbidade psiquiátricas e clínicas) e psicossociais (manejo de conflito, inserção pelo trabalho, vocacional e jurídico). Devendo ser desenvolvido por meio de atendimento individual (consulta em geral, psicoterapia, orientação, outros), medicação assistida e dispensada, atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, oficinas terapêuticas), visitas e atendimentos domiciliares e atendimento de grupo familiar; com plantões diários de acolhimento, com equipe interdisciplinar; e buscando a recuperação e o tratamento, a redução de danos, a reinserção social e ocupacional (MS, 2004, 2005, 2012; Secretaria Nacional sobre Drogas [SENAD], 2010).

A rotina dos CAPS AD é descrita em diversos estudos nacionais. Silva (2010) observou que, mesmo após a adoção do modelo psicossocial, as antigas práticas coexistiam com as novas e os profissionais relataram dificuldade de estabelecer interações com a rede intersetorial como prática de cuidado aos usuários, o que sugere necessidade de capacitação dos profissionais, visando à reorientação práticas terapêuticas.

Leal (2007) também afirma que, nos CAPS, a clínica da atenção psicossocial continua fortemente amparada em ferramentas fundamentadas na psicopatologia e em práticas assistencialistas, com foco disciplinador. Essa situação, segundo a autora, talvez se deva à formação profissional nos cursos de saúde, nos quais os currículos ainda são baseados em disciplinas fragmentadas, de acordo com o paradigma tradicional.

Juca, Lima & Nunes (2008) afirmam que o modelo de cuidado, por um lado, exige a utilização de práticas complexas, que incluem análise de contextos e a busca de inúmeras interações e recursos fundamentais ao cuidado, por outro, as diretrizes governamentais não são claras e carecem de sistematização.

Na análise dos estudos nacionais sobre práticas terapêuticas nos CAPS AD observou-se que há relativamente poucos estudos que descrevam o cotidiano dos profissionais em suas interações clínicas com os usuários. De um modo geral, os artigos analisados e discutidos mais adiante, adotaram como referencial teórico a “cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato” do autor Merhy (1997, 2002, 2005, 2007) para explicar a necessidade de



reestruturação produtiva do setor saúde, melhorando práticas no cotidiano do serviço, buscando novas conformações dos atos de saúde, descentralização do trabalho e novas reflexões sobre gestão do trabalho e tecnologias de cuidado em saúde.

Entre os estudos empíricos sobre práticas em saúde, não foram encontradas pesquisas sobre efeitos objetivos das intervenções terapêuticas sobre indicadores de saúde e de inserção social do usuário, tampouco sobre níveis de adesão ao tratamento. Além disso, alguns artigos relatam pesquisas de opinião de usuários sobre atividades terapêuticas isoladas, o que impossibilita a avaliação do nível de implementação do modelo psicossocial nos CAPS. Nenhum artigo apresentou delineamento de pesquisa que possibilitasse a descrição dos processos terapêuticos ou a identificação de indícios de eficácia dessas intervenções sobre a saúde e a inserção social do usuário. Não foram localizados estudos sobre gestão dos CAPs.

Além da carência de estudos sobre os CAPs AD e das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde na adoção de práticas terapêuticas fundamentadas no modelo psicossocial, há problemas nos currículos dos cursos da área de saúde e na implementação da política de educação permanente em saúde. (Ceccim, R & Feuerwerker, L, 2004; Lima, 2005; Batista, Batista, SH, Goldenberg, Seiffert & Sonzogni, 2005).

A melhoria dos serviços dos CAPS AD, segundo diversos autores, depende fortemente da qualidade da formação e da educação continuada e permanente dos profissionais. Fonseca, Leite, Melo, Silva, Lima e Scochi (2011) sugerem a inclusão de disciplinas e atividades educacionais nos cursos da área de saúde, de modo a desenvolver habilidades sociais e de trabalho em equipe, competências essas consideradas fundamentais para a adoção do modelo psicossocial. Guimarães, Carneiro e Garcia Filho (2011) afirmam que a formação de profissionais de saúde deveria servir de base para o enfrentamento de desafios impostos pelo trabalho colaborativo em equipes multi e transprofissionais e pela gestão da rotina de trabalho e Garcia et al. (2006) preconizam investimento em capacitação e educação permanente dos profissionais.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) há necessidade de adotar estratégias educacionais que estimulem os profissionais a trabalharem em sintonia com a proposta de cuidado, como no caso do modelo psicossocial instituído pela Política Nacional sobre Drogas, em benefício da qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

A partir de 2009, com a preocupação dos organismos internacionais e nacionais com o avanço das drogas, houve um incentivo à formação de profissionais de saúde nessa área. Em 2010, o Governo Federal estabeleceu como prioridade o enfrentamento, a prevenção ao uso de drogas e a formação permanente dos profissionais no modelo de cuidado preconizado,

visando à melhoria da assistência aos usuários nos CAPS AD. Para viabilizar essas ações, o Governo alocou 410 milhões de Reais nos serviços intersetoriais pelo Decreto 7.179 (2010).

Outro investimento governamental ocorreu por meio da Portaria 130 (2012) que redefiniu a rede de atenção dos CAPS AD e alocou 30% do valor total do montante destinado aos CAPS AD para a educação permanente em serviço. (MS, 2004, 2007, 2011).

Mas, foi o Plano Crack, é possível vencer (SENAD, 2011) que fez os mais amplos investimentos em qualificação dos profissionais da rede intersetorial, visando integrar as práticas prevenção do uso, cuidado do usuário e enfrentamento ao tráfico de drogas. O plano foi operacionalizado em três eixos estruturantes: (1) a prevenção, com enfoque na formação dos profissionais; (2) o cuidado, com a ampliação e a capacitação da Rede de Atenção Psicossocial; e (3) a autoridade, com ações de redução da oferta de drogas ao usuário.

Os grandes investimentos feitos pelo Governo Federal para adequar os serviços públicos às transformações no cuidado ao usuário de drogas exigidas pelos organismos internacionais demandam estudos que descrevam o cotidiano, as práticas terapêuticas e as variáveis de contexto que interferem na adoção do modelo psicossocial. Este estudo é parte desse esforço de análise e reflexão sobre os CAPS AD.

## **2. Referencial teórico**

O modelo de saúde mental voltado às questões do uso abusivo e dependente de droga, instituído pela política atual, tem como base a redução de fatores de vulnerabilidade e risco e fortalecimento dos fatores de proteção: integração e reintegração social do usuário, família e comunidade. Esse modelo, considerado inovador em saúde mental, enseja mudanças na gestão do trabalho e nas práticas terapêuticas, visando sua aplicação e efetividade.

No caso do CAPS AD, a gestão do trabalho, baseada no modelo psicossocial, propõe que o tratamento do usuário seja concebido pelos profissionais de saúde, a partir da análise e da compreensão de múltiplos fatores (biológicos, contextuais e de exposição à droga) associados ao uso abusivo de droga. Essa clínica tem como foco a reabilitação/reinserção social segundo o contexto do usuário, possibilitando a redução de danos e a promoção da saúde.

Segundo o MS (2004), os CAPS são tipos distintos de serviço, de acordo com sua caracterização, tamanho do equipamento, estrutura física, diversidades profissionais, atividades terapêuticas e à especificidade da demanda. Podendo ser: (1) CAPS I e CAPS II, atendimento diário de adultos com transtornos mentais; (2) CAPS III para atendimento com

internação breve; (3) CAPS i para infância e adolescência; (4) CAPS AD para usuários de álcool e drogas.

O CAPS AD III atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados contínuos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, é um serviço que deve funcionar 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, com uma média de 12 leitos para observação e monitoramento e que é indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. A parceria intersetorial ocorre pelas RAPS como um dispositivo de atenção especializada em um processo de cogestão dos serviços, com acompanhamento longitudinal, garantindo práticas prioritariamente aplicadas em espaços coletivos, com envolvimento da equipe, do usuário e sua família (MS, 2004, 2011, 2012).

Além disso, apresentam como objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e psicossocial com práticas terapêuticas de inserção social dos usuários com problemas no consumo de drogas, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. As práticas deste serviço são: atendimentos individuais e em grupos; atividades comunitárias, com os familiares; reuniões de equipe e assembleias para organização do serviço e desenvolvimento da cidadania; e tratamento medicamentoso. Além disso, o cuidado do profissional deve estar pautado no vínculo com o usuário, no acolhimento e na organização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual devem estar incluídos os diversos aspectos da vida da pessoa, as metas e as ações para o tratamento do usuário (MS, 2004).

Pela legislação o CAPS AD é um serviço de gestão aberta, de base comunitária, que deve desenvolver tratamento longitudinal, com ações terapêuticas de acordo com as necessidades do usuário em parceria intersetorial. Para isso, os serviços devem organizar-se em etapas, como: triagem, avaliação e diagnóstico, plano terapêutico de tratamento e reavaliação. Além disso, a equipe deve organizar-se de modo a que cada usuário tenha um profissional como técnico de referência.

Diretrizes nacionais e internacionais consideram nove princípios que devem pautar o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Entre elas, estão: (1) a disponibilidade e o acesso ao tratamento da dependência de droga; (2) a triagem, a avaliação e o diagnóstico; (3) a divulgação de informações sobre o tratamento; (4) o tratamento da dependência de drogas, baseado no respeito aos direitos humanos e à dignidade do paciente; (5) a oferta de condições específicas de atendimento para subgrupos especiais; (6) a

oportunidade de tratamento de usuários de droga inseridos no sistema jurídico criminal; (7) o envolvimento comunitário no tratamento e na orientação ao paciente; (8) a gestão clínica dos serviços de dependência de droga; (9) e sistemas de tratamento com diversos equipamentos e recursos. Além desses princípios, as diretrizes recomendam que o cuidado contemple o indivíduo, a substância usada e o contexto do uso, e que as rotinas sejam interdisciplinares e multiprofissionais, abranjam o território e busquem a inserção social do usuário (MS, 2004; United Nation Office on Drugs [UNODC] e World Health Organization [WHO], 2008).

Essas diretrizes preconizam a criação de uma aliança terapêutica entre profissional e o usuário para garantir a adesão ao tratamento, de modo que a intervenção não se baseie apenas nos sintomas da adicção, mas seja construído a partir de boas práticas, que incluem a compreensão multifatorial da problemática e a intervenção conjunta, farmacológica e psicossocial e estratégias terapêuticas comprovadamente efetivas. Para a legislação, as práticas desenvolvidas nos CAPS AD devem ser registradas sistematicamente para a produção de evidências científicas sobre a efetividade das terapias que subsidiem o aperfeiçoamento da Política Nacional sobre Drogas e a melhoria dos serviços.

De acordo com as políticas, boas práticas e estratégias terapêuticas são: a psicoterapia (pelo método cognitivo comportamental); a entrevista motivacional; o gerenciamento de caso; grupos de autoajuda; atividades socioculturais, vocacionais, de emprego; orientação jurídica; e suporte social com ações compartilhadas com outros serviços e políticas (intersetorialidade). Porém, é importante destacar que nesses documentos governamentais e internacionais não há evidências científicas da efetividade dessas estratégias. Em função dessa lacuna, são necessários estudos avaliativos das práticas terapêuticas utilizadas no cotidiano CAPS AD, unidades responsáveis pela implantação do modelo psicossocial do sistema de saúde.

Em um dos estudos (Erddmann, Andrade, Mello & Meirelles, 2006), o conceito de 'boas práticas' é descrito como práticas crítico-reflexivas, autoavaliadas pelo usuário do serviço, com a tomada de decisão horizontalizada, não hierarquizada sobre o tratamento, operacionalizada sob a forma do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e gerenciada pelo técnico de referência.

Para o MS (2012) o CAPS AD é um serviço de base comunitária, como porta de entrada do serviço de saúde mental e com funcionamento territorial por meio de práticas clínicas de reabilitação psicossocial. Enquanto que para a SENAD (2010) o CAPS AD é um Serviço de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social, ocupacional e integração da rede nacional de serviços, em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Portanto, existe uma distinção quanto à finalidade desse serviço. Para o Ministério

da Saúde o CAPS AD é um serviço central, porta de entrada do cuidado especializado e para a SENAD é parte integrante da rede intersetorial que se articula para o desenvolvimento do cuidado. O modelo adotado nesses serviços pressupõe ações extramuros em busca da rede de suporte necessária ao cuidado.

Para alguns autores (Amarante & Torres, 2001; Merhy & Feuerwerker, 2008) os CAPS AD são serviços substitutivos que promovem práticas flexíveis, visam outros tipos de objetos e formas de cuidar e operam em outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias, distintas das tradicionais.

As práticas terapêuticas adotadas pelos CAPS AD são definidas como quaisquer ações de cuidado, desenvolvidas por profissionais de saúde em suas interações com o usuário de drogas, família, comunidade, rede intersetorial e equipe técnica, visando à prestação do trabalho em saúde mental, baseadas em princípios da ciência e nas diretrizes das políticas anteriormente mencionadas. Elas podem ser classificadas de acordo com o tipo de uso, como: tecnologias, leves, leve-duras e duras. As duras referem-se aos equipamentos, normas e estrutura organizacional; as leve-duras, às áreas de conhecimento, como a Epidemiologia e a Psiquiatria; e as leves, ao espaço relacional trabalhador-usuário, implicadas na produção das relações por meio de falas e escutas, acolhimento e vínculo, autonomização e gestão (Merhy, 1997, 2002, 2005; Campos & Merhy, 1994; Erdmann, 2006; Juca, Lima & Nunes, 2008). São consideradas tecnologias leves a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), as atividades dos técnicos de referências na abordagem ao usuário, a discussão coletiva de casos clínicos, a participação de usuários em grupos terapêuticos ocupacionais e de inserção no mercado de trabalho, o desenvolvimento de linhas de cuidado, a interação com a rede intersetorial de cuidado, atividades de matriciamento e monitoramento das internações hospitalares. Estas práticas são realizadas pelos profissionais da saúde que atuam nos CAPS AD em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Nos documentos governamentais as práticas em saúde são também denominadas pelo MS (2012) como tecnologias de baixa exigência que objetivam a adequação dos serviços às necessidades dos usuários e incluem atividades administrativas como acomodação de horários, acolhimento e dispensação de insumos de proteção à saúde.

Esses documentos governamentais reforçam a necessidade de educação continuada e permanente dos profissionais de saúde e incentivo à carreira, por meio de: supervisão clínica, treinamento, cursos rápidos, ou outros formatos de educação (à distância ou pós-graduação); supervisões para o cuidado do cuidador; discussão, reuniões semanais de estudo de caso e de

construção coletiva do desenho de cuidado do usuário no serviço; qualificação para intervenção junto a grupos específicos.

Neste cenário de mudanças da gestão do trabalho e da intervenção clínica, novas competências passaram a compor o perfil esperado aos profissionais dos CAPS AD, entre as quais estão: (1) a competência técnica especializada no entendimento das questões da droga, da complexidade e do contexto que permeiam essa temática, manuseio de protocolos, e busca de evidências científicas sobre a efetividade das práticas terapêuticas; (2) a de articulador das habilidades de criar, observar, escutar, estar atento à complexidade do usuário; (3) a de agenciador político, na busca de interações com a rede intersetorial; (4) a de acolhimento não estigmatizante e de escuta qualificada das necessidades do usuário; (5) a de agente articulador dos atores, serviços intersetoriais e comunidade; (6) a de agente mediador das relações entre usuário, família e comunidade para inserção social; (7) e a de educador para aplicação de práticas e tecnologias de promoção de saúde.

Nos últimos anos, várias políticas e estratégias foram adotadas para formar e qualificar profissionais de saúde com o perfil compatível com o modelo de atenção ao usuário de drogas preconizado pelas diretrizes nacionais e internacionais, entre as quais estão: (1) os editais de incentivo à formação em cenários de prática, como o PET-Saúde Mental, em que os estudantes são estimulados a participarem de atividades educativas nos serviços de saúde (Portaria nº 06 de 17/09/2010; Brasil, 2011); (2) os editais do Pró-Ensino em Saúde que estimularam a melhoria dos cursos graduação e a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (Brasil, 2007, 2011); (3) os editais que apoiaram a formação de mestres e doutores em ensino na saúde sob a ótica dos princípios do Sistema Único de Saúde (Edital CAPES nº 024/2010); (4) incentivos à educação continuada de profissionais dos CAPS AD, com a criação da Escola de Redutores de Danos, o Centro Regional de Referências de Drogas (CRR), a Escola de Supervisores Clínicos Institucionais, e as Oficinas de Qualificação de Familiares (SENAD, 2011).

As boas práticas de cuidado dos usuários de drogas são descritas e exemplificadas por alguns autores e documentos governamentais. Porém, observa-se a falta de critérios definidos de efetividade dos serviços, de sistematização das práticas e de mecanismos de detecção das reais demandas de aprendizagem dos profissionais de saúde. Observa-se que, apesar de todos os esforços, a formação e as oportunidades de educação permanente oferecidas aos profissionais dos CAPS AD ainda não facilitaram o desenvolvimento do perfil profissional que responda aos complexos desafios associados à adoção do modelo de atenção psicossocial.

Neste sentido, visando suprir algumas lacunas nos conhecimentos sobre o cotidiano dos CAPS AD, este estudo tem como objetivos: (1) descrever o contexto dos CAPS AD, as práticas e estratégias terapêutica realizadas pelos profissionais de saúde em três CAPS AD, relacionando-as aos parâmetros do modelo de cuidado estabelecida pelas Políticas de Saúde Mental e Política Nacional sobre Drogas; (2) analisar o quanto a formação e a educação permanente recebida por esses profissionais foram capazes de desenvolver as competências necessárias à adoção do modelo psicossocial de atendimento nos CAPS AD; (3) descrever demandas de aprendizagem de profissionais que atuam nesses serviços; e (4) identificar os fatores que facilitam e dificultam a expressão de competências e a adoção do modelo psicossocial por profissionais de CAPS AD.

### **3. Método**

Este estudo sobre as rotinas dos CAPS AD, as competências e necessidades de aprendizagem dos profissionais destas unidades de saúde, é parte integrante de uma série de estudos previsto no curso de doutorado do projeto *Fortalecimento do Ensino na Saúde no Contexto do SUS: uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na região Centro-Oeste (pró-ensino na saúde)*, apoiado pelo edital CAPES 024/2010.

#### **3.1.Contexto da pesquisa**

Este estudo, de natureza qualitativa e descritiva, foi realizado em quatro etapas com participantes escolhidos intencionalmente e por conveniência em três CAPS AD, dois sediados no Distrito Federal e um no município de São Paulo.

A primeira etapa compreendeu a construção e a busca de evidências de validade dos instrumentos utilizados nas entrevistas e grupos focais. A segunda etapa foi a realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais que trabalham nos CAPS AD. A terceira etapa consistiu da aplicação de entrevistas coletivas, por meio de grupos focais, realizadas com profissionais integrantes das equipes desses serviços. A quarta etapa foi realizada a análise dos conteúdos das entrevistas e grupos focais.

#### **3.2.Locais e participantes do estudo**

Os locais da pesquisa foram três CAPS AD, selecionados por conveniência, tendo como critério serem habilitados pelo Ministério da Saúde, um no Município de São Paulo e dois no Distrito Federal. Estes serviços fazem parte da rede substitutiva de saúde mental e apresentam características distintas. O Distrito Federal apresenta uma baixa cobertura em

relação ao índice populacional, com 46,6 % para 100 mil habitantes, mas que a partir de 2011, apresentou uma leve expansão, com abertura destes serviços. Enquanto que o serviço do Município de São Paulo foi considerado um serviço de qualidade e efetividade no tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas e foi indicado como serviço de referência formativa do Brasil em conjunto com mais de 21 centros de tratamento de diferentes partes do mundo. (MS, 2011).

Os CAPS AD do Distrito Federal (CAPS AD DF 1 e CAPS AD DF 2) selecionados para pesquisa foram inaugurados em 2008 e 2013. Estão organizados para atender de duas a três regiões administrativas cada um. Foram criados para atender a uma cobertura populacional de 527.52 mil habitantes e de 501 mil habitantes, respectivamente. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação [SEDUH/GDF], 2012).

O primeiro CAPS AD DF 1 possui atualmente uma equipe com 91 profissionais, das seguintes categorias: 32 técnicos de enfermagem, 16 psicólogos, 13 assistentes sociais, 11 enfermeiros, 06 profissionais administrativos, 06 terapeutas ocupacionais, 02 farmacêuticos, 03 médicos clínicos e 02 médicos psiquiatras. Estes profissionais, no período do estudo que ocorreu de janeiro a dezembro 2014, acompanhavam em torno de 776 usuários.

O segundo CAPS AD DF 2 é composto por uma equipe de 75 profissionais, das seguintes categorias: 44 técnicos de enfermagem, 11 enfermeiros, 04 psicólogos, 03 assistentes sociais, 03 terapeutas ocupacionais, 03 médicos, 03 profissionais administrativos, 02 farmacêuticos e 02 gerentes do serviço. No período da pesquisa, de janeiro a dezembro 2014, o serviço acompanhava 548 usuários.

No CAPS AD do município de São Paulo (CAPS AD SP) a equipe é constituída por 38 profissionais: 03 psicólogos, 03 terapeutas ocupacionais, 02 assistentes sociais, 05 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 03 cuidadores em saúde (denominados oficineiro e educador físico), 02 auxiliares administrativos, 01 gerente e 02 profissionais administrativo. Esses profissionais acompanhavam, no período da pesquisa que ocorreu de setembro a dezembro 2014, em torno de 257 usuários no período do estudo. Nos três CAPS AD atuam 160 profissionais. Desse total, participaram das entrevistas individuais e grupos focais 45 profissionais de diversas áreas, compondo uma amostra correspondente a 26,8%. A Tabela 33 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes das entrevistas e grupos focais em cada CAPS AD.



Tabela 33

*Dados sociodemográficos da amostra dos participantes do estudo*

<b>CAPS AD / Categorias</b>	<b>CAPS AD DF 1 N: 13 (%)</b>	<b>CAPS AD DF 2 N: 16 (%)</b>	<b>CAPS AD SP N:16 (%)</b>	<b>Total N: 45 (%)</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	11 (84,6)	13 (81,3)	13 (81,3)	37 (82,2)
Masculino	02 (15,4)	03 (18,8)	03 (18,8)	08 (8,8)
<b>Formação</b>				
Técnico de enfermagem	02 (15,4)	04 (25)	03 (18,8)	09 (20)
Psicólogo	01 (7,7)	03 (18,8)	03 (18,8)	07 (15,5)
Assistente Social	04 (30,8)	02 (12,5)	02 (12,5)	08 (17,7)
Enfermeiro	03 (23,1)	03 (18,8)	02 (12,5)	08 (17,7)
Terapeuta Ocupacional	01 (7,7)	01 (6,3)	02 (12,5)	04 (8,8)
Farmacêutico	01 (7,7)	01 (6,3)	-----	02 (4,4)
Médico Clínico	-----	01 (6,3)	-----	01 (2,2)
Médico Psiquiatra	01 (7,7)	01 (6,3)	-----	02 (4,4)
Cuidador de saúde	-----	-----	01 (6,3)	01 (2,2)
Educador físico	-----	-----	02 (12,5)	02 (4,4)
Pedagoga	-----	-----	01 (6,3)	01 (2,2)
<b>Tipo de vínculo</b>				
Estatutário	12 (99,3)	16 (100)	01 (6,3)	29 (64,4)
Celetista	-----	-----	01 (6,3)	01 (2,2)
Contrato	01 (7,7)	-----	-----	01 (2,2)
Autônomo	-----	-----	14 (87,5)	14 (31,1)
<b>Carga horária semanal</b>				
20	05 (38,5)	02 (12,5)	02 (12,5)	09 (20)
24	02 (15,2)	03 (18,8)	-----	05 (11,1)
30	-----	-----	05 (31,5)	05 (11,1)
40	06 (46,2)	11 (68,8)	-----	17 (37,7)
36	-----	-----	03 (18,8)	03 (6,6)
48	-----	-----	01 (6,3)	01 (2,2)
<b>Tempo no CAPS AD</b>				
1 a 2 anos	02 (15,4)	07 (43,8)	06 (37,5)	15 (33,3)
3 a 4 anos	09 (69,2)	08 (50,1)	08 (50,1)	25 (55,5)
Acima de 5 anos	02 (15,4)	01 (6,3)	02 (12,5)	05 (11,1)

Fonte: CNES.

Entre os participantes do estudo há um predomínio de profissionais do sexo feminino, com vínculo do tipo estatutário, com uma jornada semanal de 40 horas e tempo de serviço nos CAPS AD de 3 a 4 anos. A amostra contém participantes de todas as categorias de profissionais que compõem as equipes dos serviços estudados. Os participantes desta pesquisa que trabalham nos dois CAPS AD do DF são predominantemente estatutários, enquanto que no serviço de São Paulo são trabalhadores autônomos e celetistas.

### 3.3. Construção dos instrumentos de pesquisa

Para alcançar os objetivos do estudo foram construídos dois roteiros de coleta de dados, um para a entrevista semiestruturada e o outro para o grupo focal. Os instrumentos contêm itens similares em relação aos conteúdos, os quais foram elaborados a partir das diretrizes e políticas governamentais que regulam o trabalho nos CAPS AD.

O roteiro da entrevista foi organizado em três partes: sendo a primeira composta por 13 questões fechadas sobre dados sociodemográfico dos profissionais; a segunda, por uma lista de verificação com 58 práticas e estratégias terapêuticas estabelecidas pelas diretrizes governamentais para a atuação dos profissionais dessas unidades e a terceira, por nove questões abertas referentes a três temas: uma questão sobre o cotidiano do serviço; quatro questões sobre as práticas desenvolvidas nos CAPS AD e quatro questões sobre a formação dos profissionais, perfil de competências necessárias ao trabalho nos CAPS AD, experiências e oportunidades de aprendizagem no serviço. (APÊNDICE C).

O roteiro do grupo focal é composto por oito questões, organizadas em dois blocos temáticos: (1) quatro questões sobre práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas nos CAPS AD; e (2) quatro questões sobre formação, perfil de competências, experiências e oportunidades de aprendizagens no serviço. (APÊNDICE D).

Os instrumentos foram submetidos a duas etapas de validação semântica e de conteúdo, bem como da organização das questões e instruções. A primeira etapa objetivou avaliar a representatividade do conteúdo, a precisão da linguagem e o formato do roteiro e foi realizada com a participação dos integrantes do Grupo de pesquisa Impacto<sup>4</sup> do Instituto de Psicologia/UnB, entre os quais professores, estudantes de graduação e pós-graduação. O grupo avaliou se os itens propostos estavam de acordo com os objetivos do estudo e, além disso, sugeriu a confecção de um glossário de termos técnicos relativos às práticas terapêuticas, de modo a aumentar a precisão das informações sobre a realidade dos CAPS AD.

A segunda validação ocorreu com profissionais de um CAPS AD do Distrito Federal, na qual foi realizada análise semântica e de conteúdo dos instrumentos. Participaram desta etapa seis profissionais nas áreas de Serviço Social, Terapia Ocupacional, Psicologia e Enfermagem. Essa etapa possibilitou incluir sinônimos de termos utilizados pelas equipes.

---

<sup>4</sup> Grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad, que realiza estudos sobre análise de necessidades de treinamento, desenho instrucional e avaliação de cursos presenciais, a distância e híbridos. É formado estudantes de graduação em psicologia e de pós-graduação de três programas de pós-graduação (PSTO - Programa de Pós -Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações e do PPGA - Programa de Pós-Graduação em Administração, e Projeto Pró-ensino em Saúde), além dos matriculados em disciplinas de oferta individual de pesquisa e estágios.

Após essas etapas de validação, os instrumentos foram aprimorados por meio de acréscimos, retiradas de termos e reorganização de questões. Além disso, foi finalizado o glossário de definição de termos e seus sinônimos, utilizado posteriormente como apoio às entrevistas e grupos focais. (APÊNDICE E).

### **3.4.Procedimentos de coleta de dados**

Participaram da entrevista 21 profissionais dos três CAPS AD do estudo, sendo sete no CAPS AD DF 1, oito no CAPS AD DF 2 e sete no CAPS AD SP. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais e ocorreu em três momentos: (1) apresentação do objetivo do estudo e do roteiro da entrevista; (2) aplicação individual do questionário (questões fechadas); (3) realização da entrevista por meio das questões abertas e gravação (captação de áudio) das perguntas e respostas na íntegra.

O grupo focal aconteceu em cada CAPS AD selecionado, em um encontro com os profissionais convidados. Cada grupo contou com 06 a 08 profissionais, totalizando 22 participantes nos três grupos focais ocorridos nesta etapa do estudo. Utilizou-se uma didática de fórum temático, em cinco etapas, descritas a seguir: (1) apresentação do estudo e das etapas do grupo focal; (2) distribuição e preenchimento individual do instrumento; (3) organização de subgrupos e distribuição aleatória dos instrumentos preenchidos na etapa anterior, visando à discussão das respostas para reorganização dos consensos em formulário único; (4) apresentação das respostas consensuais de cada subgrupo aos demais participantes; e (5) discussão em plenária para construção de um documento final contendo as respostas consensuais aos itens do roteiro. No grupo focal os profissionais debateram as mesmas questões do instrumento em três níveis individual, subgrupal e coletivo. A etapa 5 do grupo foi registrada em áudio na íntegra e posteriormente transcritas e analisadas.

### **3.5. Procedimentos de Análise dos dados**

Neste estudo, as gravações das entrevistas e da quinta etapa do grupo focal foram transcritas integralmente e, o material completo, submetido a uma variação da análise de conteúdo temática categorial (Bardin, 2011).

O tratamento dos dados foi realizado nas etapas a seguir: (1) organização de um arquivo único com as respostas dos participantes às entrevistas e grupos focais, de modo a construir o “corpus” para análise; (2) realização de oficina de leitura flutuante e levantamento das categorias de conteúdo junto ao grupo de pesquisa; (3) reorganização do corpus, a partir das unidades de conteúdo definidas na etapa anterior; (4) definição constitutiva das categorias

e organização das respostas de acordo com as categorias; (5) e cálculo da frequência de evocações por categorias de conteúdo e identificação das falas mais representativas de cada tema.

Na primeira etapa, o material transcrito da entrevista e do grupo focal foi organizado em duas planilhas contendo as questões dos instrumentos e as respostas transcritas. A oficina de leitura flutuante e o levantamento preliminar das categorias ocorreram no grupo de pesquisa, com a coordenadora do grupo, uma aluna de graduação e três da pós-graduação, além de uma profissional da rede de saúde, doutoranda que pesquisa sobre os CAPS AD. Ocorreram três oficinas de análise, obedecendo três etapas: (1) leitura flutuante do corpus do grupo focal e da entrevista realizada com os profissionais dos CAPS AD e identificação das unidades de análise e marcação de conteúdos representativos das unidades levantadas; (2) apresentação da etapa anterior, discussão das unidades levantadas; (3) definição das categorias preliminares por consenso.

Após a oficina, foram aprimoradas as definições e as categorias de conteúdo, com o desmembramento de algumas que continham várias subdimensões. Finalmente, o corpus foi reagrupado de acordo com essas categorias. Em seguida foram calculadas as frequências de evocações para cada categoria ou tema. O resultado da análise dos dados foi apresentado descritivamente a seguir e ilustrado com vinhetas extraídas do corpus de análise.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE F).

#### **4. Resultados e discussão**

O corpus total transcritos do conteúdo contém 316.284 caracteres, 55.720 palavras, 63 páginas e 3.127 linhas com espaçamento simples entre linhas. Após a finalização das etapas de análise de conteúdo foram extraídas onze categorias, denominadas: (1) Avaliação do funcionamento e das práticas terapêuticas dos CAPS AD; (2) Infraestrutura; (3) Acesso aos CAPS AD; (4) Relacionamento com a comunidade; (5) Rede intersetorial; (6) Trajetória profissional dos membros da equipe do CAPS AD; (7) Ingresso no CAPS AD; (8) Trabalho colaborativo em equipe; (9) Stress e sofrimento dos profissionais do CAPS AD; (10) Competências para atuar no CAPS AD; e (11) Educação permanente e aprendizagem em serviço.

Na Tabela 34 são apresentadas as definições das categorias de conteúdo, bem como a frequência com que foram evocadas pelos participantes das entrevistas e grupos focais.

Tabela 34

*Categorias, definições e a frequência das evocações do corpus*

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>(N: 449)</b>
Avaliação do funcionamento e das práticas terapêuticas dos CAPS AD	Refere-se à descrição e à avaliação dos objetivos, estrutura, funcionamento e práticas terapêuticas (acolhimento, reunião de equipe, PTS, acolhimento integral, acompanhamento domiciliar, psicoterapia, grupos e atividade física, matriciamento, oficinas, busca ativa, encaminhamento para cursos), quanto a sua eficiência e eficácia.	142
Infraestrutura do CAPS AD	Refere-se à quantidade, suficiência, disponibilidade e adequação dos recursos materiais, financeiros, humanos, essenciais à realização das práticas terapêuticas e ao bom funcionamento do CAPS AD, essenciais a prestação de serviço de qualidade, entre os quais, espaços de trabalho (sala, mobiliários), meio do transporte de usuários e profissionais e diferenciação de espaços para tratamento.	69
Acesso ao CAPS AD	Refere-se às condições de acesso dos usuários e profissionais ao endereço CAPS AD, entre as quais estão: transporte coletivo, recursos financeiros para custeio do transporte, mobilidade e acessibilidade para portadores de necessidades especiais.	16
Relacionament o com a comunidade	Refere-se às estratégias adotadas pelos profissionais para aumentar a receptividade da vizinhança aos usuários e aos serviços prestados pela unidade, entre as quais: atividades culturais de aproximação (café da manhã, bazar, festas), assembleias e visitas domiciliares nas quais ocorrem trocas de ideias e esclarecimentos sobre os serviços prestados pelo CAPS AD.	15
Rede intersetorial	Refere-se às avaliações de eficiência e eficácia das parcerias do CAPS AD com a rede intersetorial, em termos do entrosamento do serviço com os equipamentos existentes no território, do envolvimento dos demais atores da rede com o CAPS AD, visando inserção do usuário.	22
Trajatória profissional dos membros da equipe do CAPS AD	Refere-se à formação e às experiências anteriores dos profissionais até o seu ingresso no CAPS AD	20
Ingresso no CAPS AD	Refere-se à forma de ingresso dos profissionais no CAPS AD e a adequação do perfil de entrada dos profissionais de saúde as demandas do serviço, tendo em vista a formação e experiências anteriores de trabalho.	19
Trabalho colaborativo em equipe	Refere-se à qualidade e ao grau de coesão/união que caracterizam as interações inter, multi e transprofissionais demandadas pela complexidade da atenção à saúde mental de responsabilidade do CAPS AD.	08
Stress e sofrimento dos profissionais do CAPS AD	Refere-se ao sofrimento causado por agentes estressores inerentes ao trabalho de atenção à saúde mental, entre os quais, a sobrecarga e o predomínio de atividades cansativas e estressantes.	05

Competências para atuar no CAPS AD	Refere-se às competências necessárias à atuação profissional bem-sucedida no CAPS AD, de acordo com as percepções dos profissionais participantes da pesquisa.	42
Educação permanente e aprendizagem em serviço	Refere-se ao grau de alinhamento da oferta de oportunidades de capacitação (cursos de extensão, especialização, supervisão clínica, entre outros), às reais necessidades de aprendizagem dos profissionais dos CAPS AD, bem como o suporte institucional à aprendizagem em serviço e à aplicação, no trabalho, de competências relevantes ao serviço.	95

Os resultados mostraram que os objetivos da pesquisa foram integralmente atingidos, uma vez que as categorias de conteúdo descrevem as rotinas, o funcionamento e as práticas terapêuticas, os problemas de infraestrutura e o acesso dos usuários aos CAPS AD, bem como as demandas de aprendizagem e desenvolvimento de competências dos profissionais no serviço para a melhoria da atenção em saúde mental.

A categoria de maior saliência (147 evocações), “Avaliação do funcionamento e das práticas terapêuticas dos CAPS AD”, tratou das: (1) avaliação da eficiência e eficácia das práticas terapêuticas adotadas pelos profissionais da unidade; (2) descrições das rotinas terapêuticas no cotidiano da unidade e (3) avaliação do funcionamento administrativo do serviço, como observado nas falas dos participantes sobre os respectivos temas.

[...] a psicoterapia que é feita com o psicólogo é uma das que eu vejo que tem bastante grupo de saída, que é aquele grupo do paciente que realmente conseguiu se livrar [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] o PTS, embora tenhamos dito anteriormente que é um instrumento bom, a nossa prática com tal instrumento ainda não é monitorada corretamente [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] o acompanhamento do PTS ainda é falho. O que disseram antes também, o fato da equipe não intervir em situações agudas que vai acumulando o problema e mais tarde se torna um problema extremo e poderia ter sido resolvido em uma primeira abordagem. Boa parte dessas situações a equipe intervém, mas há outras que não, pelas proporções que ela tem [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] no caso também que é o acolhimento integral né, a unidade de acolhimento integral do CAPS, nós colocamos que necessita de maior assimilação, e apropriação da proposta pelos servidores, para melhorar, o acompanhamento [...] (Profissionais do CAPS AD).

[...] práticas que funcionariam me parece seria criar cooperativas, de produção de alguma coisa, sentir-se úteis e tirá-los daqui de dentro do CAPS [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] que os pacientes deveriam participar mais das atividades extra caps, infelizmente isso não acontece [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] mas eu acho que faltam grupos que realmente respondam as demandas dos pacientes do CAPS [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] a proposta de um grupo tem que ser o tempo todo reavaliada; reavaliada pelo profissional e pelos usuários, porque chega uma hora que aquele grupo, aquele direcionamento, cansa, e eu acho que isso deveria girar mais [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] gente perde muito tempo em coisas desnecessárias. Acho que a reunião de equipe é como se fosse a visita domiciliar, que é uma prática eficaz, só que precisa de aperfeiçoamento também, reunião de equipe acho que tá nesse ponto, tem muita coisa que precisa ser otimizada. Acho que pelo fato de ser bem-sucedida, isso não quer dizer que não precisa de aperfeiçoamento, né? E também não quer dizer, que elas estão contrariando não [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] tempo hábil para desenvolver as atividades [...]um ambiente adequado ...Diretrizes claras junto à questão do servidor [...] saber o objetivo do CAPS, o que todos devem fazer lá. [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] horário para planejamento de atividades terapêuticas, recursos materiais, gestão participativa. [...] (Profissional do CAPS AD).

Nos temas ilustrados, os participantes apresentaram suas percepções sobre habilidades nas rotinas dos CAPS AD. Quanto às práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas no serviço e a percepção dos participantes sobre a eficiência e eficácia das mesmas, são apresentadas na Tabela 35 e na Figura 19, respectivamente.

Tabela 35

*Práticas terapêuticas citadas pelos profissionais dos CAPS AD*

<b>Ranking</b>	<b>Prática</b>	<b>Frequência</b>
1°	Grupos terapêuticos	11
2°	Acolhimento diurno, Leito 24 horas, Acolhimento integral, Hospitalidade noturna	09
3°	Reunião de equipe	07
4°	Assembleia	06
5°	Acolhimento	
	Projeto Terapêutico Singular	04
	Matriciamento	
	Visita domiciliar	
	Avaliações	
	Perfil Epidemiológico	
6°	Atendimento individual	03
7°	Grupo de família	02
	Acompanhamento domiciliar	
	Atividades externas ao CAPS	
	Cursos profissionalizantes e não profissionalizante	
	Busca ativa	
	Oficinas	
8°	Psicoterapia	01
	Atividade física	
	Atividade de redução de danos	
	Cooperativa de produção	
	Atividade de geração de renda	

Foram relatadas práticas e estratégias terapêuticas diversas pelos participantes. Observou-se que algumas são usadas com diferentes denominações para a mesma prática. A prática de internação breve, por exemplo, é chamada de: atendimento/acolhimento integral, leito 24 horas, e hospitalidade noturna.

As práticas e estratégias terapêuticas descritas pelos profissionais foram organizadas em três contextos em relação ao seu conteúdo: as que são desenvolvidas na rotina do serviço e foram bem avaliadas (20 evocações) ou que precisam ser aperfeiçoadas (19); e as práticas e estratégias terapêuticas que não ocorrem no CAPS AD, mas consideradas desejáveis à prestação de um serviço de qualidade ao usuário (12 evocações). A Figura 19 apresenta de forma esquemática as práticas citadas em seus respectivos contextos.

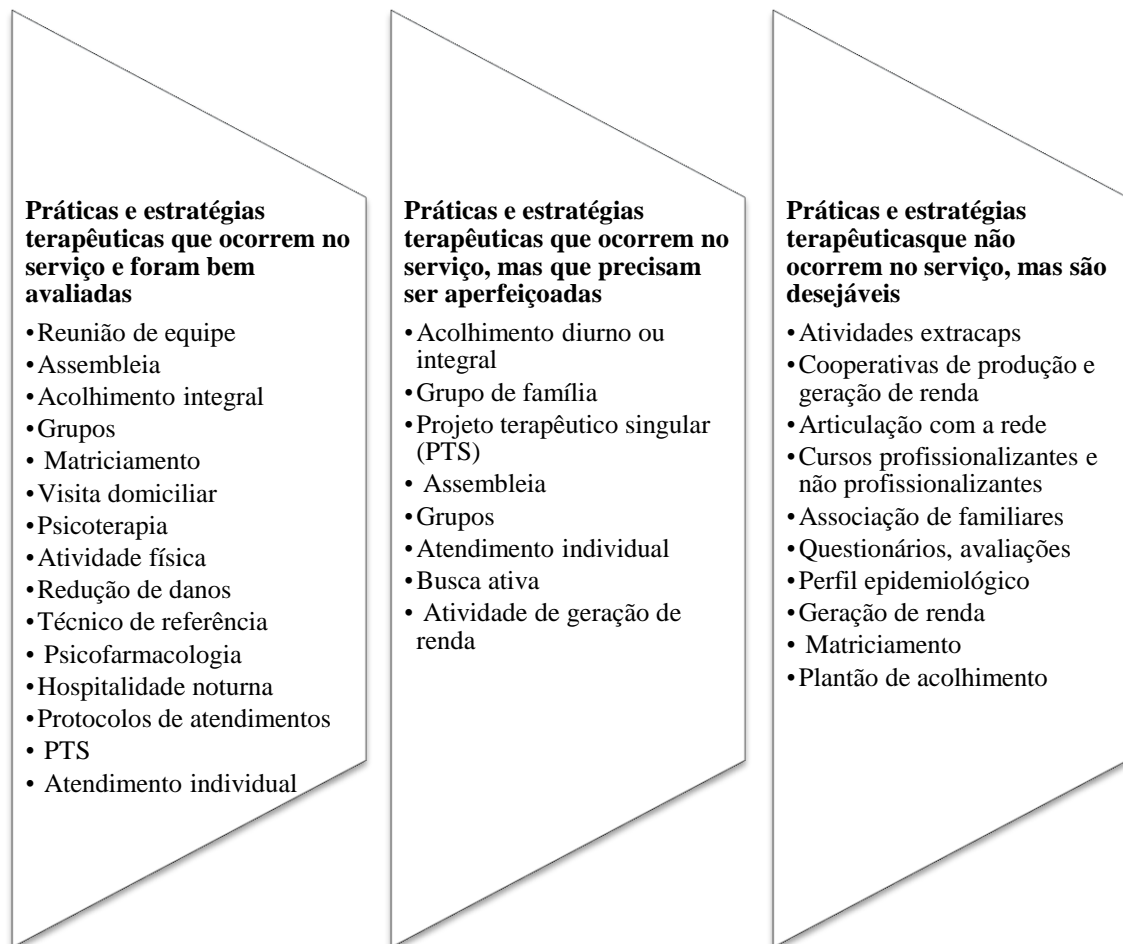


Figura 19. Descrição das práticas dos profissionais nos seus respectivos contextos.



No contexto das práticas e estratégias terapêuticas bem avaliadas pelos profissionais, houve conteúdos recorrentes em relação a reunião de equipe, assembleia, acolhimento diurno e à internação breve. Além disso, para os profissionais, o acolhimento, o atendimento individual e de grupo, o PTS, a assembleia, a visita domiciliar e o matriciamento foram consideradas práticas efetivas no tratamento de usuário de drogas, pois propiciam espaço de troca, reequilíbrio da mente, promoção da qualidade de vida e participação ativa do paciente em atividades coletivas, como ilustrado na narrativa abaixo.

Em direção oposta, os profissionais citaram também práticas e estratégias terapêuticas que ocorrem no serviço, mas que precisam ser aperfeiçoadas. Nestas, houve evocações recorrentes sobre o PTS, o acolhimento integral ou diurno, os grupos e a assembleia. Para os participantes, a adoção dessas práticas também implica em riscos, com efeitos negativos, podendo resultar em um ciclo “vicioso”, no qual os pacientes/familiares permanecem no serviço em função de benefícios secundários que recebem (licenças do trabalho, aposentadorias, benefícios sociais). Ou mesmo, pela dinâmica das práticas não corresponderem às demandas do usuário e família. Nesses casos, os participantes consideram que os efeitos dessas práticas devem ser acompanhados, monitorados e avaliados constantemente, visando à melhoria da qualidade da atenção ao usuário de drogas.

No terceiro contexto, os participantes citaram com recorrência a adoção de práticas ‘extracaps’ ou externas, como formação de cooperativas, oficinas de geração de renda, passeios, cursos profissionalizantes e não profissionalizantes, a associação de familiares, articulação de rede e matriciamento, que ainda não vem sendo adotadas em todos os CAPS AD, conforme as falas dos entrevistados, transcritas a seguir.

[...] permitiria tirar as pessoas daqui de dentro...deslocá-lo para algum lugar  
[...] ampliar o cuidado [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] atividades extra CAPS, possibilitar passeios, algo que faça com que consigamos tirar as pessoas daqui de dentro [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] desloca-lo, leva-lo para algum lugar, entendeu, fazer alguma coisa, entendeu [...] que os pacientes deveriam participar mais das atividades extracaps, infelizmente isso não acontece [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] algum curso profissionalizante, ou não profissionalizante, mas que interesse para eles [...] (Profissional do CAPS AD).

Outro aspecto relevante deste contexto trata-se da defesa pelos entrevistados da adoção de avaliações sistemáticas do atendimento individual, das práticas de geração de renda e dos grupos, de modo aprimorá-los constantemente. Para alguns, as práticas de geração de

renda são ainda inexpressivas. Os grupos, além de serem pouco utilizados, não parecem atender as expectativas e demandas dos usuários.

No que se à avaliação do funcionamento administrativo do serviço, os profissionais destacaram como dificuldade no desenvolvimento das práticas, a carga horária diversificada dos profissionais, que varia de 20, 30 a 40 horas semanais, dificultando a organização das escalas e da equipe nas situações de férias e licenças. As narrativas apresentadas a seguir ilustram essa realidade.

[...] então a gente teria que ter uma melhor sistematização, uma organização melhor, foi isso que a gente quis dizer, não é que o paciente vai chegar e não vai ser atendido por que não tem profissional, é para que isso não aconteça. Muitas vezes, desloca o profissional de uma atividade, para colocar em outra por que ficou sem. [...] (Profissionais dos CAPS AD).

[...] e também pelo horário, né? São sempre as mesmas pessoas geralmente que participam. Eu mesmo já deixei de participar, porque eu não tenho tempo para realizar minhas atividades, aí acaba que a reunião de equipe por ser 5h numa carga horária de 20h, 25% do seu tempo para desenvolver as outras atividades acaba que limita. [...] (Profissionais dos CAPS AD).

[...] nós colocamos questões do serviço, aqui, a questão da sistematização dos horários de acolhimento, pois muitos momentos não houve profissional disponível para atendimento, devido férias, licenças e essa organização do horário permitiria um atendimento mais qualificado e não rápido e ligeiro. O segundo melhor planejamento pela gestão dos grupos terapêuticos, por consequência das férias e licenças para não prejudicar a adesão dos usuários, pois muitas vezes, o usuário chega né, e não se organizou essa questão, muitas vezes, se ele não for para um grupo que esteja acontecendo naquele momento, que seja um grupo aberto, ele vai embora, enfim. [...] (Profissionais dos CAPS AD).

Na categoria Relacionamento com a comunidade, com 15 evocações, os profissionais se referiram ao desconhecimento da vizinhança sobre os objetivos e as funções dos CAPS AD e a não aceitação do contato diário com os usuários. Para os profissionais a solução deste problema seria a sensibilização da população para o trabalho desenvolvido por esses serviços, por meio de bazares beneficentes, comemorações em datas festivas, visitas domiciliares, grupos com familiares e assembleias, sendo que esta última é considerada um espaço subutilizado, tal como ilustrados nos trechos apresentados a seguir.

Sobre as assembleias:

[...] eu gosto de participar porque é um momento muito bom para conversar; para acessar a comunidade; para informar; mostrar o serviço; "trocar uma ideia". Mas não deixa de ser uma relação com a comunidade. [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] acredito que a assembleia é um instrumento que pode ser potencializado, porém muito subutilizado na prática do nosso serviço. Ela deve ser periódica,

e não há ainda nenhum envolvimento dos profissionais (da instituição) e nem dos usuários para a assembleia. Não há uma visão da assembleia como prioridade naquele meio e todo mundo trabalhar em prol dela, divulgando, aproximando pessoas, enchendo o serviço, ouvir o usuário, trazer o seu feedback da reunião anterior e etc. [...] (Profissional do CAPS AD).

#### Outras atividades com a comunidade:

[...] assim as atividades quando envolvem a comunidade são bem pontuais assim, quando faz o bazar, quando é aniversário do CAPS, aí a gente chama, mas geralmente não tem essa.... A comunidade vem, então a gente convida né, acaba que vem só os familiares [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] tivemos uma época de baixo contato comunidade não aceitava o CAPS, e só depois de alguns eventos e atividades que realizamos acabou que aqui começou a ser reconhecido como algo importante para a comunidade [...] (Profissional do CAPS AD).

Na categoria Rede Intersetorial, com 22 evocações, os profissionais avaliam a importância das interações dos CAPS AD com a rede, seus problemas e perspectivas, tal como descrito na Figura 20. As atividades de rede intersetorial são reconhecidas como práticas de inserção social dos pacientes, no que se refere à família, rede primária de apoio e mercado de trabalho. Porém, os participantes da pesquisa relataram ainda não estarem adotando essas práticas integralmente, em função da dificuldade de apropriação dos conhecimentos necessários, problemas de infraestrutura territorial e de serviço, como: ausência, carência ou deficiência das redes de suporte à inserção do usuário, falta de meio de transporte para mobilidade da equipe, dificuldade de articulação dos profissionais com a rede intersetorial e pouca identificação do profissional do CAPS AD com a área de saúde mental.

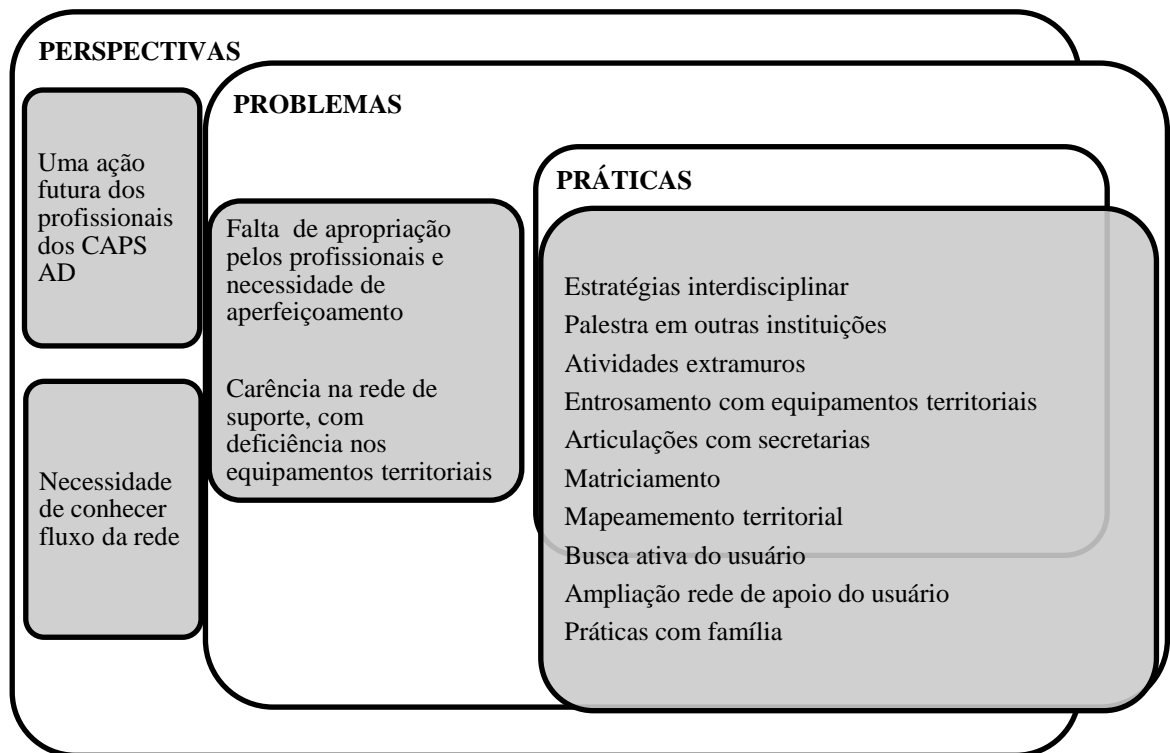


Figura 20. Contexto da prática de rede interssetorial. Fonte: Pesquisa

Na categoria Competências para atuar nos CAPS AD (42 evocações), os participantes relacionaram a qualidade do cuidado com um perfil específico de habilidades competências dos profissionais que compõem a equipe. Foram citadas como competências e habilidades desejáveis aos profissionais de CAPS AD: atitudes e motivação para o trabalho (capacidade de escuta, colocar-se no lugar do outro, acolher com boa vontade, querer ajudar o outro, respeitar o usuário, comprometer-se com o serviço, ser criativo e livre de preconceitos e ser empático); domínio de técnicas para atuação nos CAPS AD (conhecimentos específicos sobre o campo de atuação em drogas, o contexto, atribuições do trabalho e papel do serviço), e gerenciais (trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar).

Os profissionais relataram necessidades de aprendizagem e o desenvolvimento de diversas competências e habilidades requeridas pelo serviço e demandaram maiores investimentos governamentais em formação, capacitação e aprendizagem em serviço, trocas de conhecimentos com outros profissionais e serviços.

A categoria Infraestrutura foi apresentada com 69 evocações referentes a problemas ligados à estrutura física dos CAPS AD (espaços reduzidos e ausência de ambientes próprios para atividades externas; escassez ou inexistência de recursos materiais, como: falta de transporte do serviço (carro, ambulância) e materiais para oficinas; e recursos humanos,

como: equipe de tamanho reduzido em relação ao volume de trabalho, jornadas diferentes de trabalho (20, 40 horas) dificultando a organização das escalas de atendimentos ininterrupto e falta de profissionais de algumas categorias profissionais, inviabilizando a composição de equipes multiprofissional, necessárias ao atendimento das demandas dos usuários.

Os participantes afirmaram que problemas na infraestrutura têm afetado diretamente o cotidiano dos serviços, dificultando a gestão das atividades, bem como a realização das práticas terapêuticas, acesso e mobilidade do usuário e dos profissionais de referência na realização de práticas externas, na liberação e distribuição de materiais para a realização de oficinas e em outras atividades não menos relevantes. Além disso, esta realidade, além de várias consequências, dificulta a adesão do usuário ao tratamento.

Os profissionais relatam que, na maior parte das vezes, o material liberado pelo almoxarifado da Secretaria de Saúde para o CAPS AD não corresponde às reais necessidades dos serviços. Frequentemente, os profissionais improvisam ou buscam estratégias para levantar recursos para adquirir os materiais necessários, tal como ilustram os trechos a seguir.

[...] eu acho que falta uma condução de material né, mesmo, a gente recebe o material que eles consideram importante, eles não consultam a gente não sabem o que a gente faz aqui. E aí chega uma lista de material que a gente não precisa assim.. o que a gente precisa não chega, isso é difícil, o transporte é difícil, a gente só tem carro uma vez por semana, quando ele vem, então visitas domiciliares quando a pessoa mora mais longe e de ônibus a gente perderia um dia de trabalho para fazer uma. [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] se não tiver as pecúnias lá da justiça a gente fica trabalhando com o que tem né, jornal, revista né, aquela coisa assim, ou paga do bolso né, mas assim até que ultimamente não tem faltado tanto material não para desenvolver as ações [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] houve uma verba pública do Ministério, que é um recorte que as Secretarias vão enxugando. Tanto é que a gente já fez isso uma vez, mas enxuga, enxuga, enxuga e leva. Só que isso não dispõe. Eu acredito que seja uma coisa importante porque para mudar as práticas de cuidado é interessante fazer as coisas diferentes, não só o que têm. E material de trabalho. [...] (Profissional do CAPS AD).

A adesão do usuário ao tratamento foi tratada como um problema relacionado, entre outros fatores, com o Acesso ao CAPS AD, categoria com 16 evocações, referente às dificuldades com o transporte público e com o tipo de edificação e instalações físicas dos serviços que exigem uso de escadas para acesso às instalações dos CAPS AD e dificultam a mobilidade e acesso ao interior dos prédios, principalmente de usuários que apresentam algum tipo de deficiência ou que se encontram debilitados por algum quadro clínico.

[...] relação a acesso, para a gente é normal, agora pros pacientes eu diria que o acesso é um pouco ruim, em relação a ônibus, a dificuldade de acesso pra chegar até aqui e a falta financeira também que muitos reclamam aqui [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] agora, o que eu acho ruim é que a gente não tem adaptação para deficiente, se a gente tiver um acolhimento com paciente que tenha limitação a gente tem que improvisar sala. [...] (Profissional do CAPS AD).

Na categoria “A trajetória dos membros da equipe do CAPS AD” com 20 evocações, revela o quanto os profissionais tiveram contato prévio com saúde mental e experiências práticas com usuários de drogas. Onze profissionais afirmaram possuir algum tipo de conhecimento sobre saúde mental, adquirido por meio de disciplinas e estágios de cursos de graduação, e de cursos de pós-graduação. Nove profissionais afirmaram não terem estudado o assunto em disciplinas dos cursos de graduação, sendo que alguns relataram que, além de inexperientes, sofreram vivências traumatizantes ao longo da carreira, como ilustrado abaixo:

[...] nada, a minha formação acadêmica é para enfermeiro clínico, técnico de enfermagem clínico, na parte de saúde mental, não [...] (Profissional do CAPS AD)

[...] eu acho que assim, a gente cai de paraquedas aqui mesmo... que no meu primeiro estágio no CAPS no terceiro ano, eu apanhei do paciente, eu traumatizei assim [...] (Profissional do CAPS AD).

A segunda categoria em número de evocações (95), denominada Educação permanente e aprendizagem em serviço, refere-se ao alinhamento da oferta de oportunidades de capacitação, às necessidades de aprendizagem dos profissionais dos CAPS AD, bem como o suporte institucional à aprendizagem em serviço e à aplicação, no trabalho, de competências relevantes. Há relatos sobre dificuldades de participação de profissionais em cursos, por motivos financeiros, indisponibilidade de tempo e de liberação do serviço para estudo. Porém, apesar disso, alguns participantes participaram de eventos de capacitação no último ano (especialização, cursos oferecidos pela SENAD e envolvimento com o PET Saúde Mental). Os profissionais entrevistados consideram a aprendizagem contínua, uma estratégia promotora de mudanças benéficas nas atividades no CAPS AD, e que, por isso, mais investimentos em educação e oferta de oportunidades de aprendizagem por meio de diversas estratégias de ensino-aprendizagem, inclusive focadas no cuidado do cuidador, entre as quais: experiência prática e aquisição de novos conhecimentos por meio de relacionamento com os

estudantes e professores de IES, autoaprendizagem, educação continuada, participação em atividades de gestão. A Figura 21 apresenta os exemplos de formas e contextos de aprendizagens referidos pelos participantes.

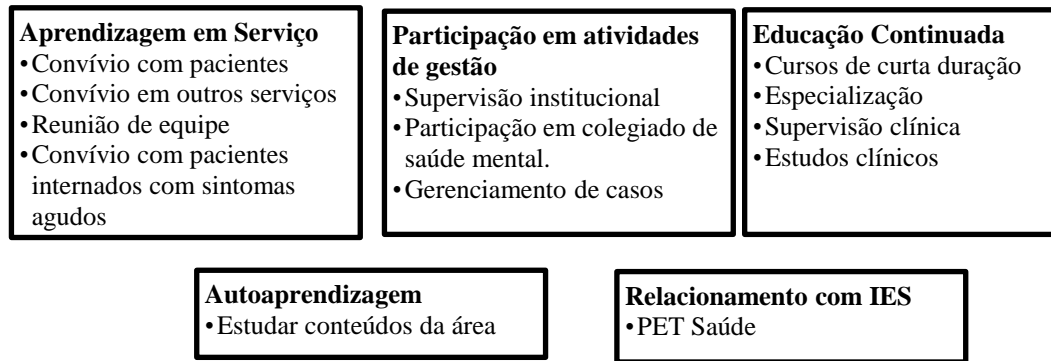


Figura 21. Contextos e exemplos de aprendizagens citadas pelos profissionais dos CAPS AD.

Para os participantes é preciso aumentar os investimentos em educação e aprendizagem em serviço em função: (1) da falta de conhecimentos específicos na área; (2) da dificuldade para lidar com a variabilidade dos casos; (3) da ausência de formação em saúde mental durante a graduação; (4) da falta de oportunidades de aprimoramento e ampliação dos conhecimentos; (6) da necessidade de qualificar o atendimento ao usuário; (7) da necessidade de compartilhar experiências com outros profissionais e serviços; (8) da ausência de oportunidade de capacitação sobre as políticas, as diretrizes e o modelo de cuidado adotados pelo CAPS AD. Alguns exemplos extraídos das falas dos entrevistados são apresentados a seguir.

[...] capacitação constante é sempre necessária, porque nossa formação nunca é suficiente para a gente lidar com todos os casos que aparecem [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] eu acho que a formação também, eu acho que a gente precisa muito, sempre está se reciclando, aprendendo coisas novas, tendo olhares diferentes [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] deveria ter mais capacitações, porque infelizmente não é só a enfermagem que não está preparada para trabalhar no CAPS né [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] formação continuada, necessária né, pra gente conseguir desenvolver bem o serviço [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] eu acho que a gente acaba sendo engolida mesmo sabe, a gente se acomoda, se acomoda mesmo sabe, não é nem por causa de gestão nem nada [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] quando essa equipe do CAPS veio para cá e recebeu 50 pessoas mais, que vinham duma formação hegemônica e hospitalocêntrica aí tivemos conflitos. Isso que faltou e falta treinamentos continuados sobre o que é a saúde mental e quais os objetivos de um CAPS [...] (Profissional do CAPS AD).

Além disso, na categoria “Ingresso no CAPS AD”, com 19 evocações, os profissionais relatam como chegaram a esse serviço. Entre as formas de ingresso, foram citadas transferências, concurso público ou necessidades pessoais como mudança de estado. Independentemente da forma, no momento da admissão, os profissionais não foram consultados pela Secretaria de Saúde em relação a experiências anteriores, tampouco sobre interesses, antes de definir a sua lotação. Sem consulta prévia, foram encaminhados para o CAPS AD. Nesse cenário, sete profissionais evocaram desejo de mudar para outra área/serviço, pois quando da sua admissão, não atuavam em saúde mental e já haviam investido em outras áreas, relatando pouca identificação com o trabalho desenvolvido no CAPS AD e desmotivação para atuar com os usuários de álcool e outras drogas.

A categoria “Estresse e sofrimento dos profissionais” do CAPS AD com 05 evocações que indicavam sobrecarga de trabalho. Em dois CAPS AD do estudo, a cobertura extensa instituída para o serviço, elevou o número de atendimentos, aumentando a demanda dos profissionais. De um modelo geral, a carência de recursos humanos, a baixa adesão ao tratamento por motivos secundários (pressão familiar ou do trabalho), questões de vínculo do profissional com o serviço e as demandas intensas e específicas do usuário, são aspectos problemáticos que tem impossibilitado a diversificação e a melhor aplicação de práticas e rotinas, situações consideradas pelos participantes geradores de sofrimento psíquico nos profissionais de CAPS AD, ilustrado nas vinhetas abaixo.

[...] acontece muito estresse que são muito ligados à sobrecarga né, de uma região extensa, muitos atendimentos, muitas coisas para lidar no decorrer do dia [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] então acaba superlotando de gente que não tava tão assim interessada em fazer o tratamento naquele momento, pressionado pela família, pressionados pelo emprego, muitos ah não, então tá bom, você é dependente, então não vou te demitir, mas você tem que fazer o tratamento lá, porque se você não fizer, aí eu vou te demitir [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] o problema é que é um trabalho muito cansativo né, cansa muito psicologicamente, então a gente acaba tendo muitos atestados e aí acaba desfalcando um pouco, por mais que a equipe seja grande [...] (Profissional do CAPS AD).



[...] é lógico que se a gente tivesse mais Recursos Humanos, nós estaríamos muito mais no território. [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] cada paciente é um caso específico, então a gente tem que avaliar muito e eles aparecem com demandas muito intensas, e isso as vezes causa um sofrimento muito grande para a equipe [...] (Profissional do CAPS AD)

[...] ao longo desses quase três anos que eu to né, já passaram colegas por aqui que saíram adoecidas que não se identificaram, e o serviço em si contribuíram então para algum problema que já tinha de saúde, principalmente na área psiquiátrica, emocional e tal e fizeram com elas se afastassem e fosse realocada para outros ambientes [...] (Profissional do CAPS AD)

Porém, na categoria “Trabalho colaborativo em equipe” com 08 evocações, os profissionais relataram que a coesão/união inter e multiprofissional da equipe ameniza o sofrimento causado pelo trabalho no CAPS AD. Nas ilustrações a seguir, os participantes descrevem um ambiente de trabalho colaborativo entre os membros da equipe, informalidade nas relações, união na execução de tarefas, compartilhamento de responsabilidades, ausência de hierarquia profissional e suporte emocional. Além disso, afirmam que este ambiente auxilia no enfrentamento das dificuldades e promove o trabalho colaborativo.

[...] porque a gente consegue fazer essa coesão: cada um trazendo seu conhecimento, mas respeitando. Aqui não tem hierarquia de médico. A equipe discute junto. Eu acho que a gente é inter, eu não consigo ver a gente trans. Ah, eu consigo ver muito a gente trans. Eu achava que era utopia, mas eu consigo ver em muitos momentos aqui. [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] o CAPS é um serviço de alta complexidade, nós não temos tomógrafos, como o hospital de base que tem maior complexidade, mas nós temos cabeças pensantes [...] (Profissional do CAPS AD).

[...] é a união de equipe, né. Sendo unidos, eu acho que ajuda muito a gente a levar ao serviço, né. Eu que faz bem ao profissional, porque a responsabilidade, você acaba compartilhando ela. A gente consegue ser uma equipe trans, que é uma coisa raríssima, né. Por que num serviço de saúde é muito multi. Eu acho que a gente consegue ser trans. [...] (Profissional do CAPS AD).

Neste estudo, portanto, os participantes apresentaram a percepção das práticas e estratégias terapêuticas na rotina dos CAPS AD e os aspectos problemáticos associados a essas rotinas. Além disso, apresentaram necessidades como: o desenvolvimento de uma gestão participativa dos processos de trabalho, de organização de rotinas que incluam práticas diversificadas do modelo psicossocial, que respondam as demandas e produzam bons

resultados junto aos usuários. Além disto, os participantes do estudo relataram demandas de maior suporte institucional à aprendizagem em serviço, à capacitação e ao cuidado com a saúde do cuidador. Esses investimentos promoveriam melhorias dos serviços em função da qualificação dos profissionais para atuação segundo o modelo psicossocial.

## **5. Considerações finais**

Os CAPS AD são serviços que surgiram para constituir mudanças no cuidado às pessoas com problemática das drogas. Fruto do movimento da reforma psiquiátrica, esse serviço foi criado para protagonizar um cuidado humanizado em uma abordagem multifatorial que reconhece aspectos contextuais do sujeito, em que o tratamento se baseia na busca de fatores de proteção, diminuição de fatores de risco e redução de danos. Neste cenário de renovação, os CAPS AD deveriam constituir-se como espaços de desenvolvimento das diretrizes da Política de Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas. Porém, na realidade, apresentam-se distantes do perfil ideal descrito nos documentos governamentais, se considerados os resultados deste estudo.

A análise de conteúdo dos grupos focais e das entrevistas com os profissionais dos três CAPS AD do estudo mostrou 11 categorias, das quais 07 descreveram dificuldades quanto ao funcionamento do serviço. Ou seja, problemas de infraestrutura, quadro de pessoal e fragilidades ligadas à gestão de escalas de serviços, além e dificuldades de adoção das práticas de inserção social e outras preconizadas pelo modelo psicossocial de cuidado, são alguns exemplos da inadequação das condições de trabalho, que comprometem diretamente a atuação dos profissionais e suas interações com usuários e sociedade.

Na realidade desses serviços, estes problemas estão relacionados diretamente à dificuldade de adoção das práticas terapêuticas recomendada pelas diretrizes e políticas que, segundo a opinião de entrevistados, dificultam o atendimento das demandas do usuário, causando evasão, casos de recaída, além de sofrimento e risco de adoecimento dos profissionais. As questões contextuais descritas pelos profissionais revelam condições de trabalho pouco propícias à adoção do modelo de cuidado preconizado pelas diretrizes e políticas. Os resultados evidenciaram que essas condições precárias de trabalho acometem, de certa forma os três CAPS AD.

Os resultados deste estudo no que se refere às rotinas, práticas e estratégias terapêuticas mostram que os profissionais ainda não aplicam em sua integralidade o modelo psicossocial e não promovem a contento ações externas ou de rede.

Os participantes do estudo perceberam necessidade de uma gestão participativa, de uma estrutura organizacional com rotinas bem definidas, sistematização das práticas realizadas e de constituição de evidências tanto sobre o perfil epidemiológico do usuário, como de boas práticas. Mas, citaram problemas diversos que dificultam a promoção dessas melhorias. Diretrizes nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, 2005,2012; UNODC e WHO, 2008) confirmam essas necessidades levantadas pelos profissionais como condições necessárias à constituição do modelo psicossocial com uma prática científica na área da saúde mental. Atualmente se faz necessário constituir evidências de práticas efetivas que instituem e fortaleçam o modelo psicossocial de cuidado, o que observa que são escassas na literatura da área.

Meireles, Costa e Parreira (2013), em estudo sobre formação em saúde, trabalho e sofrimento de profissionais dos CAPS AD, encontraram escassez de recursos humanos e materiais (29,41%), sobrecarga de trabalho (23,53%), ausência de prescrito que oriente o serviço e tipo de demanda do CAPS AD (17, 65%) e falta de conhecimento para atuar (11,76%) como fatores que causam sofrimento nos profissionais desse serviço. Além disso, esse mesmo estudo mostra que os profissionais consideram deficitárias as ações educativas oferecidas aos profissionais dos CAPS AD, as quais são pré-formatadas, sem a escuta das necessidades de aprendizagem dos cursistas e distanciadas da realidade do cotidiano dos serviços. Este estudo apresentou resultados similares e que corroboram essas fragilidades nos serviços e rotinas dos CAPS AD.

Investimentos governamentais foram feitos para realinhar, reestruturar, implantar e ampliar as redes de atenção psicossocial, em especial os CAPS AD nos últimos cinco anos. Além desses, foram feitos investimentos em formação, capacitação e qualificação em nível de pós-graduação dos profissionais, com a finalidade de oportunizar aprendizagens sobre conteúdo da área e o desenvolvimento de competências necessárias à atuação bem sucedida junto ao usuário e comunidade.

Entretanto, os currículos de graduação na área da saúde parecem ter mantido a tendência de uma formação uniprofissional, especializada, apesar dos programas de apoio à melhoria do ensino de graduação e pós-graduação em saúde. Quanto à educação permanente e a aprendizagem em serviço, observa-se que, segundo os entrevistados, não atendem as expectativas e demandas de desenvolvimento de competências para atuação nos CAPS AD. Além desses problemas, observam-se: a falta de estudos sistemáticos de avaliação de necessidades de aprendizagens junto aos profissionais de saúde mental e de avaliação dos

efeitos dos treinamentos sobre o desempenho dos egressos e a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

O resultado desta pesquisa mostra que, mesmo tendo participado de treinamentos, o profissional tem dificuldade para transferir novas aprendizagens para o trabalho, em função de diversos fatores, alguns dos quais ligados à falta de suporte institucional e organizacional (infraestrutura, recursos materiais, recursos humanos, gestão das jornadas de trabalho, práticas de admissão e lotação de pessoas, sobrecarga, transporte), à falta de treinamentos capazes de desenvolver o trabalho colaborativo em rede, bem como, a falta de supervisão clínica regular, que auxilie o profissional a melhorar suas práticas e estratégias terapêuticas e a enfrentar o sofrimento e o estresse do cotidiano dos CAPS AD.

Lacerda e Abbad (2003) afirmam que a importância de treinamentos no âmbito do trabalho são ferramentas para mudanças de atitudes, conhecimentos ou habilidades necessárias para o desempenho humano. Além disso, devem ser concebidos pelas organizações como um sistema integrado formado por diversos subsistemas (análise de necessidade de treinamento, desenho das estratégias de ensino aprendizagem, execução do treinamento e avaliação de reações, aprendizagem e efeitos sobre o desempenho do egresso sobre a organização na qual ele trabalha) que mantêm entre si um fluxo constante e dinâmico de informações em um processo contínuo de retroalimentação e aperfeiçoamento (Borges-Andrade, Abbad, Mourão, 2006; Abbad et al, 2012).

A expressão de competências no trabalho é função dos saberes dos indivíduos (conhecimentos, habilidades e atitudes), das suas motivações (desejos, necessidades e expectativas) e das condições de trabalho. A transferência de novas aprendizagens para o trabalho manifesta-se sob a forma de ações dirigidas a metas e à missão da organização. Porém, o egresso de eventos de capacitação, além de ter adquirido novos saberes, precisa querer demonstrá-los no trabalho e ter condições organizacionais propícias para agir de acordo com o aprendido. (Borges-Andrade, Abbad, Mourão, 2006; Abbad et al, 2012). Os resultados desta pesquisa mostraram que há necessidade de melhorar as condições de trabalho, aprimorar as práticas de ingresso e lotação de servidores nos CAPS AD, bem como propiciar treinamento compatível com o serviço e as reais demandas dos profissionais.

No campo da saúde mental, o Plano Crack, é Possível Vencer foi um fato ocasionado pelo movimento social e político da epidemia do crack e que foi significativo na história da reforma psiquiátrica, pelos investimentos públicos ocorridos no campo da droga, por meio da ampliação dos CAPS AD e na educação permanente dos profissionais da rede intersetorial, mas que ainda não teve seus resultados avaliados. Os resultados dessa pesquisa indicam que o

modelo de saúde mental para problemática das drogas, tal como definido pelas diretrizes nacionais e internacionais, não se encontra totalmente institucionalizado nos três CAPS AD do estudo.

Entre as contribuições desta pesquisa estão, o diagnóstico de problemas de infraestrutura e suporte institucional à aplicação integral do modelo psicossocial, bem como a identificação das condições de trabalho que precisam ser melhoradas para a segurança e qualidade do serviço ao usuário, diminuindo a evasão e o sofrimento dos profissionais que atuam na área.

Uma das limitações deste estudo é não ter abrangido uma amostra representativa de CAPS AD no Brasil, o que impossibilita a generalização direta dos resultados. Porém, os achados são confiáveis, na medida em que descrevem o perfil atual desses serviços, a partir de diversas fontes de informação, métodos de coleta de dados, de triangulação e síntese interpretativa, com a participação de juízes.

As práticas e estratégias terapêuticas adotadas, o contexto e as interações dos CAPS AD com os usuários, a comunidade e a rede intersetorial foram estudados com base nos valores, princípios e diretrizes subjacentes ao modelo psicossocial de atenção ao usuário de drogas, e também a partir das percepções dos profissionais sobre a realidade dos serviços. Neste sentido, observou-se que estudos sistemáticos precisam ser realizados, de modo a aumentar a validade externa deste estudo, aprimorar o diagnóstico e indicar caminhos adicionais para superar os desafios à institucionalização do modelo psicossocial. São necessários também estudos que possibilitem a construção de medidas de monitoramento, acompanhamento e avaliação da eficiência, eficácia (adesão ao tratamento) e efetividade (segurança do usuário, reinserção social, promoção à saúde e qualidade de vida). Este estudo mostrou indícios de alta evasão de usuários o que parece indicar que os serviços não tem sido eficazes, nem efetivos.

Para isso, sugerem-se, pesquisas futuras, com maior atenção, na continuidade da descrição sobre o perfil em outras realidades, de estudos sistemáticos das práticas desenvolvidas, para constituir progressivamente este modelo como uma ciência de evidências e de estudos sobre modelo de aprendizagens para este campo específico que delinieie as necessidades de aprendizagens e as competências inovadoras do modelo psicossocial.

A seguir será apresentada a discussão integrativa sobre os artigos apresentados.

# DISCUSSAO INTEGRATIVA



Esta seção destina-se a discutir os principais resultados dos cinco artigos relatados anteriormente, resultado de dois estudos desta tese.

Esses estudos possibilitaram o alcance dos objetivos geral e específicos. Os resultados obtidos e trabalhados nos cinco artigos apresentados nesta tese procuram descrever e analisar, a partir de diferentes estratégias metodológicas, as diretrizes das políticas governamentais sobre o ensino superior em saúde, a educação permanente em serviço, o modelo psicossocial de cuidado no campo das drogas e a caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), comparando a realidade de três, em termos das práticas e estratégias terapêuticas adotadas, dos itinerários de tratamento de usuários e dependentes de drogas e das demandas de aprendizagens dos profissionais que compõem as equipes desses serviços, com os parâmetros de adesão ao modelo psicossocial contidos nas diretrizes e políticas dessa área. .

Os conteúdos descritos e analisados nos artigos foram: a formação profissional em saúde, a partir das mudanças no paradigma em saúde, desde 1932 até a atualidade, no ensino superior e na educação permanente em serviço, descrevendo suas implicações na qualificação dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e compreendendo as competências profissionais estabelecidas nas diretrizes curriculares para o campo da saúde; as diretrizes nacionais e internacionais governamentais, a origem do atual modelo de cuidado para o tratamento adotado de pessoas em uso abusivo e dependente de drogas, caracterizando o modelo psicossocial, a estrutura necessária dos CAPS AD e o perfil de competências aos profissionais para sua atuação nesses serviços; a dinâmica organizacional dos CAPS AD elegidos para o estudo, por meio dos documentos disponibilizados por cada serviço, possibilitando relacionar em termos do quantitativo do porte populacional, objetivos e princípios do funcionamento, atividades desenvolvidas na atenção ao usuário, recursos humanos, recursos humanos para acolhimento noturno, estrutura física, recursos físicos e materiais mínimo e incentivo financeiro mensal dos manuais e portarias governamentais; os itinerários de cuidado dos usuários em atendimento no CAPS AD elegidos para a pesquisa, por meio de uma amostra de prontuários dos serviços, compreendendo a realidade ocorrida das práticas e estratégias terapêuticas utilizadas no tratamento dos problemas associado ao consumo de drogas e confrontar com os parâmetros e princípios instituídos pelas diretrizes governamentais sobre o modelo de cuidado psicossocial; e a percepção dos profissionais dos CAPS AD do estudo com relação ao contexto atual desses serviços, as práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas e suas demandas de aprendizagens. Possibilitando analisar o contexto da realidade apresentada sobre os CAPS AD e a formação e educação permanente

recebida pelos profissionais, além das dificuldades e facilidades da realidade desses serviços para o desenvolvimento do modelo psicossocial, relacionando com as diretrizes da política.

A conjugação de abordagem qualitativa e quantitativa com o uso de múltiplas fontes e métodos de coleta e análise dos dados possibilitou a descrição detalhada dos CAPS AD, tal como definida em documentos, à análise da realidade desses serviços, bem como à comparação de ambos os cenários para a reflexão sobre as lacunas e desafios enfrentados pelas equipes desses serviços para adotarem o modelo psicossocial de cuidado em sua íntegra e para a apresentação de demandas de aprendizagem e educação permanente, entre outras necessidades de melhorias em infraestrutura, interação com a rede intersetorial e gestão do modelo de cuidado.

Os estudos são complementares e mostram condições atuais e estágio de implantação das políticas públicas, como a Política Nacional sobre Drogas. A Figura 22 descreve os objetivos atingidos e apresenta sucintamente os principais resultados das pesquisas relatadas nos cinco artigos que compõem esta tese.

#### **Artigo 1**

Evolução nos investimentos das políticas de formação e educação permanente em saúde mental e suas implicações na qualificação das equipes de saúde mental e dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

#### **Objetivos atingidos**

- ✓ Descrever evolução do ensino superior em saúde no Brasil de 1932 até a atualidade;
- ✓ Analisar as competências e habilidades em saúde contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde relacionando às competências requeridas pela adoção do modelo psicossocial pelos profissionais que atuam nos CAPS AD;
- ✓ Analisar a importância da educação permanente em saúde na realidade dos CAPS AD;
- ✓ Analisar os planos e políticas governamentais de capacitação de profissionais que lidam com o tratamento de pessoas com problemas de drogas nos serviços intersetoriais, como o CAPS AD.

#### **Principais Resultados**

Surgimento de diretrizes e políticas de reorientação do ensino em saúde com a defesa da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

O perfil de competências do profissional de saúde requerido pelo novo modelo de cuidado inclui competências e habilidades complexas, um perfil generalista, humanista, crítico, reflexivo e capacitado para tomar decisões, coletar evidências sobre resultados do cuidado, pautando as práticas terapêuticas em análises de dimensões biopsicossociais, de modo a promover inserção social de usuários, redução de danos e riscos e otimizar os fatores de proteção ao consumidor abusivo e dependente de drogas. Esse perfil é considerado estratégico para a adoção e a gestão bem sucedida do novo modelo, em termos de efetividade e busca de melhores respostas dos usuários e dependentes.

Princípios e diretrizes do ensino superior em saúde e da educação permanente em serviço são problemáticos na sua concretude, pela desigualdade de acesso a vagas em treinamentos, acesso, dificuldade avaliar currículos dos profissionais de saúde. Trata-se de uma política em fase de consolidação, que enfrenta dificuldade de impactar positivamente a adoção do modelo psicossocial de cuidado e melhorar a qualidade dos serviços e a segurança do usuário atendidos pelas equipes multiprofissionais nos CAPS AD. A EPS, apesar dos vultosos investimentos financeiros ocorridos nos últimos cinco anos, por meio do Plano Crack é possível Vencer, ainda se mostra distante de suprir necessidades de aprendizagem e o perfil de competências desejável aos profissionais dos CAPS AD, uma vez que ainda não houve oferta de cursos ou outras



oportunidades de aprendizagem em serviço para todos os profissionais lotados em todos os CAPS AD do Brasil. As ações de capacitação e educação permanente em serviço se restringem a apenas aos serviços localizados em grandes centros urbanos como Sudeste e Sul.

Cursos de capacitação ainda estão distantes do modelo psicossocial, não oferecendo uma formação sobre os assuntos relativos ao indivíduo consumidor ou dependente, de acordo com uma abordagem inter e multidisciplinar em cenário de prática situado nos CAPS AD e em seus territórios, com foco na inserção social, na redução de riscos e na promoção de fatores protetivos no tratamento de usuários e dependentes de drogas. Os cursos parecem não simular a adoção do modelo psicossocial cuidado, como instituído pelas diretrizes das políticas públicas. A literatura sugere a adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem em serviço, porém esse tipo de estratégia formativa ainda não tem sido amplamente adotado em EPS.

Apesar das diretrizes do ensino superior e da educação permanente em serviço definirem a importância ao estímulo do desenvolvimento de competências gerais e de capacidades de aprender continuamente, não apenas acumulando conhecimentos, mas sendo capaz de expressá-los, as práticas educativas em saúde não têm oportunizado a integração entre teoria e prática, tampouco a aprendizagem em serviço e em cenário de prática.

## Artigo 2

O modelo de cuidado para o tratamento de pessoas em consumo abusivo de drogas: mudanças na gestão dos CAPS AD e no perfil de competências dos profissionais

### Objetivos atingidos

- ✓ Apresentar marcos normativos que influenciam a substituição do modelo de cuidado adotado pelo CAPS AD;
- ✓ Descrever princípios do modelo psicossocial, as práticas e estratégias terapêuticas consideradas eficazes ao tratamento;
- ✓ Descrever condições necessárias de implantação do modelo de cuidado no CAPS AD, em termos de gestão clínica e condições organizacionais necessárias;
- ✓ Descrever o perfil de competências e habilidades requerido aos profissionais dos CAPS AD para adoção do novo modelo.

### Principais Resultados

**Mudanças progressivas no campo da saúde mental para o tratamento do consumo de drogas**, como:

1. Inclusão dessa temática nas agendas governamentais nacionais e internacionais,
2. Promoção de ações intersetoriais, criação de uma rede específica de atenção (RAPS),
3. Mudanças no modelo psicossocial de abordagem de reabilitação psicossocial para o de inclusão social, com práticas extracaps em parceria com atores intersetoriais, primordialmente entre o SUS e o SUAS;
4. Mudanças na estrutura dos CAPS AD para acolhimento 24 horas e como mediador no cuidado para rede intersetorial;
5. Estudos que apontam para um perfil do consumo de droga,
6. Danos físicos e psíquicos ocasionados pelo consumo abusivo e questões associadas as vulnerabilidades sociais (tráfico, violência, problemas judiciais, e suicídio e comportamento de risco).

### Modelo psicossocial – 09 diretrizes

Disponibilidade acesso do usuário ao serviço; triagem, avaliação e diagnóstico; registro de informações e evidências tratamento; tratamento com base nos direitos humanos; atendimento grupos/contextos específicos; intervenções com pessoas envolvido com o sistema jurídico criminal; envolvimento do usuário na comunidade; gestão clínica; sistema de tratamento.

Práticas eficazes- psicoterapia cognitivo comportamental, entrevista motivacional, gerenciamento de caso, auto ajuda, atividade socioculturais, vocacionais; inserção usuário emprego; orientação jurídica, investimento na aliança terapêutica.

**Gestão dos CAPS AD, as políticas definem** estrutura do serviço, protocolos, equipe qualificada, supervisão ou outra forma de suporte, recursos financeiros, comunicação com a rede, sistemas de controles de práticas, atualizações dos profissionais das equipes, capacitação profissionais pela educação permanente e continuada. Além disto, há diretrizes que sugerem 58 práticas e estratégias terapêuticas a serem adotadas pelas equipes dos CAPS AD no tratamento e cuidado do usuário de drogas. **Competências** necessárias à aplicação do modelo psicossocial de cuidado pelos profissionais que atuam em CAPS AD: incluem um perfil de técnico especialista, administrador gerente, educador, articulador, e interlocutor para atuação em equipes e em rede intersetorial,

<p><b>Artigo 3</b> A estrutura e dinâmica organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)</p>
<p><b>Objetivos atingidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Descrever o funcionamento e dinâmica dos CAPS AD do estudo em relação as características do território, estrutura organizacionais, o perfil dos profissionais e usuários dos serviços relacionado aos parâmetros das políticas</li> <li>✓ Analisar os pontos de fragilidades e dificuldades dos CAPS AD relatadas na literatura nacional e dificuldades de implantação no Brasil</li> </ul>
<p><b>Principais Resultados</b></p> <p><b>De acordo com profissionais dos três CAPS AD estudados, diversos problemas organizacionais e de condições de trabalho tem interferido negativamente na adoção integral do modelo psicossocial de cuidado. Entre os problemas e desafios estão os relacionados à inadequação de instalações, infraestrutura física, localização, acessibilidade, insuficiência ou falta de recursos materiais e financeiros para realização de algumas atividades e práticas terapêuticas,</b> abrangência territorial muito superior à recomendada pelas normas (1 CAPS AD para cada 200 a 300 mil habitantes), dificuldade de interação com a rede para inserção social e acompanhamento dos casos, práticas inadequadas de gestão de pessoas (seleção, lotação, treinamento, escalas de serviço) e dinâmica organizacional dos CAPS AD. Esses fatores foram reportados como pontos de fragilidade, que dificultam a consolidação do novo modelo de cuidado estabelecido pelas políticas dessa área.</p> <p><b>Há distinções significativas entre os dois CAPS AD do DF e o de SP. Na Tabela 38 são apresentadas essas distinções. Os dois primeiros possuem uma abrangência territorial muito maior do que as normas preveem e bem superior à abrangência do CAPS AD de São Paulo.</b> Há diferenças entre as unidades também, no que tange ao número de usuários atendido, estrutura de funcionamento do serviço, grau de interação e suporte da rede, proporção de utilização de práticas psicossociais e de práticas clínicas tradicionais, típicas do modelo biomédica.</p> <p>O perfil dos usuários e profissionais mostraram-se com características distintas entre os CAPS AD do estudo. Os profissionais dos CAPS AD apresentaram um predomínio de profissionais de enfermagem, do sexo feminino, de nível superior e médio no CAPS AD, dois anos de atuação nesse serviço e 20 horas semanais de trabalho. Os usuários são do sexo masculino, com consumo de múltiplas drogas, que procuram o serviço de forma espontânea. Os profissionais do CAPS AD SP são predominantemente do sexo feminino, auxiliares de enfermagem, com vínculo celetista, jornada semanal de 36 horas de trabalho e tempo de serviço de 1 a 2 anos. Os usuários apresentam um predomínio de pessoas do sexo masculino com consumo de múltiplas drogas.</p> <p>No <b>CAPS DF</b> há uma abrangência populacional duas vezes superior ao índice instituído (200 mil habitantes por CAPS AD). As práticas mais adotadas nesses serviços são os atendimentos individuais e estratégias terapêuticas clínicas. De acordo os resultados obtidos da análise de documentos, há poucas atividades extracaps e pouca interação com a rede intersetorial. Observou-se também um alto índice de evasão de usuários ao tratamento.</p> <p>Nos <b>CAPS AD SP</b> observou baixa utilização de práticas descritas nas diretrizes, porém uma expressiva utilização de ações psicossociais, na qual as mais relatadas são as preconizadas como efetivas ao modelo, com projetos comunitários de inserção e trabalho. O índice de evasão do tratamento foi alto (59%), porém menor do que o registrado nos serviços do DF (80,2%).</p>
<p><b>Artigo 4</b> Itinerários de cuidado dos usuários em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)</p>
<p><b>Objetivos atingidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Descrever o perfil sociodemográficos dos usuários, suas condições apresentadas no acolhimento, seu padrão de consumo de droga e as etapas no tratamento;</li> <li>✓ Descrever os padrões de itinerários percorridos pelos usuários desde sua admissão até o seu último registro contido nos prontuários;</li> <li>✓ Apresentar exemplos ilustrativos de cada padrão de itinerários percorridos pelos usuários.</li> </ul>
<p><b>Principais Resultados</b></p> <p>Os itinerários percorridos pelos usuários nos serviços, a partir das práticas e estratégias terapêuticas disponibilizadas pelos profissionais, parecem ter sido construídos prioritariamente para reduzir sinais e sintomas clínicos e psicopatológicos e para reduzir padrão de consumo de drogas. Os resultados mostraram que o levantamento das expectativas, demandas de tratamento e habilidades dos usuários no acolhimento não</p>

foram incorporados aos PTS dos usuários, tampouco embasaram a escolhas ou a indicação de intervenções em grupos terapêuticos e outras atividades extracaps, necessárias à inserção social e ao cuidado integral, singular e voltado ao perfil específico dos usuários, como preconiza o modelo psicossocial.

De um modo geral, as práticas e estratégias terapêuticas adotadas pelos CAPS AD são variadas e algumas delas são baseadas no modelo psicossocial, incluindo atividades em grupo, atendimento individual, atendimento clínico médico, psiquiátrico e psicológico. Entretanto, os resultados da pesquisa feita a partir dos registros contidos nos prontuários mostram um predomínio de práticas e estratégias clínicas adicionais, baseadas em análises de signos psicopatológicos e em terapia medicamentosa, visando à remissão de sintomas.

Foram identificados relatos de intercorrências ao longo do tratamento, como: recaídas frequentes, comorbidades, problemas judiciais, perda da guarda de filhos, envolvimento com tráfico de drogas e ações ilícitas, que interferem na adesão do usuário ao tratamento e são, em parte, responsáveis pela evasão do tratamento oferecido pelos CAPS AD. Essas intercorrências são inerentes ao processo de tratamento dos CAPS AD e são desafios a serem enfrentados pelos profissionais que os impedem a rever o PTS e buscar apoio de rede intersetorial para diversificar as opções de tratamento.

Pelos resultados deste estudo, os CAPS AD parecem atuar como serviços mediadores centrais do cuidado, porém, de certa forma, como membros passivos, quando se trata de atuação conjunta com a rede intersetorial na busca de oportunidades e intervenções de reinserção ou inserção social do usuário em seu território.

As parcerias dos CAPS AD, em especial os sediados no Distrito Federal, com a rede são incipientes. Não existem esforços conjuntos dos CAPS e demais atores da rede para, intencionalmente, ofertar recursos e cuidados integrais ao usuário. Do contrário, o CAPS AD do município de São Paulo faz parte de uma RAPS com diversidade de serviços e recursos de cuidado clínico e psicossocial, como investimentos em projetos de economia solidária na comunidade. O usuário não é apenas vinculado ao CAPS AD, mas também a diversos serviços da RAPS.

Os resultados levantados na evolução dos prontuários confirmaram o predomínio de intervenções terapêuticas internas e poucas iniciativas de atividades externas com os usuários; o que ampliaria as opções de tratamento e inserção social as quais aproximariam os tratamentos oferecidos pelos CAPS AD do modelo psicossocial.

A análise dos prontuários mostrou fragilidade nos registros, alguns dos quais também relatados pelo CREMESP (2010). Observou-se, nos CAPS AD do estudo, que ainda há uma subvalorização do registro sobre o usuário e a evolução do seu tratamento no serviço.

Os cinco padrões levantados na evolução do tratamento dos usuários mostram respostas negativas ou evasão do tratamento, que tem sido essencialmente baseado em intervenções clínicas tradicionais, fundamentadas no modelo biomédico. O tratamento oferecido pelos CAPS AD não tem sido eficaz, marcado por recaídas constantes, evasões e recolhimentos.

## **Artigo 5**

Percepção sobre a rotina, práticas e estratégias terapêuticas e demandas de aprendizagem dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

### **Objetivos atingidos e questões respondidas**

- ✓ Quais as condições que os CAPS AD oferecem e precisam oferecer para que o profissional desenvolva práticas eficazes para o tratamento dos usuários com consumo abusivo e dependente de drogas?
- ✓ A formação dos profissionais dos CAPS AD possibilita o desenvolvimento das práticas preconizadas pelo modelo da Política Nacional sobre Drogas?
- ✓ Quais são as necessidades de aprendizagem dos profissionais de CAPS AD, tendo em vistas as competências necessárias do modelo de cuidado instituído pela Política Nacional sobre Drogas?

### **Principais Resultados**

De acordo com a percepção dos profissionais entrevistados, os CAPS AD ainda não aplicam integralmente o modelo psicossocial de cuidado e não promovem a contento ações externas ou de rede.

Os resultados mostraram que os objetivos da pesquisa foram integralmente atingidos, uma vez que as categorias de conteúdo extraídas das falas dos entrevistados descrevem as rotinas, o funcionamento e as práticas terapêuticas, os problemas de infraestrutura e o acesso dos usuários aos CAPS AD, bem como as

## Conclusão

demandas de aprendizagem e desenvolvimento de competências dos profissionais no serviço para a melhoria da atenção em saúde mental.

Entre as 11 categorias levantadas como resultados das análises de conteúdo das entrevistas, muitas dizem respeito a pontos de fragilidade dos CAPS AD, relacionados a infraestrutura, quadro de pessoal, gestão de escalas de serviços, dificuldades de adoção das práticas de inserção social e outras preconizadas pelo modelo psicossocial de cuidado.

Esses e outros fatores contextuais têm desafios e dificuldades que comprometido adoção de diversas práticas terapêuticas recomendadas pelas diretrizes e políticas e têm dificultado a qualidade atendimento das demandas do usuário, causando evasão, casos de recaída, além de sofrimento e risco de adoecimento dos profissionais.

Os profissionais entrevistados consideram boas práticas a gestão participativa, rotinas bem definidas, sistematização das práticas realizadas e constituição de evidências tanto sobre o perfil epidemiológico do usuário, como sobre a efetividade de práticas e estratégias terapêuticas adotadas no serviço, Mas, elas ainda não estão ocorrendo a contento nos CAPS AD em função de diversos fatores estruturais e contextuais, os quais dificultam a promoção dessas melhorias.

Para os profissionais dos CAPS AD é preciso melhores investimentos em educação continuada e aprendizagem em serviço, participação em atividades de gestão, autoaprendizagem e relacionamento com as instituições de ensino superior que auxilie na falta de conhecimentos sobre o campo de tratamento de álcool e drogas, bem como sobre o trabalho colaborativo em rede e a supervisão clínica. Investimentos em aprendizagens dos profissionais dos CAPS AD, foram observadas no estudo como uma ferramenta para melhorar as práticas terapêuticas, mas também para o enfrentamento do sofrimento e estresse do cotidiano.

As novas competências exigidas aos profissionais dos CAPS AD devem ser estimuladas pela educação em serviço, mas também o serviço deve oferecer condições para que os profissionais possam demonstrá-lo no trabalho, que possibilite transferência de novos conteúdos e habilidades apreendidos. Entretanto, a falta de suporte institucional e organizacional foi uma realidade do estudo, que impacta diretamente nas condições de trabalho e no ingresso e disponibilidade de atuar dos profissionais nos CAPS AD

Diretrizes nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, 2005,2012; UNODC e WHO, 2008) confirmam a coleta de evidências sobre a efetividade do cuidado são condições necessárias à constituição do modelo psicossocial com uma prática científica na área da saúde mental. Atualmente se faz necessário constituir evidências sobre os resultados dessas práticas em termos de indicadores de qualidade do cuidado, resposta e adesão ao tratamento, inserção social e redução de riscos, o que irá subsidiar ações que fortaleçam e instituem o modelo psicossocial de cuidado.

*Figura 22.* Objetivos específicos atingidos e os principais resultados dos cinco artigos

Na tabela 36 são apresentados um quadro resumo comparativo das diretrizes governamentais em relação a aspectos da dinâmica organizacional dos CAPS AD, cenários do estudo.

Tabela 36

*Quadro resumo comparativo entre as diretrizes governamentais e os CAPS AD do estudo*

<b>Caracterização dos CAPS AD</b>	<b>Diretrizes governamentais</b>	<b>CAPS AD DF 1</b>	<b>CAPS AD DF 2</b>	<b>CAPS AD SP</b>
Quantitativo do porte populacional e abrangência do serviço. RAPS	200 a 300 mil habitantes/CAPS AD.  Rede básica, outros CAPS, Unidade de acolhimento, urgência e emergência, programas de economia solidária	527 mil habitantes (02 regiões administrativas do DF)  01 hospitais regional, 12 centros de saúde, 01 UPA, 02 UBS	501 mil habitantes (03 regiões administrativas do DF)  01 hospitais regional, 04 Centros de Saúde, 02 UPA, 03 UBS, 01 CAPS Transtorno, 01 Unidade de acolhimento	240 mil habitantes (Território 6 e 7 com cinco bairros)  02 Hospitais gerais, 01 UPA, 01 Serviço de urgência psiquiátrico 08 UBS, 02 Unidade de Acolhimento, 01 Núcleo de Geração de renda, 01 Pronto atendimento para casos de intoxicação e abstinência, 01 equipe do consultório na rua, 05 CAPS (AD e de transtorno) Habilitado
Origem dos recursos	Habilitação R\$ 100 mil Realinhamento R\$ 70 mil R\$ 78 mil mensais	Realinhado em 2013	Habilitado	Habilitado
Estrutura administrativa	Independente da estrutura hospitalar	Subordinado a Regional de saúde local	Subordinado a Regional de saúde local	Subordinado a coordenação de saúde mental
Espaço físico	Sala para atendimento individual, para distribuição de refeições, para convivência entre usuário e equipe. Banheiro com chuveiros disponível aos usuários; Espaço com 08 a 12 leitos para acolhimento noturno, posto de enfermagem.	Prédio dois andares: subsolo com salas e refeitórios Andar térreo com administrativo, gerência, posto de enfermagem e Unidade de acolhimento integral (12 leitos)	Prédio de três andares: andar térreo com consultório e Unidade de Acolhimento Integral (12 leitos desativados) Segundo andar com salas de grupos e refeitórios	Casa com espaços adaptados para consultórios, refeitórios e mobilidade interna
Recursos humanos/nº usuários	40 profissionais/60 usuários 06 profissionais/12 horas noturno de diversas categorias Mínimo 25 horas semanais Não refere	91 profissionais/776 usuários Predomínio de enfermagem, 02 anos trabalho, com 20 horas semanais Estatutário, sem experiências anteriores em saúde mental	75 profissionais/548 usuários Predomínio de técnicos de enfermagem, 04 anos trabalho, com 20 horas semanais Estatutário, sem experiências anteriores em saúde mental	38 profissionais/173 usuários Predomínio de técnicos de enfermagem, 02 anos trabalho, com 36 horas semanais Celetista
Gestão de recursos humanos				
Organização de tarefas	Serviços de acordo com a necessidade do usuário e família; Intervenções critérios clínicos e psicossociais	Acolhimento, atendimento psiquiátrico e clínico, cronograma de grupos terapêuticos	Acolhimento, atendimento construção do PTS, atendimento psiquiátrico Cronograma de grupos terapêuticos	Acolhimento diurno e noturno; Cronograma de grupos terapêutico; Atendimento em outros serviços; participação em projetos comunitários
Práticas realizadas	58 práticas e estratégias terapêuticas bio psicossocial, voltadas para redução de danos e reinserção social ocupacional.	50 práticas e estratégias terapêuticas realizadas; 05 práticas mais citadas enfermagem e médica Práticas psicossociais menos expressivas nos	44 práticas e estratégias terapêuticas realizadas; Práticas mais citadas enfermagem e médica Práticas psicossociais menos expressivas nos	20 práticas e estratégias terapêuticas realizadas; Predomínio de práticas psicossociais; Práticas clínica médica menos expressivas nos

Continua



## Conclusão

Fluxo comunicacional	Reuniões de equipe, reunião intersetorial, matriciamento	prontuários; Ausência de atividades extracaps Reunião de equipe	prontuários; Ausência de atividades extracaps Reunião de equipe	prontuários; Predomínio de atividades extracaps Reunião de equipe, Reunião diária de passagem de plantão, supervisão clínica, matriciamento, atendimento entre serviço, intercâmbio entre CAPS AD, rede formativa.
Espaços educação permanente	Matriciamento, projeto rede formativa, supervisão clínica, educação continuada	Reuniões semanais discussão de casos	Reunião semanais discussão de casos miniequipes;	Reunião de equipe semanal, supervisão clínica, intercâmbio profissionais de outros serviços
Treinamentos capacitações	Distribuição de recursos para capacitação da equipe técnica	_____	_____	Preceptoría na rede formativa Projeto de rede formativa
Perfil de usuários	Adultos com necessidades advindas do uso abusivo e dependente de álcool e outras drogas	Primeiro consumo álcool, sexo masculino, uso de múltiplas drogas, consumo a mais de dez anos, diariamente, e buscou CAPS AD espontaneamente	Primeiro consumo álcool, sexo masculino, uso de múltiplas drogas, consumo a mais de dez anos, diariamente, e buscou CAPS AD espontaneamente	Primeiro consumo álcool, sexo masculino, uso de múltiplas drogas, consumo a mais de dez anos, diariamente, e buscou CAPS AD espontaneamente, mas é acompanhado por outros serviços da RAPS.
Protocolos	Registro de informações e de evidências sistemática do tratamento	Termo de consentimento, acolhimento, avaliação de enfermagem, protocolo de evolução CIWA AR	Protocolo do PTS, acolhimento, evolução, genograma, ecomapa	Cartão de frequência, cadastro Hygic (Secretaria de Saúde)

Os Artigos 1, 2, 3 e 4 apresentaram uma descrição sobre as diretrizes tanto do ensino superior em saúde como do modelo psicossocial e de tratamento da problemática das drogas e a caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Foram convergentes nas descrições sobre as mudanças ocorridas no paradigma em saúde e as transformações necessárias à formação em saúde, à gestão dos serviços, como os CAPS AD e ao perfil de competências e habilidades dos profissionais para a consolidação de políticas públicas inovadoras e necessárias da atualidade. Além disso, apresentaram em comum a base para essas mudanças foram relacionadas na complexidade das novas tecnologias em saúde e do tratamento da problemática sobre o consumo abusivo e dependente de drogas.

Os documentos governamentais estudados nesses artigos foram as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde, a Lei de Diretrizes e Bases dos Cursos de nível Superior, o PROUNI e o REUNI; a Política de Educação Permanente; a Política de

Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas, nas quais são reconhecidas como resultado de grande mobilização ideológica da população, em fatos históricos, que promoveram iniciativas para instituição de mudanças no pensamento e na forma de produzir saúde. Entretanto, essas políticas públicas, ainda estão em processo de implantação e consolidação.

Os documentos governamentais estudados encaminham diretrizes de investimento aos profissionais para novas competências que respondam ao modelo de cuidado, porém estas se mostram amplas, subjetivas e complexas. Os resultados dos estudos empíricos (Artigos 4 e 5) indicaram que, segundo os entrevistados, os profissionais não possuem todas as competências necessárias à adoção do modelo psicossocial, uma vez que não tiveram essas competências desenvolvidas pelos cursos de graduação (uniprofissionais e focados no modelo biomédico), tampouco supridas pelos cursos e pelos programas de educação permanente em saúde

O ensino superior apresentou um crescimento no número de cursos em saúde, por meio do PROUNI e REUNI, mas também investimentos em qualidade na formação, com reestruturação das diretrizes curriculares para os cursos de saúde, mas também, com o estímulo ensino-serviço como grande eixo dos projetos Pró-saúde e Pet-saúde. A política de educação permanente, instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, possibilitou incluir na agenda política questões relacionadas à formação profissional para atender as demandas dos usuários do SUS. Porém, no campo da saúde mental, e especificamente no de drogas, ainda se mostra incipiente nas ações, representado pelas referências dos profissionais dos CAPS AD, apresentado no Artigo 5, que relacionam com dificuldades no acompanhamento e tratamento dos usuários nos serviços e em consequências danosas para a saúde dos mesmos. Os dados do estudo empíricos mostraram que as necessidades de aprendizagem, apesar do incentivo governamental como agenda pública e com recursos específicos na área, não estão sendo desenvolvidas a contento do modelo psicossocial e das reais necessidades dos profissionais e serviços.

Os investimentos em formação ao profissional de saúde apresentados no Artigo 1, mostraram-se nesse estudo, por meio das percepções dos participantes, com lacunas significativas, tanto no ensino superior anterior ao trabalho nos CAPS AD, na qual os profissionais referiram ausência de aprendizagens no campo da saúde mental, como também no incentivo para capacitações, espaços de troca, com ausência de investimentos da gestão no estímulo de uma cultura de produção de conhecimentos e de evidências. No estudo, apesar do investimento atual em atualizações e capacitações, os profissionais não conseguem transferir conhecimentos apreendidos, pelas dificuldades descritas no Artigo 4, em relação à falta de suporte institucional e organizacional. Portanto, questões relacionadas à aprendizagem dos

profissionais são fatores que comprometem no desenvolvimento de ferramentas para mudanças de atitudes, conhecimentos ou habilidades necessárias para o desempenho humano. (Lacerda e Abbad, 2003).

Diversos autores apresentaram críticas sobre a qualidade do ensino universitário em cursos das áreas de saúde, entre as quais estão: o uso inexpressivo de metodologias ativas e atividades formativas em cenários reais e a ênfase no ensino unidisciplinar e focado no modelo biomédico, o que dificulta a atuação em equipes multiprofissionais e em rede com base no modelo psicossocial, de base humanista e a adoção de novas práticas e estratégias terapêuticas pelos profissionais que já se encontram no serviço (Murofuse, Rizzotto, Muzzolon & Nicola, 2009; Castro & Campos, 2014; Amarante & Da Cruz, 2008, Albuquerque et al., 2008). Porém, nota-se que um crescimento nos investimentos governamentais voltados à reorientação dos cursos de graduação em saúde, a ampliação e a democratização do acesso dos profissionais dos CAPS AD a programas e oportunidades de aprendizagem contínua “em” e “para” o serviço. Porém, os resultados apresentados no Artigo 5 mostraram que os profissionais dos CAPS AD não têm recebido os treinamentos de que necessitam para uma atuação eficaz no cuidado do usuário de drogas. Isto mostra que as políticas talvez ainda não tenham impactado positivamente nos serviços, em parte em função de condições organizacionais adversas, em parte pela falta de capacitação específica das equipes dos CAPS AD e suporte à aprendizagem em serviço. Os cuidados prestados pelos CAPS AD aos usuários ainda estão distantes dos preconizados pelo modelo psicossocial. As respostas dos usuários ao tratamento, se considerados os resultados dos itinerários percorridos pelos usuários durante o tratamento, são predominantemente desfavoráveis, com alto índice de evasão e poucos indícios de inserção social, diminuição dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção do usuário. Os índices de evasão do tratamento, provavelmente, estejam indicando a necessidade de aprofundar e ampliar o diagnóstico para uma amostra maior de CAPS AD, visando aferir com precisão a amplitude do problema.

É importante destacar que resultados dos estudos relatados nos Artigos 2 e 3 mostraram que, para a implantação do modelo de cuidado, há necessidade de investimentos no serviço, equipe e em ações intersetoriais. Pontuando também que, a ausência desses investimentos causaria a manutenção das velhas rotinas e práticas de cuidado aos usuários em tratamento da dependência de drogas.

O Artigo 3 partiu dos resultados da análise dos documentos governamentais apresentados no Artigo 2 e objetivou compreender, a partir do estudo de campo dos documentos relativos aos serviços, as diretrizes que regulamentam a estrutura e a dinâmica



organizacional dos CAPS AD, em relação ao porte do serviço em termos de abrangência populacional, localização e área de abrangência territorial, tipos e origem dos insumos, aspectos gerais e o quantitativo de servidores por categoria profissional, gestão de recursos humanos (ingresso, acompanhamento, ascensão funcional), estrutura organizacional, tecnologia (equipamentos, procedimentos e métodos), produtos/serviços e relação como meio externo.

Na comparação entre os três CAPS AD do estudo, observaram-se diferenças entre eles, com relação a aspectos estruturais, a utilização dos recursos terapêuticos e aos investimentos em estratégias formativa da equipe (Tabela 23). O porte populacional de abrangência do CAPS AD SP, o número de usuários em relação ao quantitativo de recursos humanos, as diversas relações com a RAPS, a estrutura administrativa independente, a utilização de práticas predominantemente extracaps, a riqueza de recursos comunitários de apoio ao emprego e à inserção social dos usuários, foram aspectos favoráveis apresentados e que mostra uma proximidade das várias práticas de cuidado às diretrizes nacionais e internacionais. Os CAPS do DF são responsáveis pela prestação de serviços para um número duas vezes maior de habitantes do que o previsto nas normas governamentais, atendem um número elevado de usuários em relação ao número de profissionais, possuem suporte das RAPS e adotam práticas e estratégias predominantemente clínicas e de atendimento individual com ausência de atividades terapêuticas extracaps.

Há diferenças nos CAPS AD do estudo em relação ao nível de evasão dos usuários. O CAPS SP registrou um índice inferior aos CAPS AD DF. Entretanto, apesar das diferenças no funcionamento e no alinhamento dos serviços ao modelo de cuidado, os índices de evasão de usuários são altos nos três CAPS AD do estudo, que revela a existência de outros fatores que estão associados à efetividade do modelo de cuidado.

Investimentos em EPS com os profissionais dos CAPS AD foi considerado uma estratégia relevante e complementar na consolidação do modelo psicossocial, tanto nas diretrizes apresentadas no Artigo 2, como na dinâmica organizacional (Artigo 3) e nas percepções dos profissionais (Artigo 5). No município de São Paulo, observou-se uma variabilidade de ações de aprendizagens, de educação continuada e permanente em serviço, com diversos espaços de troca de experiências interserviços, cumprindo com uma diretriz instituída pela Política de Saúde Mental, para os CAPS, de servir como um espaço de experiências formativas e como mediadores da educação permanente na rede intersetorial, como por exemplo com práticas de matriciamento. Nos CAPS AD DF a única prática de

aprendizagem ocorrida é a reunião de equipe semanal, na qual a equipe não participa na sua integralidade.

A diferença apresentada entre os CAPS AD de São Paulo e do Distrito Federal em relação ao funcionamento, estrutura e dinâmica organizacional foram apresentados nos Artigos 3 e 5, e confirmam os dados do Ministério da Saúde (2011) com relação ao crescimento e desenvolvimento díspar desses serviços pelo Brasil, com ausência de sistematização do serviço e falta de avaliação e controle das atividades pelos organismos governamentais, ou seja, de regulação pelos órgãos responsáveis pela implementação das políticas.

Pelos documentos governamentais (Ministério da Saúde, 2004, 2011) os CAPS AD são apresentados como uma organização de estrutura aberta, na qual sugere que o serviço esteja preparado, a qualquer momento e independente das demandas, para acolher o usuário. Além disso, descrevem que esses serviços produza um cuidado interdisciplinar, com investimento por meio da comunidade, para a diminuição dos danos do consumo abusivo e a inserção social. Entretanto, os dois CAPS AD estudados encontram-se distanciados das diretrizes, pois atendem uma população muito maior do que a desejável para este tipo de serviço de saúde e, possivelmente por serem novos, ainda não estabeleceram interações mais estreitas com a rede intersetorial e ainda não superaram diversos problemas de infraestrutura física e condições de trabalho. Entretanto, apesar dessas condições adversas interferirem na adoção integral do modelo psicossocial de cuidado, não são aparentemente as que mais dificultam a melhoria dos serviços prestados pelos CAPS AD. A falta de oportunidade de aprendizagem em serviço e de programas de capacitação dos profissionais para a atuação almejada parece ser um dos aspectos que precisam ser enfrentados e superados. Essas questões foram reforçadas no Artigo 5 pela percepção dos profissionais confirmam a existência de diversos problemas e desafios presentes no cotidiano de trabalho dos CAPS AD.

Diversos autores (Kantorski et al., 2009; Silva, Lancman, 2009; Nascimento, Galvanese, 2009; Onocko-Campos, Furtado, Passos, Ferrer, Miranda & Gama, 2009; Tomasi et al., 2010; Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider & Camatta, 2011; Loiola, Bastos, Queiroz & Silva, 2014) descrevem fragilidades dos CAPS AD, entre os quais problemas relacionados à forma pouco eficiente como os serviços vem se estruturando e desenvolvendo a gestão no serviço, além de problemas de infraestrutura, de dispensa de medicamentos e de normatização de práticas e de estratégias terapêuticas, as quais foram confirmadas pelos estudos relatados nos Artigos 3, 4 e 5.

O relatório do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), na sua avaliação sobre os CAPS de São Paulo, apresentou resultados similares aos estudos contidos nos artigos 4 e 5, em relação aos contextos desses serviços, como: carência de profissionais, problemas de infraestrutura, dificuldade de desenvolver práticas externas ao CAPS AD e articuladas com a rede, entre outros. Além disso, considerou que o funcionamento desses centros apresenta falhas e distorções, quando comparados com as diretrizes e parâmetros de qualidade contidos nas políticas governamentais que regulam esses serviços.

O Artigo 4 apresentou um estudo em prontuários dos usuários atendidos nos CAPS AD do estudo, em uma amostra selecionada aleatoriamente para entender a sistemática dos itinerários elegidos pelos usuários frente as práticas e estratégias terapêuticas disponibilizadas pelos profissionais no cotidiano desses serviços. Para isso, utilizou como base a pesquisa realizada no Artigo 2 e 3, em relação aos conteúdos sobre o modelo de cuidado e sobre as práticas e estratégias terapêuticas levantadas nos documentos governamentais, nas quais foram utilizados, como parâmetros na análise desses itinerários.

No modelo de cuidado para as questões relacionadas à problemática de drogas, os documentos governamentais, instituem como um modelo de diminuição de fatores de risco e promoção dos fatores de proteção, formado pela integração e reintegração do usuário, por ações interdisciplinares e intersetoriais, primordialmente, entre o SUS e SUAS, por meio do Projeto Terapêutico Individualizado-PTI, com estratégias de prevenção, controle, intervenção antecipada, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio como medidas necessárias para reduzir as consequências adversas do uso de substâncias psicoativas (SENAD, 2010; OPAS & OMS, 2011). Essas diretrizes descritas apresentaram um distanciamento das realidades dos CAPS AD do estudo, na qual não houve itinerários representativos a essas diretrizes.

Foram levantados os perfis dos usuários, suas demandas apresentadas nos CAPS AD e as práticas e estratégias do tratamento disponibilizados pelos profissionais. Os itinerários mostram que, independentemente das peculiaridades dos casos, houve um predomínio de intervenções clínicas centradas no sintoma da adicção e no padrão de consumo e poucas intervenções baseadas na abordagem psicossocial, em especial nos CAPS do DF. Não foram encontrados nos registros analisados, informações sobre as características e peculiaridades do usuário, no que tange, por exemplo a habilidades, competências e expectativas do usuário em relação ao tratamento.

Foi possível observar nos perfis dos usuários uma variabilidade quanto às características sociodemográficas e às demandas trazidas por eles para os CAPS AD, o que dificultam a elaboração de um plano individual de atendimento e cuidado, que considere as singularidades e os contextos dos usuários. Essa situação mostra que os serviços não estão sendo oferecidos de acordo com as diretrizes dos documentos governamentais (MS, 2004 & SENAD, 2005). Os resultados do tratamento, em qualquer dos cinco tipos de itinerários, são negativos, pois mais da metade dos usuários atendidos abandona o tratamento, inviabilizando a consolidação dos PTS, das atividades extracaps e da interação com a rede intersetorial.

O Artigo 5 apresentou as temáticas discutidas nos artigos anteriores, possibilitando triangular conteúdos estudados e discutidos com as percepções dos profissionais dos CAPS AD do estudo, para entender as temáticas do estudo sob outro prisma de análise. Por meio de entrevistas e grupos focais com os profissionais dos CAPS AD do estudo foi possível levantar 11 categorias de evocações recorrentes que traçam conteúdos relacionados às temáticas desse estudo.

Os resultados do Artigo 5 vão ao encontro com as conclusões apresentadas nos outros artigos. Duas questões centrais levantadas, que dificultam a consolidação do modelo com base nos parâmetros apresentados nos estudos teóricos dos artigos 1, 2 e 3, foram reafirmadas nesse estudo. Nestas estão: problemas de infraestrutura e na estrutura e dinâmica organizacional, que segundo os profissionais, comprometem sua atuação, promovem práticas e estratégias ineficazes, distante das demandas dos usuários e das bases do modelo, como às atividades extracaps e às parcerias de cuidado com a rede intersetorial. Os programas de inserção social foram encontrados em apenas uma realidade dos CAPS AD do estudo, porém, não foram suficientes para aumentar o nível de adesão ao tratamento ou diminuir a evasão de usuários. A questão da evasão do usuário no CAPS AD foi comum nos resultados dos estudos empíricos. No Artigo 4 a evasão foi colocada como uma questão advinda da forma como os CAPS AD estão estruturados. No Artigo 5 foi relacionada a fatores intrínsecos à natureza do problema de uso abusivo e de dependência de drogas, como os quadros psicóticos, ansiosos e comportamentais que inviabilizam o usuário de se posicionar perante seu padrão de consumo, bem como, por fatores extrínsecos, como questões associadas às vulnerabilidades sociais, problemas enfrentados com a justiça e envolvimento com o tráfico de drogas. Entretanto no Artigo 5, a percepção dos profissionais sobre a evasão dos usuários a relacionou à ineficácia das práticas terapêuticas, que não atendem as demandas do usuário, causando além da evasão, casos de recaída, mas também sofrimento e adoecimento dos profissionais. Independente das causas apresentadas sobre a evasão dos usuários nos CAPS AD é importante priorizarmos

estudos sistemáticos, com foco na análise das rotinas, das práticas, do contexto, mas principalmente de recursos humanos, que auxiliem os serviços a minimizar efeitos geradores de evasão e a formular estratégias que aumentem a adesão do usuário ao tratamento.

Portanto, as diretrizes do modelo de cuidado para a problemática das drogas, construídas por modelos em saúde mental mundial e pactuações internacionais, ainda não estão produzindo os efeitos desejados na realidade dos serviços. Há demandas de melhoria na infraestrutura adequando-as às características do cuidado e atividades terapêuticas. Outra questão seja a possibilidade de uma gestão participativa entre os profissionais da equipe dos CAPS AD, com dinâmica bem definida de rotinas, nas quais deveriam incluir: (1) práticas e estratégias terapêuticas diversas, prioritariamente externas aos CAPS AD; e (2) sistema rígido de registro, que permitisse coletar evidências sobre os resultados das intervenções.

É importante destacar que os resultados dos estudos feitos nos três CAPS AD não são generalizáveis, uma vez que representam a realidade desses serviços e não necessariamente a realidade de outros CAPS AD de outros municípios e regiões do Brasil. Entretanto, os achados são confiáveis, na medida em que foram pesquisados com diversas estratégias metodológicas, com distintas variáveis em diversos contextos, com a participação de juízes na validação dos instrumentos de pesquisa e no tratamento e análises dos dados.

Apesar disso, as limitações do estudo foram diversas. Nos estudos teóricos destaca-se a carência de artigos que tratassem as temáticas do estudo, como as práticas terapêuticas ou o ensino em saúde, comprometendo a discussão dos resultados, que não tiveram relatos de pesquisa científica para contrastar e comparar achados e referenciais teóricos. Essa escassez de produção científica sobre o modelo de cuidado e efetividade dos serviços prestados pelos CAPS AD induz à necessidade de mais estudos teóricos e empíricos que ampliem o conhecimento sobre essas temáticas e realidades.

Outra limitação do estudo foi a dificuldade de obter informações que possibilitassem o pareamento e as comparações entre os CAPS AD nos diversos aspectos estudados. Além disto, os prontuários contêm registros lacônicos sobre o estado do usuário e sobre o tratamento. Há poucos registros sistemáticos de intervenções em grupo e extracaps, o que impossibilita a formulação de conclusões sobre a frequência de uso dessas atividades

Por fim como agenda de pesquisa, sugere-se em cada temática do estudo.

Em relação à formação no ensino em saúde e na educação continuada e permanente em serviço: (1) desenvolver estudos sobre necessidades de aprendizagem em serviço e capacitação dos profissionais que possibilitem o planejamento e a oferta de programas educacionais mais próximos das demandas dos serviços e da realidade dos CAPS AD; (2)

estudar com profundidade as competências em saúde para encaminhar estratégias para formação nos currículos em saúde, a serem desenvolvidos nos espaços dos serviços; (3) sugerir revisões curriculares que favoreçam o fomento de perfil de competências conforme o modelo instituído pelas diretrizes; (4) avaliar as estratégias formativas atuais ocorridas nos projetos governamentais para verificar a efetividade dessas ações, em seus efeitos sobre o resultados dos serviços e das instituições de ensino, com divulgação dos métodos utilizados nas boas práticas formativas; (5) incentivar estudos de avaliações de treinamento, desenvolvimento e educação, além de reação, transferência e amplitude de conhecimento e impacto de programas de educação permanente sobre indicadores de qualidade dos serviços e melhoria da resposta dos usuários ao tratamento.

Em relação ao modelo de cuidado, estão: (1) desenvolver estudos sistemáticos sobre a efetividade das estratégias terapêuticas preconizadas pelo modelo de cuidado na realidade dos CAPS AD; (2) realizar estudo comparativo do modelo de cuidado com os adotados em outros países; (3) desenvolver mais estudos sobre a gestão dos CAPS AD, com enfoque na estrutura e dinâmica organizacional, visando identificar oportunidades de melhoria na gestão desses serviços; ; (4) ampliar o estudo descrevendo o cotidiano de CAPS AD de outras regiões do Brasil; (5) realizar estudos sobre a construção de medidas de monitoramento, acompanhamento e avaliação da eficiência, eficácia (adesão ao tratamento) e efetividade (segurança do usuário, reinserção social, promoção à saúde e qualidade de vida); (6) realizar estudo de análise de macrogestão governamental e suas influências na estrutura e dinâmica dos CAPS AD; (7) oferecer estudos de subsídios sobre a dinâmica dos serviços para estimular investimentos gestão de recursos humanos em saúde.

Em relação às práticas e estratégias terapêuticas dos CAPS AD: desenvolver estudos sistemáticos sobre efetividade das práticas e estratégias terapêuticas; (2) realizar estudo de profundidade de práticas reconhecidas como efetivas no serviço; (3) realizar estudos comparativos das experiências exitosas.

# REFERÊNCIAS



**REFERÊNCIAS<sup>5</sup>**

- Abbad, G (org.); Mourão, L(org.) ; Meneses, P (org.); Zerbini, T (org.) ; Borges- Andrade, J (org.) ; Vilas-Boas, R. (org.) (2012). Medidas de Avaliação TD&E: Ferramentas para a Gestão de Pessoas. 1. ed. Porto Alegre - RS: Artmed. v. 1. 304p.
- Alarcon, S. (2014). O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. Em *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Jorge, M; Carvalho, M; Silva, P (orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 296p.
- Albuquerque, V; Gomes, A; Rezende, C; Sampaio, M; Dias, O & Lugarinho, R. (2008). A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de educação Médica*. 32(2), 356-362.
- Afonso, L (2003). Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. In: AFONSO, L. (Org). Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Almeida, M & Rocha, S (1997). O saber na enfermagem e sua dimensão prática. 2ª edição. São Paulo: Cortez.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 3º reimpressão. 142 p.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2º edição.
- Amarante, P, Da Cruz. (2008). *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Arone, E & Cunha, I. (2006). Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia. *Revista BrasileiraEmfermagem*. 59(4).

---

<sup>5</sup> De acordo com estilo APA – American Psychological Association



- Bauman, (2002). *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* ( L T Reto; A Pinheiro, trads.). São Paulo: edições 70.
- Barros, H; Santos, V; Mazoni, C, Dantas, D & Ferigolo, M. (2008). Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug Alcohol Dependence*. 98(3), p 270-4.
- Barchizago, A. (2007). Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. Em: *A reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. E, Merhy; E, Amaral (org.). São Paulo: Aderaldo & Rothschildi.
- Barra, D; Nascimento, E; Martins, J; Albuquerque, G & Erdmann, A. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica Enfermagem*. Recuperado em 22 de fevereiro de 2014, em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/8n3a13.htm)
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. S, Saianesi (trad.). São Paulo: Ed. Brasil debates.
- Batista, N; Batista, SH; Goldenberg,P; Seiffert, O & Sonzogni, M. (2005) O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*. 39(2), 231-7.
- Bell, J. (2008). *Projeto de pesquisa: Guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais*. ( M F, Lopes trad.). Porto Alegre: Artmed. 4º edição. 224 p.
- Bezerra (1993). Grupos: cultura psicológica e psicanálise. Em: *Saúde Loucura 4: grupos e coletivos*. A, Lancetti. São Paulo: HUCITEC.
- Birman, J & Costa, J. (2008). *Organização de Instituições para uma psiquiatria comunitária. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. P, Amarante (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil (2006). *Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas*. Brasília: Secretaria Nacional Antidroga.

Brasil. (2007). Ministério da Educação. *Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas*. Recuperado em 13 de janeiro de 2014. Em: <http://portal.mec.gov.br> .

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília. Recuperado em 19 de janeiro de 2014, em [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental).

Brasil. SENAD. (2010). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD. 284 p. Recuperado em 20 de março de 2014, em [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios\\_2010/328160.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios_2010/328160.pdf)

Brasil. (2013). Legislação brasileira sobre educação. *Série Legislação*. Brasília: Câmara dos deputados. Edições Câmara. 2º edição. 358 p.

Brasil. (2010). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. (A Guerra; P C A Andrade & L G Oliveira, Orgs).

Brasil. Ministério da Educação. *Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas*. Recuperado em 13 de janeiro de 2014. Em: <http://portal.mec.gov.br> .

Brasil. (2001). Ministério da Educação. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Introdução. 3. ed. Brasília: Secretaria da Educação Fundamental.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança na graduação em saúde: Aprender SUS. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Brasil. (2010). *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). 104 p.

- Brasil. (2010). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. (A Guerra; P C A Andrade & L G Oliveira, Orgs).
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; Andrade, A; Duarte, P; Oliveira, L (Orgs.). Brasília: SENAD. 284 p.
- Brasil. SENAD. (2010). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD. 284 p. Recuperado em 20 de março de 2014, em [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios\\_2010/328160.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios_2010/328160.pdf)
- Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas SENAD. (2012). *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. UFRGS. Brasília: SENAD.
- Brasil. Ministério da Justiça. (2011). Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). (2011). Drogas: cartilha para educadores / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); conteúdo e texto original: Beatriz H. Carlini. – 2ª ed., reimpr. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (Série Por dentro do assunto).
- Brasil. Câmara dos Deputados. (2011). Políticas públicas sobre drogas: documentos para debate. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. (Série ação Parlamentar; nº 447)
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). (2010). Decreto nº 7179 - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm) (acessado em 12/07/2013).
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2009). Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Educação Permanente*. Portaria n. 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 31 abr. 2012.

Brasil. (2015). *Relatório de Gestão 2014*. Secretária de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Acesso em 14 de outubro de 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde : SGETS : políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Borges-Andrade, J. (Org.) ; Abbad, G (Org.) ; Mourão, L (Org.) . (2006) *Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho: Fundamentos para a Gestão de Pessoas*. 1. ed. Porto Alegre -RS: Artmed. v. 1. 576.p .

Brechelli, L & Santos, M. (2007). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. V.12.n. 2.

Camatta, M. W. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, 16 (4), 2133-2143, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>>. Acesso em 22 de janeiro de 2012.

Carneiro, J; Andrade, M; Luppi, C & Silveira, C. (2006). Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social . *Saúde Sociedade*. vol.15, no.3, p.30-39.

Castro & Campos. (2014). Apoio institucional paidéia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho Educação Saúde*. v. 12 n. 1, p. 29-50.

CEBRID; UNIFESP. (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras* – Carlini, E. (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

Ceccim, R. (2005). Educação permanente em saúde. *Interface-comunicação. Saúde, educação*. V.9, n.16, p. 161-77.

Ceccim, R; Feuerwerker, L. (2004) O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. 14(1): 41-65,.

Conselho Federal de Psicologia. (2011). Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508/2011. Brasília: Impressos no Brasil. 1º edição.

Costa & Figueiredo (2004). Oficinas terapêuticas em saúde mental. Rio de Janeiro: Contra capa livraria.

Creswell, J. (2010). Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição.

Demo, P. (2006). Formação Permanente e tecnologias educacionais. Petrópolis, RJ: Vozes.

Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001. (2001, 9 de julho de 2001). Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1. Acessado em 22 de junho de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)

Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. (2010, 20 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Recuperado em 25 de junho de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)

Decreto n. 7.637, de 20 de maio de 2012. (2011, 20 de maio de 2012). Altera o decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Acessado em 20 de maio de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm)

Decreto n. 4.345, de 26 de agosto de 2002. (2002, 26 de agosto). Institui a Política Nacional Antidroga e dá outras providências. Recuperado em 27 de junho de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)

Decreto n. 6.096, de 24 de abril de 2007. (2007, 24 de abril). Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e expansão das Universidades Federais - REUNI. Diário Oficial da União, seção 1, p. 79. Acessado em 11 de fevereiro de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm)

- Decreto n. 2.207, de 15 de abril de 1997. (1997, 15 de abril). Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas nos arts. 19,20, , 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1. Acessado em 11 de fevereiro de 2014, em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2207-15-abril-1997-445065-norma-pe.html>
- Decreto n. 5.773, de 9 de maio de 2006. (2006, 09 de maio). Dispõe sobre o exercício, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Diário Oficial da União, seção 1. Acessado em 15 de fevereiro de 2014, em <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/decreton57731.pdf>
- Decreto n. 3.298. (1999, 20 de dezembro). Regulamenta a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado em 13 de fevereiro de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm)
- Decreto nº 32.108 (2010, 25 de agosto). Institui a Política Distrital sobre Drogas e cria o Sistema Distrital de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial – DF nº 165 (26 de agosto de 2010). Brasília. Secretaria de Saúde. Recuperado em 22 de março de 2013, em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/328306.pdf>
- Decreto Nº 7.508 (2011, 28 de junho). Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 22 de março de 2014, em [http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docPlanoCrack/DECRETO7508\\_11DECRETO N%C2%BA7.508,DE28DEJUNHODE2011.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docPlanoCrack/DECRETO7508_11DECRETO N%C2%BA7.508,DE28DEJUNHODE2011.pdf)
- Desviat, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica. *Coleção Loucura & Civilização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2º reimpressão. 167p.
- Distrito Federal. Companhia de planejamento do Distrito Federal CODEPLAN. (2013). Pesquisa distrital por amostra por amostra de domicílios – PDAD – 2013. Recuperado em 20 de março de 2014, em <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/294-pdad-2013.html>
- Distrito Federal. (2010). Plano Diretor de Saúde Mental 2011 a 2015. Secretaria de estado de Saúde do Distrito federal. Subsecretaria de atenção a saúde. Gerência de Saúde Mental.

- Donato, A & Rosenberg, C. (2003). Algumas ideias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da saúde. *Saúde e Sociedade*. V. 12, n.2, p. 18-25.
- Durkheim, E. (2007). Educação e sociologia. Lisboa: edições 70.131p.
- Erddmann, A; Andrade, S; Mello, A & Meirelle, B. (2006). Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enfermagem*. VI. 15 (3). 483-91.
- Ferreira, N & Kind, L. (2012). Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis [online]*. 2010, vol.20, n.4. Recuperado em 22 de fevereiro de 2014, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01033312010000400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01033312010000400004&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Fonseca, M; Mara, L; Leite, M; Malleiros, D & Silva, I et all. (2011). Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. *Escola Anna Nery [online]*. vol.15, n.1. Recuperado em 22 de fevereiro de 2014, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=576803&indexSearch=ID>
- Franco, T. (2007). Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.11, n.23, p.427-38, set/dez.
- Franco, T. (2009). A Produção Subjetiva do Cuidado - Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec. 164p.
- Freire, P. (2008). Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e terra. 31º edição.
- Gonçalves, L & Schier, J . (2005) . Grupo aqui e agora: uma tecnologia leve de ação social educativa de enfermagem. *Texto contexto de enfermagem*. 14 (2): 271-9.
- Gomes & Freitas (2007). Tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. *Escola Anna Nery*. 11(4): 677-81.



- Guerra (2004). Oficinas em saúde mental percurso de uma história, fundamentos de uma prática. Em: Oficinas terapêuticas em saúde mental. C, Costa; M, Figueredo (orgs). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Henriques, R . (2005). Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. Pinheiro R, Mattos RA orgs. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/CEPESC/ABRASCO.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). (2006). A Trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004, v. 15. Brasília:INEP.
- INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. (1999). Evolução do ensino superior : 1980-1998 / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. - Brasília : O Instituto.
- INEP. (2006). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 / organizadores: Haddad, a; Felipe, J; Silva, J; Campos, F; Fernandes, R; Mauger, P; et al. [et al.]. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v. : il. tab.INEP.
- INEP. ( 2012). INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2006. Sinopse estatística da educação superior 2012. Brasília, DF. Acessado em 22 de agosto de 2014, em: <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>
- INEP. (2007). INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Sinopse estatística da educação superior 2005. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse/default.asp>, acesso em: 10 jul.
- Jucá, V; Lima, M & Nunes, M. (2008). A (re)invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. *Mental*. Ano VI nº 11, 125-143.
- Kantorski, L. P.; Wetzel, C.; Olschowsky, A.; Jardim, V. R; Bielemann, V. L.; Schneider, J.F. (2009). Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface (Botucatu)*, 13 (31), 343-355, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf> .> Acesso em 22 de janeiro de 2014.
- Lacerda, E; Abbad, G (2003). Impacto do Treinamento no Trabalho: Investigando Variáveis Motivacionais e Organizacionais como suas Preditoras. *Revista de Administração*



*Contemporânea*, 7(4), 77-96. Retrieved October 11, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-6552003000400005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552003000400005&lng=en&tlng=pt).

Leal, E. (2007). *Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social*. Silva Filho, J. *Psicopatologia hoje. Coleção IPUB*. Rio de Janeiro: IPUB. 2ª Edição.

Lei n. 9.394. (1996, 23 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, seção 1. Recuperado em 10 de junho de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm)

Lei n. 10.861, de 14 de abril de 2004. (2004, 14 de abril). Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1. p.3/4. Acessado em 20 de junho de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm)

Lei n. 11.096, de 13 de janeiro de 2005. (2005, 13 de janeiro). Institui o Programa Universidade para Todos (Prouni), regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei n. 10.891, de 9 de junho de 2004, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1. p.7. Acessado em 20 de junho de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/L11096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11096.htm)

Lei n. 8.958, de 20 de dezembro de 1994. (1994, 20 de dezembro). Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá apoio e dá outras providências. Diário da União, seção 1. Recuperado em 20 de junho de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18958.htm)

Lei 11.343. (2006, 23 de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 19 de novembro de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)

Lei Nº 10.216. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasil. Presidência da República. Recuperado em 12 de fevereiro de 2014, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

Lei nº 11.096 (2005, 13 de janeiro). Institui o Programa Universidade para todos (Prouni). Ministério da Educação, Presidência da República.

- Lervolino, S. & Pelicione, M. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da escola de Enfermagem*, 35(2), 115-121. Recuperado em 22 de setembro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>.
- Lima, V. (2005). Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago.
- Lobosque, A. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciências & Saúde Coletiva*. 16(2): 4590-4602.
- Loiola, E; Bastos, A; Queiroz, N; Silva, T. (2014). Dimensões básicas de análise das organizações. Em: *Psicologia, organizações e trabalhos no Brasil*. Zanelli, C; Borges-Medicina do Estado de São Paulo. 104 p. Acessado em 10 de junho de 2015. Disponível em [http://www.cremesp.org.br/pdfs/livro\\_caps.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf)
- Maffaccioli, R & Lopes, M. (2005). Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta paulista de enfermagem*. [online]. 2005, vol.18, n.4. Recuperado em 22 de março de 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a14v18n4.pdf>
- Marques, G & Lima, M. (2004). As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*. abr;25(1):17-25.
- Merhy, E. (1997) Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Merhy, E, Onocko R orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77.
- Merhy, E. (2007). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec. 4º edição.
- Merhy, E & Amaral, H. (2007). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

- Ministério da Saúde (2001). Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROF AE - Certificação de competências em educação profissional: concepção e implementação Em: Humanizar cuidados de saúde: Uma questão de competência.
- Ministério da Educação. (2006). Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. A Trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004, v. 15. Brasília, 2006.
- Ministério da Educação (2007). MEC em números. Brasília, DF. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/mapas>, acesso em 10 jul. 2007. ANEXO.
- Ministério da Educação (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação me Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília.
- Ministério da Educação. (2009). Reuni 2008 - Relatório de primeiro ano. Brasília: Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Desenvolvimento das Instituições Federais de Ensino Superior
- Ministério da Educação – MEC Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES Divisão de Controle e Análise de Prestação de Contas – DCPC Programa PRO-ENSINO NA SAÚDE. 2010. Edital 024/2010
- Ministério da Saúde. (2004) Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria atenção à saúde. *Série F. Comunicação e educação em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretária Executiva. Secretária de atenção à Saúde. Legislação em saúde Mental: 1990 – 2004/Ministério da Saúde, 5ª Edição – Brasília: Ministério da Saúde;
- Ministério da Saúde. (2004). Política de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança na graduação em saúde: Aprender SUS. Brasília.

Ministério da Saúde. (2007). Secretária de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção. Ministério da Saúde- Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. (2001). *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série Manuais, n. 42).

Ministério da Saúde. (2010). Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. *Saúde Mental em dados*. 7ª edição especial, ano V, n. 7. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília. 106 p. Recuperado em 17/04/2013, em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf).

Ministério da Saúde (2013). Ministério da Saúde. (2010). Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. *Saúde Mental em dados*. 10ª edição especial, ano V, n. 7. Brasília: Ministério da Saúde.

Morin, E (2001). A cabeça bem feita: repensar a reforma e reformar o pensamento. São Paulo: Bertrand Brasil. 2º edição.

Morin, E. (2010a). Ciência com consciência. (M Alexandre & M A, Dóris, trads). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 14º edição.

Morin, E. (2010b). A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. (E, Jacobina trad). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 18º edição.

Morin, A; Gadoua, G & Potvin, G. (2007). Saber, ciência e ação. (M, Thiollent trad). São Paulo: Cortez.

Murofuse, N; Rizzotto, M; Muzzolon, A & Nicola, A. (2009). Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Revista Latino americana Enfermagem*. 17(3) maio-junho. Recuperado em 20 de dezembro de 2012, em [WWW.eerp.usp.br/riae](http://WWW.eerp.usp.br/riae).

Nascimento, A. F.; Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 8-15, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>>. Acesso em 22 de janeiro de 2014.

Nietsche (2000). Tecnologias emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. Injui (RS): UNIJUI.

OMS. (1990). Declaração de Caracas. Recuperado em 20 de janeiro de 2014, em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)

Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J.P.; Passos, E. Ferreira, A. L.; Miranda, L.; Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43 (1), 16-22, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>>. Acesso em 22 de janeiro de 2014.

ONU, OMS, UNODC, UNICEF & UNAIDS et all (2012). JOINT STATEMENT Compulsory drug detention and rehabilitation centres. Recuperado em 20 de janeiro de 2014, em [http://www.who.int/hiv/mediacentre/joint\\_statement\\_20120308.pdf](http://www.who.int/hiv/mediacentre/joint_statement_20120308.pdf)

OPAS, OMS. (2011). Resolução 51º. 63ª sessão do comitê Regional. CD 51.R 7. Resolução que aprova o Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública. Recuperado em 12 de dezembro de 2013, em [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias)

Parecer CNE/CES nº 1.133. (de 7 de agosto de 2001). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. Diário da União, seção 1, p. 131. Acessado em 30 de julho de 2013, em <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>

Parecer CNE/CES n.º 492, de 3 de abril de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Serviço Social. Conselho Nacional de Educação. Diário da União,

seção 1, p. 50. Acessado em 30 de julho de 2013, em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>

Parecer CNE/CES n° 62, de 19 de fevereiro de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia. Conselho Nacional de Educação. Diário da União, seção 1, p. 50. Acessado em 22 de agosto de 2013, em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf>

Parecer CNE/CES n.º 1.210. de 12 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Conselho Nacional de Educação. Diário da União, seção 1, p. 22. Acessado em 12 de agosto de 2014, em [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210\\_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf)

Parreira, C & Silva, M. (2015). Drogas e vulnerabilidades: contribuições da educação permanente em saúde para qualificação do cuidado. Em: *Desenvolvendo e Articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade*. 1ed. Curitiba PR: CRV, v. 1, p. 11-22.

Pichon-Riviere (2000). O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes.

Pitta, A. (2010). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC. 3º edição.

Pitta, A. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira.: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. V 16(12), 4579-4589.

Portaria n. 2.101 (2005, 03 de novembro). Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Recuperado em 12 de agosto de 2014, em [http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao\\_institucional/Portaria\\_ME\\_C-SAUDE\\_N\\_2101-%204-11-2005.pdf](http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/Portaria_ME_C-SAUDE_N_2101-%204-11-2005.pdf)

Portaria n. 3.019 (2007, 26 de novembro). Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Recuperado em 23 de agosto de 2014, em [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/sobre\\_pro\\_saude/1%20PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20No%203.019%20%20%20%2026%2011%202007.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/sobre_pro_saude/1%20PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20No%203.019%20%20%20%2026%2011%202007.pdf)

Portaria n. 1.802 (2008, 26 de agosto). Institui o Programa de educação pelo Trabalho para a Saúde PET- Saúde. Recuperado em 22 de julho de 2014, em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)

- Portaria nº 62. (2012, 17 de abril). Constituir grupo de gestão integrada para implementação dos serviços de saúde mental do SUS-DF. Brasília: Secretaria de Saúde, Governo do Distrito Federal. Recuperado em 12 de agosto de 2014, em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/36791850/dodf-secao-02-09-05-2012-pg-23>
- Portaria nº 336. (2002, 19 de fevereiro). Estabelecer os Centros de Atenção Psicossocial nas diversas modalidades. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 17 de dezembro de 2011, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.
- Portaria nº 189. (2002, 20 de março). Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos de Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério Da Saúde. Recuperado em 17 de dezembro de 2014, em [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/37\\_Portaria\\_189\\_de\\_20\\_03\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/37_Portaria_189_de_20_03_2002.pdf)
- Portaria n. 198/GM/MS. (2004, 13 de fevereiro). Institui a Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 31 de abril de 2012, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>.
- Portaria Nº 3.088. (2011, 23 de dezembro). Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Recuperado em 29 de janeiro de 2013, em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Portaria 1996. (2007, 20 de agosto). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de abril de 2014, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>
- Portaria nº 130. (2012, 26 de janeiro). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas GREA/IPQ-HC/FMUSP. Brasília: SENAD. 284 p.
- Portaria Nº 3.089, (2013, 11 de dezembro). Redefine a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e as respectivas regras e critérios para sua definição. Brasil. Ministério da Saúde. Recuperado em 13 de junho de 2015, em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3089\\_11\\_12\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3089_11_12_2013.html)
- Portaria nº 615. (2013, 15 de abril). Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em

conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.

Resolução Nº 466. (2012, 12 de dezembro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013. Brasil. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução CNE/CES n.3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação. Diário da União, seção 1, p. 37. Recuperado em 12 de agosto de 2014, em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD. (2005, 27 de outubro). Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasil. CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS (CONAD). Recuperado em 19 de novembro de 2013, em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>

Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD . (2005, 27 de outubro). Aprova a Política Nacional sobre drogas. Brasília: SENAD, Gabinete de Segurança Institucional, Conselho Nacional Antidrogas. Recuperado em 19 de novembro de 2013, em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>

Resende, H. (1997). Política de saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. Em: Políticas de Saúde Mental no Brasil. B, Junior; E, Silva; H, Resende; J, Filho; N, Filho (orgs.). 5ª edição. Petrópolis: Vozes.

Sala de Apoio a Gestão estratégica. DAPES/SAS/MS. (2013). Brasil. Ministério da Saúde. Recuperado em 22 de fevereiro de 2014., de <http://189.28.128.178/sage/>

Sampaio, J; Guimarães, J; Carneiro, C & Filho, G. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(12): 4685-4694.

Santos, Z & Lima, H. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enfermagem*. v 17(1): 90-7.

Santos, L; Da Ros, M, Crepaldi, M & Ramos, L. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista Saúde Pública*. v.40,



n.2. Recuperado em 24 de janeiro de 2014, em  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª edição. Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te corá editora.

SENAD. (2010). *Legislações e políticas sobre drogas*. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República.

SENAD (2011). *Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Brasília: Presidência da República.

SENAD; Ministério da saúde; Ministério da Justiça. (2013). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil Inquérito epidemiológico*. Brasília: Fiocruz.

SENAD; Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. *Inquérito epidemiológico sobre o Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Brasília: Fiocruz. 2013.

SENAD. *Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em  
<[http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/cartilhas/1\\_C\\_2013\\_Crack\\_possivel\\_vencer\\_material\\_informativo.pdf](http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/cartilhas/1_C_2013_Crack_possivel_vencer_material_informativo.pdf)>. Acesso em 20 de outubro de 2014.

SENAD. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2010. 284 p. Disponível em:  
<[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios\\_2010/328160.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios_2010/328160.pdf)>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014

Secretaria de estado de saúde do DF. (2010). *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015*. Subsecretaria de atenção a saúde. Gerencia de saúde mental. Brasília.

Silva, M.( 2010). *Redes sociais significativas na saúde mental: (des) cobrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes) cobrindo elos de encontro*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Silva, L. ; Formigli, V. (1994). *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectiva*. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (1), 80-91, 1994. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em 20 de agosto de 2011.

- Silva, M., Lancman, S; Alonso, C. (2009). Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43 (1), 36-42. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em 22 de janeiro de 2012.
- Sguissard, V. (2009). Universidade brasileira no século XXI. São Paulo: Cortez.
- Stotz, E. (1993). Enfoques sobre educação e saúde. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. (V V, Valla & E N, Stotz , Orgs). Rio de Janeiro: Relume-Dumará. p 11-22.
- Teixeira, E & Veloso, R. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto contexto - Enfermagem*. v.15, n.2 .
- Teixeira, E. (2007). Práticas educativas em grupo com Uma tecnologia sócio-educativa: Vivências na ilha de Caratateua, Belém. *Escola Ana Nery de Enfermagem*. v 11 (1), 155-9.
- Tomasi, E.; Facchini, L.; Piccini, R; Thumé, E.; Silva, R; Gonçalves, H; Silva, S. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Caderno de saúde Pública*, 26 (4), 807-815. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>>. Acesso em 22 de janeiro de 2014.
- UNODC; WHO. (2008). Principles of drug dependence treatment (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York. Recuperado em 15 de janeiro de 2014, em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf) .
- UNODC. (2013). World Drug Report 2013 (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York. Recuperado em 01 de fevereiro de 2014, em [http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
- UNODC. (2014). World Drug Report 2014 (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7). New York. Recuperado em 30 de junho de 2014, em <http://www.unodc.org/wdr2014/>
- UNODC; WHO; UNICEF; et al. *Principles of drug dependence treatment* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf)>. Acesso em 15 de janeiro de 2014.

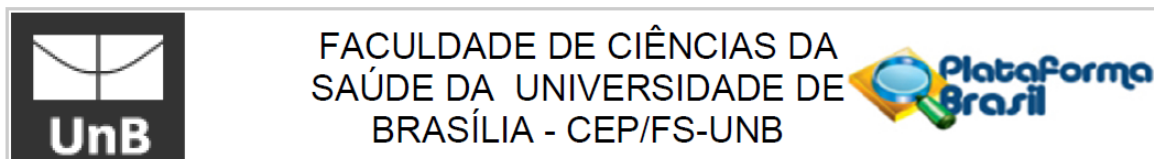
Yasui, S; Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. V. 32, n. 78/79/80, p.27-37.

Zimmerman, D & Osório, L. (1997). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas.

# ANEXOS



## ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA O FORTALECIMENTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisador:** MARIA DE NAZARETH RODRIGUES MALCHER DE OLIVEIRA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15719513.8.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 551.779

**Data da Relatoria:** 04/02/2014

**Apresentação do Projeto:**

Este projeto intitulado: AS TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA O FORTALECIMENTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL concorreu às vagas para seleção ao curso de doutorado para o segundo período letivo de 2011, do edital nº 01/2011, da Universidade de Brasília. Projeto: fortalecimento do ensino na saúde no contexto do SUS: uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na região Centro-Oeste (pró-ensino na saúde). Apresenta como objetivo geral conhecer as tecnologias e práticas de saúde e as estratégias de formação permanente em serviços de saúde mental, aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e o reflexo da formação para a reabilitação psicossocial, efetivando as estratégias do paradigma da atenção em saúde mental, instituída pela Política de Saúde Mental. A base inicial deste estudo partiu dos resultados do Mestrado Acadêmico, finalizado em fevereiro de 2010, onde observou a importância de investir nos profissionais de saúde mental dos CAPS, para a inserção do modelo de reabilitação psicossocial sobre o cuidado, pois a Política de Saúde Mental apresenta uma clínica pautada pelo cuidado no modelo psicossocial. Porém, os profissionais atuam em um mix de velhos modelos, sendo incapazes de atuar de acordo com o instituído. Neste sentido, a formação em serviço tem sido investida como política, pelo Ministério

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 551.779

da Saúde, para desenvolver estratégias de articulação de ações, saberes e práticas para potencializar a atenção integral, resolutiva e humanizada. Dentre as políticas em desenvolvimento, a Política de Educação permanente em Saúde é uma das estratégias para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Na pesquisa será realizado um estudo indutivo e exploratório de métodos mistos exploratórios sequenciais, utilizando variados instrumentos de levantamento de dados, como: análise documental, observação participante, entrevista, e grupo focal. Os dados serão triangulados com resultados quantitativo e qualitativo que possam desencadear a apresentação das tecnologias e práticas realizadas no serviço em torno da reabilitação psicossocial, a percepção destes profissionais sobre este processo e sua realidade no serviço; e a formação permanente sobre essas práticas

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Primário:

Conhecer as tecnologias utilizadas nas práticas de cuidado em saúde mental desenvolvida pelos profissionais e as estratégias de formação permanente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal, para contextualizar com o modelo psicossocial instituída pela Política de Saúde Mental.

secundários:

Conhecer as estratégias de formação permanente dos CAPS do Distrito Federal;

Conhecer as tecnologias em saúde, e as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS;

Contextualizar estas estratégias e tecnologias com o modelo psicossocial instituído pela Política de Saúde Mental.

Experienciar uma estratégias de formação permanente utilizando uma tecnologia leve dura, aos profissionais dos CAPS com relação à clínica da rede social na reabilitação psicossocial;

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa não apresenta ações que provoquem riscos a outros.

Benefícios:

O benefício desta pesquisa estará relacionado na reflexão e contextualização das praticas em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS do Distrito federal.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 551.779

Adicionalmente em carta apresentada a este CEP em segunda submissão a pesquisadora esclarece que o perfil dos sujeitos da amostra não possuem nenhum grau de vulnerabilidade, são profissionais de saúde, conseqüentemente de domínio privilegiado quanto ao delineamento e participação em projeto de pesquisa inculdo a garantia de sigilo absoluto quanto as identidades dos participantes

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente pesquisa compreende projeto de Doutorado do programa de pós-graduação em psicologia da pesquisadora Maria de Nazareth R Malcher de O Silva, sob nova orientação, acompanhada da devida documentação da Profa Dra Gardênia da Silva Abbad, Trata-se de um projeto a ser desenvolvido em quatro etapas. A primeira etapa consistirá em levantamento documental dos CAPS utilizados na amostra, sobre o projeto terapêutico institucional, a rotina do serviço, e as atividades desenvolvidas dentro da reabilitação psicossocial. Esta etapa objetivará conhecer a realidade institucional, e promover a entrada e o vinculo do pesquisador com os sujeitos participantes e o campo da pesquisa. A segunda etapa será pesquisa tipo observação participante nos CAPS incluídos na pesquisa. Este método apresenta-se como uma técnica de compreensão do fenômeno da forma como ele se mostra, ou seja, da vivência com os atores em seus próprios contextos. Portanto, possibilita a descoberta, em uma técnica inovadora, da realidade. A terceira etapa consistirá em uma entrevista grupal, através do método de grupo focal, objetivando, levantar as impressões dos profissionais dos CAPS, sobre formação permanente em serviço, tecnologias e práticas utilizadas em saúde mental e sua inferência na clinica da rede na reabilitação psicossocial. A quarta e última fase de coletas de dados será entrevista semi-estruturada sobre o tema de estudo com os gerentes dos CAPS da amostra, o diretor de saúde mental, e os núcleos de formação permanente em serviço (NEPS) dos CAPS, numa amostra de 20 sujeitos, quantidade corrigida na segunda submissão da proposta, obtida por conveniência. O projeto não oferece maior risco a não ser os inerentes ao sigilo das informações coletadas e dos participantes. Os pesquisadores esclarecem que tais riscos serão controlados por meio do sigilo completo da identidade dos sujeitos. Há ainda o acréscimo da permissão do uso de Os pesquisadores apresentaram cronograma e planilha de custo compatíveis com o desenvolvimento do projeto. Entretanto, o cronograma vem com periodicidade anual, para melhor precisão das fases do projeto deve-se apontar uma periodicidade mensal de execução. Somente o currículo da pesquisadora principal que aponta para formação compatível com o desenvolvimento do projeto. O projeto encontra-se bem estruturado e com fundamentação satisfatória com delineamento apontando

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br





Continuação do Parecer: 551.779

para importância do estudo pretendido.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou os termos de compromisso, o termo de anuência institucional do Vice Diretor da Faculdade de Ceilândia - UnB, termo de concordância institucional do Diretor do Instituto de Saúde Mental do DF e dos gerentes das CAPS / DF. Os termos atendem à resolução 466/2012 CNS MS. O termo de consentimento livre e esclarecido foi formulado na forma de convite, explicitando em sua apresentação o uso de gravação das entrevistas e conforme planilha de custo há a previsão do uso de gravador para as entrevistas. Houve correção também do cabeçalho com inserção do endereço deste CEP

**Recomendações:**

adequação do cronograma à data de aprovação do projeto por este CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o atendimento das solicitações elencadas no parecer inicial somos, nesta segunda submissão favoráveis ao desenvolvimento do projeto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASÍLIA, 11 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**Natan Monsore de Sá**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



**ANEXO B – Carta de aceite de pesquisa de campo em São Bernardo do Campo (São Paulo)**

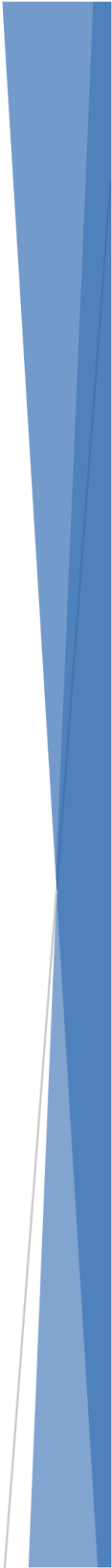
<b>Assunto:</b>	Solicitação de Pesquisa
<b>De:</b>	Educação Permanente (educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br)
<b>Para:</b>	mnmalcher_to@yahoo.com.br;
<b>Data:</b>	Quinta-feira, 29 de Maio de 2014 17:26

Olá Maria de Nazareth,tudo bom?

Estamos entrando em contato para informar que sua solicitação de estágio de vivência foi aprovado pelos departamentos responsáveis.  
Peço por gentileza que voce entre em contato com a Tais Vial no telefone 11-4127-2422,ela irá te orientar quanto ao agendamento do seu estágio,por favor nos envie uma dissertação,relatando como foi essa experiência no nosso município.

Att.Vanderlene  
Tel.:4126-4316

# APÊNDICE



**APÊNDICE A – Protocolo das práticas e estratégias terapêuticas levantadas nos documentos governamentais**

Pró-ensino  
na Saúde



FACULDADE DE  
CEILÂNDIA  
INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA

**"FORTALECIMENTO DO ENSINO NA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE"**

<b>CAPS:</b>				
<b>Atividades</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N</b>	<b>Especificar</b>
Acolhimento				
Acompanhamento intersetorial ou acompanhamento de rede ou interface com a rede				
Administração de medicação				
Farmacoterapia				
Administrativo				
Alta administrativa				
Alta clínica				
Assembleia				
Atendimento semi intensivo				
Atendimento assistente social				
Atendimento clínico				
Atendimento grupo familiar				
Atendimento individual familiar				
Atendimento do núcleo familiar				
Atendimento individualizado a familiares				
Atendimento de grupo				
Atendimento domiciliar				
Atendimento enfermeiro				
Atendimento individual, ou Consulta individual				
Atendimento intensivo				
Atendimento não intensivo				
Atendimento oficinairo ou Acompanhamento oficinairo				
Atendimento Psicólogo ou Acompanhamento psicológico				
Atendimento Psiquiatra ou Acompanhamento				

psiquiatria				
Atendimento técnico de enfermagem				
Atendimento TO ou Acompanhamento de TO				
Atendimentos justiça ou atendimento via legal				
Atividade comunitária ou Atividades no território ou Atividade extramuros ou				
Avaliação inicial ou Triagem				
Benefícios sociais				
Consultório de rua				
Desintoxicação				
Entrevista motivacional				
Estratégia de redução de danos				
Gerenciamento de caso				
Hipótese diagnóstica				
História progressa de entrada				
Mudança do turno				
Oficina terapêutica				
Psicoeducação				
Psicoterapia				
Projeto Terapêutico Singular ou Plano terapêutico				
Reavaliação ou Alteração de plano terapêutico				
Reunião de equipe				
Reunião intersetorial ou Reunião de rede social				
Suporte laborativo ou Reinserção no trabalho				
Reacolhimento				
Suporte vocacional ou Reinserção ao trabalho				
Tempo de tratamento				
Tempo decorrido entre admissão e a avaliação				
Terapia cognitivo comportamental				
Terapia comunitária				
Termo de internação involuntária ou Relatório médico ou Guia de consulta				
Termo do aceite ao tratamento				

Técnico de referência				
Triagem				
Visita domiciliar				
Matriciamento				
Grupo AA e NA				

**OUTRA ATIVIDADE RELEVANTE**

---

---

---

---

**APÊNDICE B** - Roteiro dos itinerários para coleta dos dados nos prontuários

1. Descrição do CAPS AD
2. Iniciais dos usuários, e o período que permaneceu no CAPS AD;
3. Dados dos usuários nos protocolos dos prontuários: sociodemográfico, condições de saúde-doença, contexto, tratamentos indicados;
4. Dados sobre as práticas e estratégias terapêuticas realizadas no período que ficou no CAPS AD;
5. Dados das características na última descrição no prontuário sobre o usuário.

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada**

**"FORTALECIMENTO DO ENSINO NA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE"**

Pró-ensino  
na Saúde



FACULDADE DE  
CEILÂNDIA  
INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA

**PROJETO: A formação permanente e as práticas efetivas para o modelo de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD)**

**Roteiro de entrevista semiestruturada**

**As questões abaixo descrevem o cotidiano e as práticas desenvolvidas no CAPS.**

**Por gentileza, marque os itens que VOCÊ realiza no cotidiano do CAPS. Obrigada!**

**CAPS**

Profissão: \_\_\_\_\_ Carga Horária: \_\_\_\_\_

Tipos de atendimentos que realiza:

( ) Individual ( ) Grupo ( ) domiciliar ( ) Territorial ( ) Outros

Nº de atendimentos Semanais:

\_\_\_\_ Individual \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ domiciliar \_\_\_\_\_ Territorial \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

Dias e horários do atendimento: \_\_\_\_\_

População atendida é definida: ( ) Não ( ) sim Qual \_\_\_\_\_

Contato com outros serviços ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Reuniões clínicas da equipe ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Reuniões Técnicas integração com as unidades da área: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Realiza avaliação das práticas realizadas ( ) Não ( ) sim

Existe supervisão formal institucional ( ) Não ( ) sim qual periodicidade \_\_\_\_\_ vezes ao ano

Nos casos de recaída do usuário: ( ) encaminha para outro serviço ( ) encaminha para internação  
( ) suspende do serviço ( ) muda o tipo de atendimento  
Outros \_\_\_\_\_

No caso de sintoma psiquiátrico: ( ) encaminha para internação ( ) providencia a internação  
( ) Outros \_\_\_\_\_

Atividades desenvolvidas				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Acolhimento			Atividade comunitária ou Atividade extramuros	
Acompanhamento intersetorial ou acompanhamento de rede ou Interface com a rede			Avaliação inicial ou Triagem	
Administração de medicação			Benefícios sociais	
Administrativo			Entrevista motivacional	
Assembleia			Estratégia de redução de danos	
Acomodação dos horários ou Plantão de escuta			Dispensa de insumos protetivos	
Atendimento Assistente social			Gerenciamento de caso	
Aplicação de protocolo clínico			Hipótese diagnóstica	
Atendimento individual			Terapia cognitivo comportamental	
Atendimento grupo familiar			Oficina terapêutica	
Atendimento individual familiar ou Atendimento do núcleo familiar			Psicoeducação	
Atendimento individualizado a familiares			Desintoxicação	
Atendimento de grupo			Psicoterapia	
Atendimento domiciliar			Projeto Terapêutico Singular ou Plano terapêutico	
Orientação jurídica			Técnico de referência	
Visita domiciliar			Reunião de equipe	
Triagem			Reunião intersetorial ou Reunião de rede social	
Oficina expressiva			Suporte laborativo ou Reinserção no trabalho	
Oficina geradora de renda			Oficina cultural	
Oficina de alfabetização			Suporte vocacional ou Reinserção no trabalho	
Prevenção de recaída			Atendimentos justiça ou Atendimento via legal	
Matriciamento			Terapia Comunitária	
Grupo AA e NA			Reacolhimento ou Readmissão	
Grupo operativo (Exemplo: assembleias, reuniões de pacientes)			Reavaliação ou Alteração de plano terapêutico	
Outros			Consultório de rua	
Outros			Outros	



## **QUESTÕES ABERTAS**

### **Descreva sobre o cotidiano do CAPS**

Localização e mobilidade do CAPS

Equipamentos de cuidado (plantões noturnos, técnico de referência, matriciamento, atividades terapêuticas, PTS, redução de danos, sistematização de registro dos dados, supervisão clínica outros)

Relação dos membros da equipe (com a equipe, com o gerente, com profissionais de outros serviços, com outros serviços, e com as IES);

Recursos humanos, físicos e materiais

Apoio e participação da comunidade

### **Questões sobre Práticas**

Questão 1 - Quais as condições que o serviço precisa oferecer para que o profissional desenvolva práticas eficazes para os usuários do CAPS AD

Questão 2 - Descreva práticas ocorridas no CAPS AD que foram eficazes para o tratamento do usuário. Por quê?

Questão 3 - Descreva práticas ocorridas no CAPS AD que não foram bem sucedidas ou que precisam ser aperfeiçoada. Por quê?

Questão 4 - Descreva práticas que deveriam acontecer no CAPS AD para um atendimento eficaz ao usuário. Por que?

### **Questões sobre Formação**

Questão 1 - Fale sobre a sua formação acadêmica e de que forma auxiliou no trabalho do CAPS AD.

Questão 2 - Fale sobre o ensino aprendizagem que desenvolveu após a sua admissão no CAPS AD?

Questão 3 - Para você, que tipo de competências ( conhecimentos, habilidades e atitudes) os profissionais devem ter para desenvolver práticas eficazes para o usuário do CAPS AD

Questão 4 – Como deveria ser o ensino aprendizagem no CAPS AD para desenvolver práticas eficazes com os usuários.

## APÊNDICE D- GRUPO FOCAL TEMÁTICO - QUESTÕES DA ENTREVISTA

### "FORTALECIMENTO DO ENSINO NA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE"

#### Roteiro do grupo focal

- Modelo de fórum temático;
- Número de participantes – máximo de 10 profissionais dos CAPS;
- Apresentação sobre os objetivos do estudo e como será a metodologia (contextualizar as práticas utilizadas no CAPS AD, citar algumas práticas que quer sobre a temática do estudo); o tempo que acontecerá
- Etapas:
  1. Apresentação da didática do grupo focal e uma breve exploração sobre a temática;
  2. Cada pessoa, individualmente, responderá as questões do formulário;
  3. Os formulários respondidos individualmente serão distribuídos aleatoriamente pelo tema e das respostas, reorganizando os dados em um formulário único;
  4. Cada subgrupo apresentará suas conclusões do formulário que serão debatidos no documento final;
  5. Fechamento do grupo.
    - Esclarecer informações, agradecer a participação.

#### GRUPO FOCAL TEMÁTICO - QUESTÕES DA ENTREVISTA GRUPAL

##### Sobre práticas e o cotidiano dos CAPS AD

Questão 1 - Quais as condições que o serviço precisa oferecer para que o profissional desenvolva práticas eficazes para os usuários do CAPS AD

Questão 2: Descreva práticas bem sucedidas utilizada pela equipe do CAPS AD e explique o porquê foi bem sucedida.

Questão 3: Descreva práticas utilizadas pela equipe do CAPS AD que não foram bem sucedidas ou que precisam de aperfeiçoamento. Explique o porquê.

Questão 4: Descreva práticas que deveriam acontecer no CAPS AD para um atendimento eficaz ao usuário. Por quê?

### **Sobre formação dos profissionais dos CAPS AD**

Questão 1: Qual aprendizagem da formação auxiliou no trabalho do CAPS AD.

Questão 2: Quais conhecimentos, habilidades e atitudes você não tinha quando ingressou no CAPS AD? O que você tem feito para desenvolvê-los?

Questão 3: Quais as situações de ensino aprendizagem que contribuem para melhorar as práticas do serviço. Dê exemplos nas quais essas experiências produziram melhorias no trabalho.

Questão 4: Quais as dificuldades que você tem enfrentado para aprender novos conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para o desenvolvimento do serviço.

**APÊNDICE E - Glossário de itens utilizados no CAPS AD**

**"FORTALECIMENTO DO ENSINO NA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE"**

Pró-ensino  
na Saúde



FACULDADE DE  
CEILÂNDIA  
INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA

**PROJETO: A formação permanente e as práticas efetivas para o modelo de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD)**

**GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NOS CAPS AD**

<b>TERMOS E SINÔNIMOS (ORDEM ALFABÉTICA)</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>A</b>	
<b>Acolhimento ou Plantão de escuta ou acomodação de horário</b>	Ato ou efeito de acolher; recepção, Refúgio, guarita. Considerada tecnologia de baixa exigência, não havendo necessidade de estabelecer diagnóstico. A ação é de compreender a situação, de forma mais abrangente possível da pessoa que procura o serviço a qualquer horário.
<b>Acompanhamento intersectorial ou Acompanhamento de rede ou Interface com a rede</b>	Atendimento do usuário compartilhado com outros serviços como escola, trabalho, justiça, SUAS, família, comunidade entre outros.
<b>Administração de medicação</b>	A necessidade de medicação de cada usuário avaliada constantemente pelos profissionais do serviço. Rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um.
<b>Atividade administrativa</b>	Atividades desenvolvidas por equipe técnica na organização da rotina do serviço, como receptividade do usuário, marcação de atendimento, entre outros.
<b>Alta administrativa</b>	Liberação do usuário do tratamento e do serviço pela equipe por motivos diversos, como indisciplina, abandono, entre outros.
<b>Alta clínica</b>	É o ato médico ou da equipe técnica que configura a cessação de assistência prestada ao paciente. Ocorre em média após 4 meses de atendimento. Acompanha relatório de alta clínica.
<b>Aplicação de protocolo clínico</b>	Aplicação de instrumento específico por categoria profissional. Utilizado no atendimento para auxiliar no Plano terapêutico e tratamento.
<b>Assembleia</b>	Reunião de pessoas no mesmo local para tratar de questões comuns da rotina do CAPS. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.
<b>Atendimento semi-intensivo</b>	Atendimento do usuário até 12 dias no mês, podendo ser domiciliar. Portanto, o usuário

	deve frequentar o CAPS AD pelo menos 3 vezes por semana.
<b>Atendimento assistente Social</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional assistente social, observado através de registro no prontuário do conselho profissional.
<b>Atendimento clínico</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional médico observado através de registro no prontuário do conselho profissional.
<b>Atendimento grupo familiar</b>	Conversa e assessoramento as famílias sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.
<b>Atendimento individual familiar ou Atendimento do núcleo familiar</b>	Reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.
<b>Atendimento individualizado a familiares</b>	Atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.
<b>Atendimento de grupo</b>	Atendimento (sistemático ou não) realizado por profissional da equipe do serviço com grupo de usuários.
<b>Atendimento domiciliar</b>	Atendimento (sistemático ou não) realizado por profissional da equipe do serviço no domicílio do usuário.
<b>Atendimento enfermeiro</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional da enfermagem, observado através de registro no prontuário do conselho profissional.
<b>Atendimento individual, Consulta individual</b>	Atendimento (sistemático ou não) realizado por profissional da equipe do serviço apenas com o usuário.
<b>Atendimento intensivo</b>	Atendimento diário (5 vezes por semana) oferecido ao usuário em condições de grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.
<b>Atendimento não intensivo</b>	Atendimento oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.
<b>Atendimento oficinairo ou Acompanhamento oficinairo</b>	Atendimento (sistemático ou não) por profissional técnico estimulando habilidades diversas com o usuário.
<b>Atendimento Psicólogo ou Acompanhamento psicológico</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional psicólogo, observado através de registro no prontuário do conselho profissional.
<b>Atendimento Psiquiatra ou Acompanhamento psiquiatria</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional psiquiatra, observado através de registro no prontuário do conselho profissional.
<b>Atendimento técnico de enfermagem</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional técnico em enfermagem, observado através de registro no prontuário do conselho profissional.

<b>Atendimento TO ou Acompanhamento de TO</b>	Acompanhamento (sistemático ou não) do usuário por profissional terapeuta ocupacional, observado através de registro no prontuário do conselho profissional.
<b>Atendimentos justiça ou atendimento via legal</b>	Atendimento de usuários que estão respondendo medida sócia educativa de justiça. Nesse caso, o prontuário apresentará relatórios sistemáticos e os usuários participam de atividades específicas.
<b>Atividade comunitária ou Atividades no território ou Atividade extramuros</b>	Atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral.
<b>Avaliação inicial, Triagem</b>	Seleção, escolha, separação de alguns entre muitos. A triagem no CAPS poderá ocorrer para definir atendimentos individuais sistemáticos pelos profissionais. Processo desenvolvido pela equipe ou por uma área específica que se estabelece prioridade de atendimento.
<b>B</b>	
<b>Benefícios sociais</b>	Equipamentos de outras políticas (Assistência Social, Previdência Social, transporte, entre outros) oferecidos aos usuários. É realizado por profissional médico ou assistente social. Exemplo: auxílio doença, passe livre, benefício de prestação continuada (BPC), aposentadoria, etc.
<b>C</b>	
<b>Consultório de rua</b>	Dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva de saúde mental, tendo como público alvo prioritário crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, oferecendo ações no espaço da rua. As abordagens são realizadas no local de uso de álcool e outras drogas possibilitando ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, além de aproximar essa população, quando necessário e de forma sistêmica e integrada, de outros serviços de tratamento para o consumo de substâncias psicoativas.
<b>D</b>	
<b>Desintoxicação</b>	Conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.
<b>Dispensa de Insumos protetivo</b>	Ação de distribuição de materiais protetivo, como: preservativo, seringas, protetor labial etc..
<b>E</b>	
<b>Entrevista motivacional</b>	Abordagem que visa motivar o paciente a desenvolver um comprometimento e tomar decisão de mudar seu comportamento. Tem como objetivo ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas, portanto, pode ser utilizada em qualquer fase do tratamento (com pacientes que buscaram e com os que não buscaram ajuda).
<b>Estratégias de redução de danos</b>	Ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de

	administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.
<b>F</b>	
<b>Farmacoterapia ou Tratamento Medicamentoso</b>	Tratamento sistemático utilizando medicamentos psicoativos ou psicofármacos.
<b>G</b>	
<b>Gerenciamento de caso</b>	Registro, indicação de tratamento e acompanhamento individualizado a cada paciente, mobilizando-se as possibilidades do serviço e das ações intersetoriais para tal fim.
<b>Grupo Operativo</b>	Técnica fundamentada na teoria de Pichón-Rivière, com o objetivo de encontrar formas e meios dos usuários de dar conta de tarefas. No CAPS AD o grupo operativo ocorre quando os participantes decidem em formas de execução de uma tarefas. Exemplo: assembleia, reunião de usuários, entre outros.
<b>Grupo AA e NA</b>	Grupo de autoajuda realizado por ONG's (NA e AA) ocorrendo no espaço do serviço ou na comunidade. Deve ocorrer registro em documentos institucionais.
<b>H</b>	
<b>Hipótese diagnóstica</b>	É um dado conclusivo do médico, baseado na entrevista e avaliações realizadas no usuário, sobre seu estado clínico. É representado com símbolos do CID 10.
<b>História pregressa de entrada</b>	Consiste na história clínica do paciente, ou seja, o conjunto de história do usuário, seu uso com a droga, entre outros anterior a sua entrada no serviço. Pode estar no formato de anamnese ou relatório no prontuário.
<b>M</b>	
<b>Mudança do turno</b>	Mudança de horário do usuário após avaliação do PTS com o consentimento da equipe do serviço.
<b>Matriciamento</b>	Responsabilidade compartilhada dos casos com a atenção básica, através de orientação e supervisão, atendimento conjunto em situações complexas, realizando visitas domiciliares.
<b>O</b>	
<b>Oficina terapêutica</b>	Atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. São realizadas vários tipos de atividades, tendo em vista a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania, entre outros.
<b>Oficina geradora de renda</b>	É um instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de

	livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, entre outros.
<b>Oficina expressiva</b>	Atividade de grupal de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
<b>Oficina de alfabetização</b>	Oficina que contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.
<b>Oficina cultural</b>	Atividades que procura despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.
<b>Orientação Jurídica</b>	Acompanhamento do usuário, por profissional da equipe do CAPS, em serviços de orientação jurídica ou orientação de questões jurídicas por advogado em atividade terapêutica realizada no CAPS.
<b>P</b>	
<b>Psicoeducação</b>	Técnica aplicada aos usuários e familiares através de informações sistemática, estruturada e didática de aspectos clínicos e de tratamento para capacitar os participantes a enfrentar as situações e questões práticas relacionadas aos transtornos do uso abusivo de droga.
<b>Psicoterapia</b>	Encontros sistemáticos individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e técnicas diversas. É realizado por psicólogo, observado através de registro no prontuário.
<b>Projeto Terapêutico Singular ou Plano terapêutico</b>	Descrição de atendimentos personalizados do usuário no serviço e fora dele das atividades que compõem seu tratamento.
<b>Prevenção de recaída</b>	Modelo de Prevenção de Recaída (PR), de Marlatt e Gordon (1985), de fatores ou situações que podem precipitar ou contribuir para a recaída do usuário.
<b>R</b>	
<b>Reavaliação ou Alteração de plano terapêutico</b>	Avaliar de novo. Utilizar estratégias para avaliar a evolução do usuário e propor novas intervenções no tratamento. Ocorre reformulação do PTS, com concordância do usuário.
<b>Reunião de equipe</b>	Reunião sistemática da equipe para organização administrativa, rotina dos serviços e discussão de casos clínicos.
<b>Reunião intersetorial ou Reunião de rede social</b>	Reunião sistemática de membros da equipe com rede de serviço local para discussão de questões gerais sobre o território.
<b>Recolhimento ou Readmissão</b>	Acolher novamente o usuário em situação de retorno após desistência do tratamento. Ver acolhimento.



<b>S</b>	
<b>Suporte laborativo ou Reinserção no trabalho</b>	Atividades de suporte social, como por exemplo: projetos de inserção no trabalho, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino.
<b>Suporte vocacional ou Reinserção ao trabalho</b>	Atividades de suporte social, como projetos de inserção no trabalho. Desenvolvimento de atividades que estimulem integração socioprofissional de usuários em situação de desemprego, ou desfavorecido pelo mercado de trabalho, proporcionando-lhes a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais adequadas ao exercício de uma atividade ou favorecendo a criação de postos de trabalho.
<b>Supervisão clínica</b>	Reunião clínica sistemática, com profissional capacitado externo a equipe, com discussão de casos e orientações terapêuticas para a equipe.
<b>T</b>	
<b>Tempo de tratamento</b>	Período entre a admissão do usuário no serviço e a alta pela equipe. Deve ser levantada através da data registrada na admissão e na alta no prontuário.
<b>Tempo decorrido entre admissão e a avaliação</b>	Levantar as datas do acolhimento do usuário e do primeiro atendimento, para avaliar o prazo decorrido no processo de início de tratamento.
<b>Terapia cognitivo comportamental</b>	Envolve um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas com a finalidade de mudança de padrões de pensamento. Algumas das técnicas incluem treino em habilidades sociais, resolução de problemas, psicoeducação em relação aos efeitos e às consequências do uso de droga e planejamento de estratégias para lidar com a fissura e com as situações de risco. Pode ser observado através do registro no prontuário.
<b>Terapia comunitária</b>	Técnica de grupo de autoajuda desenvolvido por profissional do serviço ou da comunidade, ocorrendo uma vez por semana. Devendo estar registrada em documentos institucionais.
<b>Termo de internação Voluntária ou Relatório Médico ou Guia de consulta</b>	Termo assinado por membro familiar para internação do usuário que não se encontra em condições de manifestar validamente a sua vontade. Pode ser encontrado no prontuário, através de relatório médico ou de guia de consulta.
<b>Termo do aceite ao tratamento</b>	Termo com direitos e deveres do usuário ao tratamento e o serviço, e como sei aceite. Pode ter a função de contrato terapêutico com o serviço.
<b>Técnico de referência</b>	Profissional da equipe que tem como responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço, contatando a família e avaliando periodicamente metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.
<b>V</b>	
<b>Visita domiciliar</b>	Atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa.

## APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**"FORTALECIMENTO DO ENSINO NA SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE"**

Pró-ensino  
na Saúde



**PROJETO: A formação permanente e as práticas efetivas para o modelo de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD)**

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **A formação permanente para práticas efetivas do modelo de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD)**, da doutoranda da Universidade de Brasília **Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de O. Silva**, tendo como orientadora a **Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad**. O objetivo desta pesquisa é Conhecer as tecnologias e práticas de saúde e as estratégias de formação permanente em serviços de saúde mental realizado pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD), e o reflexo da formação para a reabilitação psicossocial, à luz da Política de Saúde Mental.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará pela entrevista semi estruturada individual, e entrevista grupal através da técnica do grupo focal, com data e hora agendada e que será gravada. Todas as etapas ocorrerão nas dependências dos CAPS AD selecionados, sem nenhum incômodo ou custeio, e será autorizada a captação de áudio.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer etapa), podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não haverá pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Fundação Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora responsável **Nazareth Malcher** na UnB telefone: **(61) 8304 9709**.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, nº 551.770 (04/02/2014). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome/Assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável



