

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TIAGO RAFAEL WENTZEL

ADESÃO DE USUÁRIOS AO TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS-CAPS-AD

CURITIBA

2016

TIAGO RAFAEL WENTZEL

ADESÃO DE USUÁRIOS AO TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS-CAPS-AD

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde, modalidade à distância, da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Rosibeth Del Carmen Muñoz Palm.

CURITIBA

2016

## RESUMO

A presente proposta técnica buscou verificar a adesão de usuários ao tratamento em Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) localizado no município de Pinhais-Paraná. Entre os objetivos desta proposta estavam o diagnóstico do processo de adesão nos últimos 24 meses, à mensuração do quantitativo de usuários que procuraram o CAPS-AD Pinhais, sua adesão ou não ao tratamento, os encaminhamentos realizados pelo serviço e propor medidas de intervenção nesta situação problema.

A adesão de usuários ao tratamento em serviços de saúde se constitui como um elemento essencial na organização e planejamento de ações de saúde e desenvolvimento de redes. Nos serviços de saúde mental a adesão ao tratamento pode proporcionar melhoria na qualidade de vida de usuários e familiares, melhor utilização por parte do usuário dos serviços da rede, além de evitar internações e agravos na saúde do usuário. Entre as propostas apresentadas para melhoria da adesão de usuários estão: acompanhar retorno de usuários após internação hospitalar, realizar pesquisa junto a usuários (em tratamento e que não aderiram) sobre o serviço prestado e motivos para adesão ou não adesão de usuários e realizar pesquisa junto a profissionais em atividade no serviço sobre o atendimento prestado e motivos identificados para adesão ou não adesão de usuários.

Palavras Chave: Adesão de usuários, Gestão em saúde, Reforma psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

This technical proposal sought to verify the compliance of users to treatment in Centre of Attention Psychosocial Alcohol and Drugs (CAPS-AD) located in the city of Pinhais, Paraná. Among the objectives of this proposal were the diagnosis of the accession process in the last 24 months, the measurement of the quantity of users who sought the CAPS-AD Pinhais, their membership or not to treatment, referrals generated by the service and propose intervention measures in this situation problem.

The membership of users to treatment in health services constitutes an essential element in the organization and planning of health activities and networking. In mental health services adherence to treatment can provide better quality of life of patients and families, better use by the user of network services, in addition to preventing hospitalizations and injuries in the user's health. Among the proposals to improve the user membership are: keep return users after hospitalization, conduct survey of users (in treatment and did not join) on the service provided and reasons for adherence or nonadherence users and conduct survey professional activity in the service of the service provided and identified reasons for adherence or nonadherence users.

Keywords: Adhesion Users, Health Management, Psychiatric Reform.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-Fluxograma do serviço.....	23
-------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1- ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELO CAPS-AD PARA OUTROS SERVIÇOS DA REDE NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2013 À AGOSTO DE 2015.....	26
TABELA 2- USUÁRIOS EM INSERÇÃO NO CAPS-AD NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2013 À AGOSTO DE 2015.....	26
TABELA 3-USUÁRIOS QUE REALIZARAM PTS NO SERVIÇO NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2013 À AGOSTO DE 2015.....	27

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPS – TM – Centro de Atenção Psicossocial Transtornos Mentais

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

PTS – Projeto Terapêutico Singular

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF- Unidade de Saúde da Família

LENAD- Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 APRESENTAÇÃO.....	9
1.2 OBJETIVO GERAL.....	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.4 JUSTIFICATIVA.....	10
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	12
2.2 ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PANORAMA ATUAL.....	13
2.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS- CAPS-AD.....	14
2.4 ACOLHIMENTO.....	17
2.5 ADESÃO.....	18
2.6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR-PTS.....	19
2.7 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	20
2.8 GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	21
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	22
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	22
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	25
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA .....	28
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	28
4.1.1 Plano de implantação.....	29
4.1.2 Recursos.....	31
4.1.3 Resultados esperados.....	31
4.1.3 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS .....	37



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1. APRESENTAÇÃO

A adesão de usuários ao tratamento em serviços de saúde se constitui como um elemento essencial na organização e planejamento de ações de saúde e desenvolvimento de redes. Nos serviços de saúde mental a adesão ao tratamento pode proporcionar melhoria na qualidade de vida de usuários e familiares, melhor utilização por parte do usuário dos serviços da rede, além de evitar internações e agravos na saúde do usuário.

O presente trabalho foi desenvolvido em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas do município de pinhais (CAPS-AD Pinhais). O CAPS-AD está em funcionamento como serviço credenciado pelo ministério da saúde desde o ano de 2013, em seu projeto de credenciamento prevê o atendimento de 190 usuários, sendo que em nenhuma ocasião alcançou sua plena capacidade de atendimento.

A presente proposta técnica busca verificar a adesão de usuários ao tratamento em Centro de atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS-AD). Entre os objetivos desta proposta estão o diagnóstico do processo de adesão nos últimos 24 meses, à mensuração do quantitativo de usuários que procuraram o CAPS-AD Pinhais, sua adesão ou não ao tratamento, os encaminhamentos realizados pelo serviço e propor medidas de intervenção nesta situação problema.

## 1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

- Adesão de usuários ao tratamento em Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS-AD.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

- Diagnosticar a adesão ao serviço nos últimos 24 meses.
- Mensurar quantitativo de usuários que procuraram o serviço e aderiram a tratamento.
- Propor alternativas para melhoria da adesão.

## 1.4 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

A adesão de usuários a tratamentos de doenças crônicas se constitui como um importante elemento na implantação de políticas públicas de saúde. Atualmente existem diversas políticas que norteiam e disponibilizam tratamento e acesso a populações destes programas entre elas a saúde mental entre destacam-se: a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 e a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

Os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas também são considerados doenças crônicas e causam graves comprometimentos na saúde e rotina de vida de seus portadores e familiares. (Reiners *et al.* 2008, p. 2303). Por consequência a não adesão de usuários ao tratamento passa a ser um complexo problema de saúde pública, visto que além da piora do transtorno, há agravo dos prejuízos sociais e aumento do custo dos cuidados de saúde, principalmente pela utilização de outros serviços como as internações clínicas e psiquiátricas. A atenção a usuários de saúde mental é um recurso estratégico, pois grande parte dos usuários de álcool e outras drogas apresentam comorbidades entre elas: maior propensão ao suicídio, maior índice de incidência e contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e doenças como hipertensão e diabetes.

O serviço alvo deste projeto técnico está em funcionamento enquanto equipamento credenciado junto ao ministério da saúde neste município desde janeiro de 2013. Em seu projeto de credenciamento junto ao ministério da saúde prevê capacidade de atendimento de 190 usuários em diferentes regimes de tratamento (PINHAIS, 2008 p.33). Apesar de atuar como referência em seu território, atualmente mantém número variável de usuários atendidos, sendo que em nenhuma ocasião desde que inaugurado atingiu sua plena capacidade de funcionamento. Ao longo de seu tempo de funcionamento foram realizadas por parte da equipe assistencial tentativas em aumentar a adesão e elevar o número de usuários atendidos entre: elas reuniões, alteração nos fluxos de entrada e adoção de medidas para aumento da adesão.

Diante dos motivos expostos acima se torna essencial um maior entendimento do processo de adesão para que se possam minimizar os prejuízos causados por este transtorno e oferecer melhores estratégias de cuidado. A melhor utilização deste serviço pode garantir uma melhor atenção à saúde de usuários e familiares de usuários de substâncias, bem como favorecer o tratamento e evitar agravos na situação de saúde desta população. Do ponto de vista institucional a utilização deste serviço em sua capacidade plena pode garantir uma melhor utilização de recursos financeiros e humanos, além de atender aos objetivos propostos desde a sua criação.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica foi iniciado no Brasil em meados dos anos setenta e alterou significativamente o campo da saúde mental e atenção psicossocial exercendo influência direta na assistência ao usuário e contribuindo para a construção de novas formas de cuidado que respeitem a dignidade e os direitos do portador de sofrimento psíquico.

O movimento surgiu em um período pós-ditadura militar e contou com participação de movimentos de trabalhadores, associações de classe e associações de usuários que questionavam a eficácia e o modelo de atenção manicomial vigente. O processo de reforma psiquiátrica brasileira segundo Amarante (1995, p. 493) foi fortemente influenciado por experiências internacionais em especial a reforma psiquiátrica italiana. O mesmo autor destaca o caráter transformador proposto por este movimento em que se propõe a ir além de um modelo "centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida". (AMARANTE, 1995, p. 493).

A noção de "desconstrução" proposta pelo autor busca desconstruir a ideologia de periculosidade e marginalização dos pacientes com transtornos mentais e fortalecer a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial baseado em internações de longa data e asilamento. Os serviços substitutivos propostos pela reforma são serviços territoriais integrados a comunidade, que se responsabilizam pelo atendimento de toda a demanda da área em que está inserido. Desta forma, é um serviço que "substitui e supera o hospital psiquiátrico", pois em sua lógica de atendimento a saúde mental, busca oferecer a assistência integral aos usuários e familiares, mantendo os seus vínculos sociais e comunitários. (AMARANTE, 2007, p. 170-173).

Apenas nos anos 90 o movimento pela Reforma Psiquiátrica obteve seus maiores avanços na luta por serviços substitutivos em saúde mental e na construção de experiências de tratamento e assistência aos usuários principalmente através de experiências exitosas em saúde mental como a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção psicossocial (NAPS). Um dos

fatores que contribuíram para o surgimento de novos serviços substitutivos segundo Britto (2004, p.48) são as portarias 189/91 e 224/92 que “efetivavam o financiamento de estabelecimentos não manicomiais e permitiram o fechamento de instituições não qualificadas para a prestação de assistência”. É importante salientar que até o ano de 1991 o Ministério da Saúde previa remuneração somente para internação psiquiátrica e consulta ambulatorial, fator que dificultava a realização de outras modalidades de atendimento.

Os intensos debates ao longo da década de 90, e a apresentação do projeto de lei 3.657/89, que propunha um novo modelo de assistencial a saúde mental foram decisivos neste processo de mudança que culminou com a aprovação da lei 10216 em 2001 (BRASIL, 2001). Esta lei representa um marco na atenção aos pacientes portadores de saúde mental e um avanço no campo da atenção psicossocial, pois muda o modelo de atenção baseado nos serviços hospitalares e internações, para um modelo de base territorial e comunitária. (BRASIL, 2001).

A Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 apresenta uma proposta de proteção da pessoa portadora de transtorno mental, estabelece os seus direitos e propõe o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental. De acordo com a lei 10216/01, as internações devem ser o último recurso para atenção de pacientes portadores de transtorno mental e deve ser utilizada conforme indicado no Art. 4º “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. (BRASIL, 2001). A mesma lei determina que os tratamentos devam ter como principal finalidade a reinserção social do usuário, oferecendo assistência integral ao usuário “incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”. (BRASIL, 2001).

## 2.2 ALCOOL E DROGAS PANORAMA ATUAL

O problema causado pelo uso de drogas tem despertado a atenção de trabalhadores e autoridades de saúde. No Brasil o último levantamento domiciliar realizado em 2005 pelo CEBRID (CARLINI *et al*, 2006) em 108 cidades com mais de 200 mil habitantes, demonstra a prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 12,3% na população pesquisada, este dado quando

comparado a números de pesquisa anterior realizada em 2001 demonstra um aumento de cerca de 10% nos casos classificados como dependentes.

O mesmo estudo ressalta aumento de relatos do uso de maconha em 2005 cerca 8,8% dos entrevistados, enquanto apenas 6,9% no levantamento anterior. Neste mesmo levantamento os entrevistados foram questionados sobre a procura de tratamento e cerca de 2,9 % informaram já ter procurado tratamento, número menor que o levantamento anterior realizado em 2001 que indicava um índice de 4% o que demonstra uma queda na procura por tratamento. O mesmo levantamento revela que 3,1% dos entrevistados já se acidentaram quando em uso de alguma droga ou substância (CARLINI *et al*, 2006).

O Segundo levantamento nacional de álcool e drogas realizado pela UNIFESP em 2012 (LENAD II, 2014), destaca os problemas de saúde física e mental provocados pelo uso de drogas no Brasil. Neste estudo se destaca a busca por tratamentos clínicos, cerca de 27% dos entrevistados admitem já ter procurado algum serviço de saúde por problemas de pressão alta, 23,9% por ansiedade, 15,1% por depressão e 6,6% por diabetes. (LENAD II, 2014 p.61).

Estes dados expõem em parte o panorama atual do uso abusivo, dos transtornos mentais e doenças relacionadas ao uso de drogas aos sistemas de saúde e a sociedade como um todo, principalmente pela condição de vulnerabilidade em que muitas vezes o dependente se encontra, mais exposto a situações agravando a saúde, acidentes e menos propenso a busca de tratamento.

### 2.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS- CAPS-AD

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços substitutivos ao modelo hospitalar e em suas diversas modalidades se constituem como pontos de atenção da rede de atenção psicossocial (RAPS). Os CAPS podem ser definidos como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional. Estas equipes atuam de maneira interdisciplinar objetivando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive transtornos mentais decorrentes do uso de drogas, sejam em situações de crise ou nos processos de "reabilitação psicossocial" (BRASIL, 2011).

Os CAPS atuam de forma territorial, se constituindo como um “local” na comunidade, de “referência e de cuidado”, “promotor de vida”, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. (BRASIL, 2005). São serviços estratégicos no contexto da RAPS tanto no que se refere à atenção direta, promoção de autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, pois devem atuar em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. Os CAPS enquanto serviço podem ser organizados nas seguintes modalidades conforme descrito no manuais de implantação dos serviços (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013):

- CAPS I: realizam atendimento a usuários de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Além disso, dispõe de atendimento aos usuários portadores de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Este serviço é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.
- CAPS-AD: oferecem atendimento a pessoas todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, e reinserção aos usuários. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS-i: atendem crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, além de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS II: oferece atendimento a pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

O atendimento realizado nestes serviços tem caráter coletivo ou individual, podendo acontecer nos espaços do CAPS ou na comunidade em que o serviço está inserido. De acordo com a Portaria SAS/MS n. 854/2012 (Brasil, 2012), poderão compor os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e familiares, as seguintes estratégias:

- Acolhimento inicial: primeiro atendimento, podendo ser por demanda espontânea ou referenciada, incluindo situações de crise é definido como uma escuta qualificada, que busca orientar as demandas de usuário e familiar, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

- Atendimento individual: Implica no fornecimento de cuidados individuais às necessidades de cada usuário podendo contribuir para elaboração do projeto terapêutico singular ou ações propostas nele.
- Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente são recursos que visam promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania. Os atendimentos em grupo também são realizados através de atividades de práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas
- Atendimento para a família: são intervenções voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas. O atendimento de família é uma estratégia que pode favorecer a corresponsabilização no contexto do cuidado.
- Ações de reabilitação psicossocial: são ações de fortalecimento de usuários e familiares, a partir do desenvolvimento de iniciativas articuladas nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos. Estas ações objetivam a produção de novas possibilidades para projetos de vida e exercício da cidadania.
- Promoção de contratualidade: consiste no acompanhamento de usuários em situações da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território.
- Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares: são atividades que estimulam: a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembléias de serviços, participação em conselhos, conferências e congresso.
- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede local, incluindo os recursos comunitários presentes no território.
- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência. É o apoio sistemático às equipes que oferece suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental.



- Ações de redução de danos conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas com objetivo de minimizar danos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de moradia do usuário e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações.

## 2.4 ACOLHIMENTO

O acolhimento é o primeiro atendimento oferecido ao usuário, podendo ser por demanda espontânea ou referenciada. É definido como uma escuta qualificada a pessoa que busca o serviço, é o espaço onde são ouvidas suas demandas e expectativas em relação ao serviço de saúde. A prática do acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização e é definido como: "uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão", "um espaço de respeito à condição do indivíduo e escuta" (BRASIL, 2010, p. 6).

A proposta de uma postura de receptividade por parte da equipe em receber, escutar e cuidar de forma humanizada dos usuários e de suas necessidades é ressaltado por Silva e Mascarenhas (2004, p.247) "como uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e sujeitos que buscam os serviços de saúde". O papel de construção de vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilização pelo acesso a outros serviços, quando necessário é destacada em manuais de implantação de serviços de saúde mental como um elemento fundamental aos serviços (BRASIL, 2004 p.15-17; BRASIL, 2013 p. 8).

Na rotina dos serviços de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, os primeiros contatos realizados entre o serviço e o usuário são essenciais para a construção do processo de acompanhamento e inserção ao tratamento, Figlie e Guimarães (2014, p.483) destacam que será nestes momentos em que se iniciará o estabelecimento de vínculo entre a equipe multiprofissional e a pessoa com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A clientela que utiliza os serviços de atendimento para álcool e outras drogas muitas vezes exhibe sentimentos de ambivalência em relação ao uso de drogas e a necessidade de um tratamento, o que reforça ainda mais a necessidade de um contato inicial acolhedor, qualificado e favorecedor de vínculo e adesão. Figlie e

Guimarães (2014, p.484) ressaltam que a formação de aliança terapêutica e adesão, “já pode começar a ser construída a partir do primeiro atendimento, envolve o estabelecimento de uma relação de confiança e de respeito mútuo de trabalho” e pode favorecer em muito a adesão do usuário ao serviço e ao tratamento ofertado.

## 2.5 ADESÃO

A adesão é um importante elemento no processo de tratamento. É definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) como “o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde”.

A adesão do usuário favorece exponencialmente a possibilidade de sucesso terapêutico, pois facilita a minimização de sintomas, a remissão do transtorno e redução de possíveis agravos. Ferreira *et al.* (2015, p. 151) destacam que em muitas situações a adesão ocorre por pequenos períodos de tempo que possibilitam ao usuário maior motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos e recaídas e a reinserção social. Os mesmos autores enfatizam a função estratégica dos estudos sobre adesão ao tratamento e o importante papel da adesão como meio de melhoria da qualidade de vida dos usuários.

O abandono do tratamento é um evento frequente nos serviços de saúde mental em pesquisa realizada com 227 usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do estado do Piauí, Monteiro *et al.* (2011, p. 93), verificaram que cerca de 56,8% (n=129) abandonaram o tratamento em um período de até 3 meses após seu ingresso. Este mesmo cenário também se comprova internacionalmente, Gearing *et al.* (2014, p.31) estimam que entre 20 e 70% dos indivíduos que iniciam o tratamento psicossocial abandonam o tratamento antes de seu término.

Em artigo sobre a produção bibliográfica sobre o tema adesão/não adesão a tratamentos de doenças crônicas de saúde, Reiners *et al.* (2008, p. 2304) destacam o avanço obtido na última década nos estudos sobre aderência ao tratamento de doenças crônicas, apesar disso ressaltam o papel reduzido dado aos pacientes, que são considerados “submissos ao tratamento”. Os mesmos autores destacam que “a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento é conferida

pelos profissionais ao paciente” e como alternativa a este problema sugerem que os profissionais e serviços de saúde sejam “co-responsáveis nesse processo” (REINERS *et al.* 2008, p. 2305).

A corresponsabilização e a contratualização do tratamento com usuário são elementos que podem influenciar significativamente a adesão ao tratamento. As principais ferramentas de contratualização em um CAPS-AD são o acolhimento e Projeto Terapêutico Singular (PTS) que será apresentado a seguir.

## 2.6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada e humanização em saúde. De acordo com Brasil (2008, p. 39) os projetos terapêuticos podem ser desenvolvidos de maneira coletiva, familiar e até territorial. Além disso, existe a necessidade de se observar além da doença, mas o contexto de inserção do usuário que se constitui como um importante elemento no estabelecimento de linhas de cuidado ao usuário. O PTS vai além de um olhar individual, mas “exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial”. O PTS desempenha papel estratégico como uma ação resultante da “articulação e da construção coletiva de uma equipe de saúde em interação com a pessoa e o contexto social ao qual está dirigido” (BRASIL, 2008, p. 40). O uso do PTS como ferramenta de intervenção propõe uma alternativa humanizada a organização tradicional dos processos de trabalho em saúde, pois “pressupõe a necessidade de maior articulação entre profissionais e corresponsabilização por parte do usuário” (CHIAVERINI, *et al.* 2011). O PTS possibilita a utilização de todos os recursos de equipe e do usuário para refletir, discutir, compartilhar e se corresponsabilizar pelas ações de cuidado e reabilitação. (CHIAVERINI, *et al.* 2011). Os mesmos autores destacam a necessidade de utilização do PTS para todos os usuários em tratamento nos CAPS.

O PTS pode ser elaborado a partir de um roteiro norteador “estabelecendo momentos sobrepostos, são eles: o diagnóstico situacional; a definição de objetivos e metas; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS”. (BRASIL, 2008, BRASIL, 2014).

O diagnóstico situacional visa determinar o contexto situacional da pessoa, família, grupo ou coletivo. Nesta etapa são identificadas as necessidades,

demandas, vulnerabilidades, potencialidades e principalmente "a história de vida/relações e o contexto social em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS". (BRASIL, 2014).

A definição de objetivos e metas envolve a organização dos pontos onde ocorrerá a intervenção. As metas e responsabilidades podem envolver a todos os participantes do projeto terapêutico e não unicamente o usuário. Este processo de negociação permite uma maior corresponsabilização e autonomia aos envolvidos. (BRASIL, 2014).

A reavaliação do projeto terapêutico pode ocorrer em períodos de tempo pré determinados pelos envolvidos ou de acordo com a necessidade da pessoa ou grupo familiar. (BRASIL, 2014).

## 2.7 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela portaria 3088 de 2011 e tem como principal objetivo a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A Portaria nº 3088/11 (BRASIL, 2011), objetiva reafirmar e garantir no âmbito dos serviços de saúde a promoção de respeito à "liberdade, equidade e autonomia" dos usuários. O respeito à singularidade de cada pessoa está descrita na lógica de cuidado as pessoas com sofrimento mental através da utilização do PTS "como principal ferramenta a formulação de projetos terapêuticos singulares. (BRASIL, 2011).

A mesma portaria estabelece como diretriz oferta e cuidado integral, através de serviços de "base territorial e comunitária", favorecedora de cidadania e controle social de usuários e familiares (BRASIL, 2011). Esta lógica de cuidado rompe de maneira definitiva com antigo modelo manicomial, além disso, propõe oferta de "cuidado integral e assistência multiprofissional, garantindo acesso e qualidade nos serviços sob a lógica interdisciplinar". (BRASIL, 2011).

O reconhecimento da condição de autonomia e direitos do usuário é enfatizado na adoção de medidas centradas nas necessidades dos usuários, no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e na adoção de medidas de redução de danos. (BRASIL, 2011).

## 2.8 GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O reconhecimento da complexidade do modelo de atenção psicossocial, no qual as ações dos profissionais dos serviços de saúde mental são norteadas pelo estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais entre as pessoas. É essencial ao gestor um olhar diferenciado aos serviços de saúde, pois podem ser considerados "organizações profissionais" como ressaltam Barbosa e Carvalho (2012, p. 83) a estes serviços são apontadas particularidades nos processos de trabalho e no produto ou ainda na produção destes serviços, sendo que seu centro operacional exige níveis de qualificação elevados e pouco passíveis de "formalização e normatização" (BARBOSA; CARVALHO, 2012, p. 83). Nos equipamentos de saúde mental estas particularidades são ainda mais acentuadas, pois cada equipamento define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe.

Apesar do elevado grau de autonomia que o serviço dispõe este fator não impacta diretamente nas possibilidades de negociação com os gestores e na garantia de condições de trabalho, recursos humanos, de pessoal e de capacitação de pessoal. Outro fator que dificulta a gestão nestas organizações é o caráter crônico dos usuários que atende e a "intangibilidade" dos resultados ao longo do tratamento, ou seja, nem sempre os serviços dispõem de indicadores claros de qualidade, adesão ou efetividade dos tratamentos. (SILVA *et al.* 2009, p.41; CAMPOS *et al.* 2009, p. 21).

O processo de tratamento em serviços de saúde mental deve ser capaz de lidar com a singularidade dos usuários. Além disso, estes equipamentos dependem diretamente do engajamento do usuário para que o serviço seja prestado. Cabe ao gestor de saúde facilitar caminhos para este acesso, favorecer intervenções capazes de ir além da lógica produção, mas ao encontro da qualidade e da eficiência tão essenciais ao processo de tratamento desta população.

### **3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

#### **3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO**

O CAPS-AD do município de Pinhais é um equipamento da rede de atenção à saúde vinculado a prefeitura municipal. É um dos serviços integrantes da gerência de saúde mental e especialidades, departamento do qual fazem parte outros serviços como o CAPS TM e o centro de especialidades.

O CAPS-AD está em funcionamento como serviço credenciado junto ao ministério da saúde há cerca de 3 anos, conta com sede própria e está lotado em uma estrutura de aproximadamente 300 metros quadrados com: 05 consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas), 02 salas para atividades grupais, 02 salas para oficinas, 01 cozinha, 1 refeitório, 05 sanitários, 01 lavanderia e área externa para oficinas, recreação, esportes e horta.

Atualmente o serviço atende aos requisitos de equipe mínima e estrutura física indicados na Portaria nº 336/02 e nos manuais de implantação do serviço 2004 e 2013 (BRASIL, 2004, p. 27; BRASIL, 2013, p. 14). Possui em seu quadro funcional uma equipe multiprofissional composta por profissionais de nível superior: um médico psiquiatra, um médico clínico, dois psicólogos, um enfermeiro, um assistente social, um terapeuta ocupacional. Além destes profissionais possui equipe de apoio composta por 6 profissionais de nível médio sendo elas: um auxiliar administrativo, dois auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais e três instrutores de oficina. Além da equipe descrita acima o serviço recebe estudantes de estágio supervisionado de terapia ocupacional semestralmente. Entre as atividades desenvolvidas pelos estagiários estão: pesquisas, atendimentos supervisionados aos usuários e intervenções junto aos trabalhadores.

O CAPS-AD disponibiliza em seu território de atuação atendimento para usuários de álcool e outras drogas de ambos os sexos com idade mínima de 12 anos. Outra atribuição do serviço é de atuar como articulador da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Entre as principais atividades desenvolvidas e previstas em seu projeto de credenciamento junto ao ministério da saúde estão:

- acolhimento, avaliação médica e psicossocial
- atendimento individual, psicoterápico (psiquiátrico e psicológico);

- atendimento em grupo: psicoterapêutico, terapia Ocupacional, enfermagem e serviço social, práticas corporais e expressivas
- atendimento familiar individual e em grupo;
- oficinas terapêuticas e de produção;
- visitas domiciliares;
- atividades recreativas e atividades esportivas;
- articulação e mobilização de recursos da comunidade objetivando a reinserção social;
- atividades de prevenção junto à comunidade.

O serviço funciona com “porta aberta”, ou seja, atende qualquer usuário que procure o serviço durante seu horário de funcionamento. O acolhimento é o primeiro contato com a equipe, tem como objetivo promover escuta ao usuário, verificar as demandas do usuário e orientá-lo em relação à necessidade de tratamento ou não. Neste atendimento o usuário é acolhido por um profissional da equipe multiprofissional, que pode sugerir a inserção do usuário em tratamento ou encaminhá-lo para outros serviços. O fluxo de atendimento do serviço é demonstrado na FIGURA 1.<sup>1</sup>

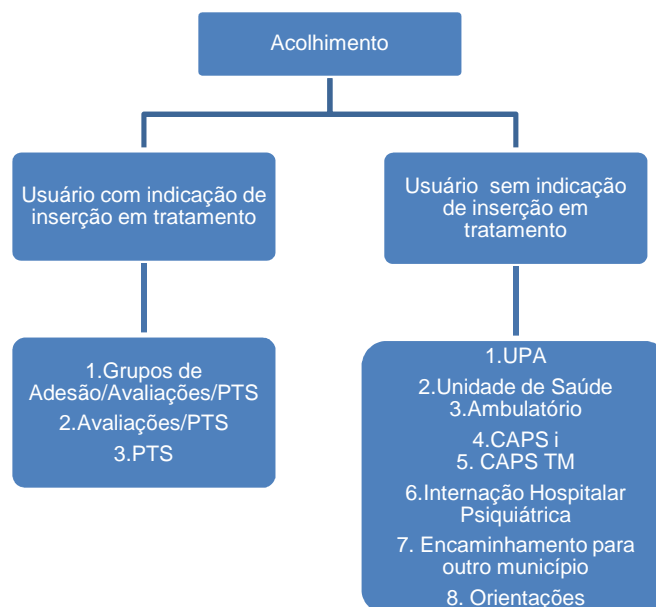


FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DO SERVIÇO  
FONTE: O AUTOR (2015)

<sup>1</sup> Fluxograma 1, elaborado pelo autor.

Os usuários com indicação de inserção em tratamento podem receber encaminhamentos para:

- Grupos de adesão: são grupos que objetivam informar e motivar o usuário para o tratamento. Após passar pelo grupo de adesão o usuário pode ser encaminhado para avaliações ou para PTS.
- Avaliações: são entrevistas realizadas pelos profissionais do serviço, (psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social) com o objetivo fortalecer o vínculo com usuário e obter informações relevantes ao tratamento. Após as avaliações o usuário é encaminhado para o PTS.
- Projeto Terapêutico Singular (PTS): é o momento em que profissionais e usuários contratualizam a forma de tratamento. Neste momento são estabelecidas as metas prazos para reavaliação e recontratualização do tratamento.

É importante salientar que o usuário pode ser encaminhado diretamente para PTS ou para avaliações de acordo com a avaliação do profissional que realiza o acolhimento. Entre as modalidades de encaminhamento, quando não é indicado inserir usuário em tratamento estão:

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA): quando usuário apresenta condição de urgência ou emergência é encaminhado a este serviço para estabilização de seu quadro.
- Internação Hospitalar Psiquiátrica: quando o paciente está em situação de risco de morte e necessita de atenção integral para restabelecimento de sua condição clínica.
- Ambulatório: é o serviço que dispõe de consultas especializadas com psicólogos e/ou médico psiquiatra
- Unidade de saúde da família: o usuário é encaminhado a sua unidade de referência.
- CAPS-i: o encaminhamento é realizado este serviço quando usuário adolescente ou criança necessita de atenção especializada deste serviço.
- CAPS-TM: o usuário é encaminhado a este serviço quando apresenta transtorno mental, não relacionado ao uso de substância.
- Encaminhamento para outro município: quando usuário reside em outro município fora do território de abrangência do CAPS-AD.



- Orientações: são realizadas quando usuário procura o serviço sem a finalidade de iniciar tratamento ou acompanhamento em outro serviço.

No cotidiano de trabalho a grande maioria dos usuários é encaminhada para o processo de avaliações. Este processo ocorre ao longo de duas a três semanas, no entanto caso o usuário falte a algumas das avaliações este processo pode se alongar e aumentar o tempo até o PTS. É bastante comum haver faltas ou desistências ao longo deste processo, quando há faltas são realizados contatos telefônicos para apurar o motivo da ausência.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A coleta de dados para diagnóstico da situação problema foi desenvolvida a partir de pesquisa documental e observação da rotina de funcionamento do serviço. Entre os documentos analisados estão às planilhas de produção do serviço, os registros mensais de acolhimento e as fichas de encaminhamento. Foi verificado em cada acolhimento a indicação dada pelo profissional de saúde e se houve ou não segmento da indicação nos meses subsequentes. A partir destes dados foi possível mensurar o quantitativo de usuários que procuraram o serviço neste período, quantos usuários receberam indicação de inserção em tratamento, quantos usuários aderiram ao tratamento e qual o encaminhamento dado aos que não tinham indicação de continuarem sendo atendidos no serviço.

Foram coletados dados referentes aos 24 meses anteriores a formulação deste projeto período compreendido entre setembro de 2013 e agosto de 2015. Neste período, de acordo com os registros mensais disponíveis, o serviço realizou 1373 atendimentos de acolhimento. Destes 909 receberam indicação para prosseguir em atendimento no serviço e 464 receberam outra forma de encaminhamento. Pode-se perceber a partir destes dados que apenas cerca de 66,20 % dos usuários do serviço tinham condições ou perfil para iniciar tratamento neste serviço.

Entre os usuários que não receberam indicação de prosseguir atendimento no serviço estão os encaminhamentos: internação hospitalar, ambulatoriais, para unidade de saúde da família, CAPS-TM, CAPS-i, UPA, orientações e encaminhamentos para outro município. A TABELA 1 demonstra a distribuição e os encaminhamentos realizados.

TABELA 1 – ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELO CAPS-AD PARA OUTROS SERVIÇOS DA REDE NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2013 À AGOSTO DE 2015.

Usuários sem indicação de prosseguir atendimento no serviço	464
Encaminhamento para internação hospitalar	294
Encaminhamento UPA	2
Encaminhamento CAPS-TM	11
Encaminhamento Ambulatorial	22
Encaminhamento CAPS-i	2
Encaminhamento para município de origem	12
Encaminhamento Unidade de saúde da família	16
Orientações	38

FONTE: DADOS OBTIDOS NO SERVIÇO CAPS – AD DE PINHAIS-PR (elaborado pelo autor, 2016).

A partir dos dados apresentados pela TABELA 1 é possível evidenciar que a grande maioria dos usuários que não iniciaram tratamento foram encaminhados para internação hospitalar, ou ainda buscaram o serviço apenas para orientações. Cerca de 63,60% dos usuários que não receberam indicação de inserção, foram encaminhados para internação integral. Este número corresponde 21,41% da amostragem total de usuários que procuraram o serviço.

Entre os usuários que receberam indicação de inserção em tratamento estão 909 usuários que após acolhimento foram encaminhados para: grupos de adesão avaliações e PTS. A TABELA 2 demonstra a distribuição de usuários em que receberam indicação de inserção em tratamento.

TABELA 2 – USUÁRIOS EM INSERÇÃO NO CAPS – AD NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2013 À AGOSTO DE 2015.

Usuários com indicação de inserção no serviço	909
Usuários encaminhados para grupos de adesão	394
Usuários encaminhados para avaliações	481
Usuários encaminhados para PTS	34

FONTE: DADOS OBTIDOS NO SERVIÇO CAPS – AD DE PINHAIS-PR (elaborado pelo autor, 2016)

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram a prevalência de encaminhamentos para avaliações, seguido do grupo de adesão e PTS. A contratualização do tratamento em saúde mental é definida entre equipe de saúde e usuário em seu projeto terapêutico singular. Foram considerados aderidos os usuários que após o projeto terapêutico singular permaneceram por pelo menos um mês frequentando o serviço. Este número foi escolhido em função do registro de produção Registro de Atendimento Ambulatorial em Saúde (RAAS) - relatório enviado ao ministério da saúde mensalmente e que considera o total de usuários que frequentaram o serviço.

Dos 909 usuários que tinham possibilidade de inserção apenas 364, cerca de 40,05% chegaram a realizar PTS para iniciar tratamento em CAPS-AD. Entre os usuários que contratualizaram tratamento 222 prosseguiram freqüentando o serviço por pelo menos um mês e 142 abandonaram o tratamento, conforme consta na TABELA 3:

TABELA 3 – USUÁRIOS QUE REALIZARAM PTS NO SERVIÇO NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2013 À AGOSTO DE 2015.

Tipo de Encaminhamento	Número de Usuários	PTS
Usuários encaminhados para grupos de adesão	394	49
Usuários encaminhados para avaliações	481	153
Usuários encaminhados para PTS	34	21

FONTE: DADOS OBTIDOS NO SERVIÇO CAPS-AD DE PINHAIS-PR (elaborado pelo autor,2016)

Conforme dados expostos na TABELA 3 entre os usuários encaminhados para grupo de adesão n=394, apenas 49 aderiram ao tratamento por pelo menos 30 dias, a taxa de adesão de usuários encaminhados para grupos de adesão é de 12,45%. Em relação aos usuários encaminhados para avaliações n=481, houve adesão ao serviço de 153 pessoas, sendo a taxa de adesão de 31,81%. Quanto aos usuários encaminhados para PTS (n=34) houve de adesão de 21 usuários ao serviço, taxa de 61,74%. É importante salientar que todos os usuários encaminhados diretamente para PTS já haviam participado de pelo menos uma avaliação no serviço.

Apesar do encaminhamento após acolhimento é possível observar que grande parte dos usuários não concluíram o número de avaliações necessárias até o PTS. O número de usuários que desistiu do tratamento ao longo do processo de avaliações e grupos foi de 545 usuários cerca de 59,95%. Sendo que a maior parte dos desistentes não chegou a realizar PTS. Não há dados disponíveis no serviço que indiquem qual o destino dos usuários que desistiram do tratamento.

Ao longo dos 24 meses correspondentes ao período da amostragem de dados, o serviço atendeu em regime de tratamento um número mínimo de 45 usuários e máximo de 69. Quanto ao número de acolhimentos o serviço realiza em média 57 acolhimentos ao mês, sendo verificado um mínimo 38 e máximo 74 acolhimentos no período pesquisado. Estes dados demonstram que a adesão de usuários ao tratamento proposto atinge 24,45 % dos usuários com possibilidade de inserção em tratamento ou 16,15% do total de usuários que procuram o serviço.

## **4.PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

### **4.1 PROPOSTA TÉCNICA**

A adesão de usuários ao tratamento é de extrema importância no tocante a efetividade de uma proposta de intervenção e a melhor utilização de recursos para promoção de saúde e qualidade de vida desses usuários. A partir da etapa diagnóstica foi possível observar propostas que podem ser implementadas com intuito de aumentar a adesão do tratamento oferecido em CAPS-AD, entre elas estão:

Proposta 1: Acompanhar retorno de usuários após internação hospitalar.

O acompanhamento do retorno de usuários após internação hospitalar se apresenta como um importante recurso no aumento da adesão de usuários. Conforme dados obtidos durante a etapa de diagnóstico cerca de 21,41% dos usuários que procuram este serviço recebem esta indicação. Como já explanado ao longo deste projeto a internação é o último recurso a ser utilizado como tratamento. Usuários que são encaminhados ao serviço de internação são usuários que necessitam maior atenção no território, e necessidade de continuidade de tratamento, visto a condição de vulnerabilidade a qual se encontram. Atualmente o serviço alvo deste projeto não faz acompanhamento de todos os usuários egressos de internação.

Ao proporcionar acompanhamento dos usuários egressos de internação hospitalar o CAPS-AD pode favorecer o tratamento em território deste usuário, além de evitar futuras internações, esta medida vai de encontro às políticas em saúde mental e favorece a promoção da contratualidade e ações em rede.

Proposta 2: Realizar pesquisa junto a usuários (em tratamento e que não aderiram) sobre o serviço prestado e motivos para adesão ou não adesão de usuários.

A realização de pesquisa junto a usuários do serviço busca-se elencar fatores que favorecem ou não a sua adesão ao tratamento no serviço de saúde. A forma como o usuário percebe o serviço prestado, bem como suas expectativas em relação ao atendimento oferecido podem servir de elementos norteadores para melhor organização do cuidado ao usuário. Entre os elementos que podem ser pesquisados junto ao usuário estão: sua percepção em relação à estrutura física, os

atendimentos oferecidos pelos profissionais, suas expectativas em relação ao serviço, facilidade de acesso ao atendimento, dificuldades encontradas ao longo do tratamento e possibilidades de melhoria.

Proposta 3: Realizar pesquisa junto a profissionais em atividade no serviço sobre o atendimento prestado e motivos identificados para adesão ou não adesão de usuários.

A pesquisa junto a profissionais do serviço busca a partir da opinião dos profissionais do serviço identificar elementos que favorecem ou não a adesão dos usuários ao tratamento no serviço de saúde. As observações dos profissionais podem contribuir para um melhor delineamento das condições de trabalho e organização do serviço. Entre os elementos que podem ser pesquisados junto aos profissionais do serviço estão: sua percepção em relação à estrutura física, os atendimentos oferecidos pelo serviço, suas expectativas em relação ao trabalho, dificuldades encontradas ao longo do processo de trabalho e possibilidades de melhoria.

#### 4.1.1 Plano de Implementação

Proposta 1: Acompanhar retorno de usuários após internação hospitalar.

Realizar contato com a rede de atenção hospitalar com a finalidade de estabelecer fluxo de acompanhamento de altas e encaminhamento ao serviço CAPS-AD. O contato poderá ser realizado por intermédio da coordenação do serviço em conjunto com a gerência de saúde mental. A comunicação das altas do serviço hospitalar poderiam ser informadas por e-mail, contato telefônico ou fax em caráter semanal.

A partir das informações prestadas pela rede hospitalar, o CAPS-AD poderá efetuar contato telefônico ou visita domiciliar aos usuários que não comparecessem ao serviço para prosseguir acompanhamento. Esta medida favorece o mapeamento do território a partir dos casos com maior grau de complexidade e que inicialmente exigiram atenção hospitalar. Como medida de avaliação da proposta é importante realizar estimativa de quantos usuários contatados aderiram ou não ao tratamento em CAPS-AD após alta hospitalar, para isto é necessária a criação de uma planilha de controle de usuários egressos de internação hospitalar e que aderiram a tratamento após busca do serviço.

Proposta 2: Realizar pesquisa junto a usuários (em tratamento e que não aderiram) sobre o serviço prestado e motivos para adesão ou não adesão de usuários.

A proposta visa aplicar questionário de pesquisa junto aos usuários aderidos ao tratamento e que abandonaram o tratamento nos últimos 6 meses buscando elencar fatores que contribuíram para adesão/ não adesão ao tratamento. A aplicação da pesquisa se dará em três fases:

Na primeira fase ocorrerá a apresentação do projeto e sensibilização dos gestores locais quanto à necessidade e viabilidade de aplicação desta proposta. Nesta mesma etapa se dará a aplicação do questionário piloto sugerido no ANEXO 2. Para esta etapa serão convidados 10 usuários para responderem o questionário piloto, após a aplicação do questionário piloto serão efetuadas as correções necessárias no instrumento para aplicação em uma amostragem maior de usuários.

Na segunda fase serão aplicados 100 questionários, sendo 50 para usuários aderidos e 50 usuários que abandonaram o tratamento nos últimos 6 meses. Após aplicação dos questionários os dados deverão ser tabulados e organizados em formato de apresentação incluindo as possíveis sugestões de melhoria indicadas pelos usuários.

Na terceira fase deverá ser realizada apresentação dos resultados para equipe assistencial pelos gestores. Neste encontro poderão ser avaliadas e discutidas medidas para aumentar a adesão dos usuários ao serviço.

Proposta 3: Realizar pesquisa junto a profissionais em atividade no serviço sobre o serviço prestado e motivos identificados para adesão ou não adesão de usuários.

Como forma de pesquisar os motivos para adesão/ não adesão de usuários no serviço CAPS-AD sugere-se a adoção de questionário a ser respondido por todos os profissionais da unidade. Esta proposta ocorrerá em 3 fases:

Na primeira fase ocorrerá a apresentação do projeto e sensibilização dos gestores locais quanto à necessidade e viabilidade de aplicação desta proposta. Na etapa seguinte os profissionais do serviço serão convidados a responderem o questionário sugerido no ANEXO 3. Após a aplicação dos questionários, os mesmos deverão ser tabulados e organizados de forma a apresentar os resultados aos profissionais que participaram da coleta de dados.

A apresentação dos resultados para equipe assistencial poderá ser realizada pelos gestores. Nesta mesma oportunidade poderão ser avaliadas e discutidas novas estratégias para abordar a adesão dos usuários ao serviço.

#### 4.1.2 Recursos

Proposta 1: Acompanhar retorno de usuários após internação hospitalar.

Recursos físicos: computador com internet para acompanhamento das altas via e-mail e acesso ao sistema de prontuários, telefone/fax para realização de contato com instituição hospitalar e com usuários e veículo para visitas na instituição hospitalar ou visita domiciliar.

Recursos humanos: profissional para realização de contato telefônico e visitas domiciliares e motorista para as visitas.

Proposta 2: Realizar pesquisa junto a usuários (em tratamento e que não aderiram) sobre o serviço prestado e motivos para adesão ou não adesão de usuários.

Recursos físicos: canetas, formulário de pesquisa para usuários do serviço, computador e impressora, telefone para realização de contato com usuários e ex-usuários, veículo para realização de entrevista domiciliar.

Recursos humanos: profissional para realização de contato telefônico, visitas aos entrevistados e motorista para as visitas.

Proposta 3: Realizar pesquisa junto a profissionais em atividade no serviço sobre o serviço prestado e motivos identificados para adesão ou não adesão de usuários.

Recursos físicos: sala com cadeiras, canetas, questionários, computador para tabulação dos resultados.

Recursos humanos: profissional para aplicação do formulário e tabulação dos resultados.

#### 4.1.3 Resultados esperados

A partir das propostas apresentadas espera-se aumento da adesão e do número de usuários ao serviço em especial dos usuários egressos de internação integral. Outro ponto que pode ser favorecido por estas medidas é a comunicação com a rede hospitalar e melhoria dos fluxos de encaminhamentos entre os serviços.

As pesquisas realizadas junto a usuários e trabalhadores podem fornecer subsídios para o estabelecimento de medidas que favoreçam uma maior adesão ao

tratamento, assim como maior adequação dos processos de trabalho e correções necessárias.

#### 4.1.4 Riscos ou Problemas esperados e medidas preventivo/corretivas

Entre os riscos encontrados para as propostas estão:

Proposta 1: Acompanhar retorno de usuários após internação hospitalar

Não haver interesse da instituição hospitalar em fornecer a informação. Neste caso é possível efetuar busca ativa dos usuários através de contato telefônico em períodos pré agendados após 60 dias (tempo médio em que usuário permanece em internação).

Proposta 2: Realizar pesquisa junto a usuários (em tratamento e que não aderiram) sobre o serviço prestado e motivos para adesão ou não adesão de usuários

Não haver interesse por parte de usuários ou ex-usuários do serviço em responder questionário sobre o serviço, ou ainda não haver recursos disponíveis para aplicação dos questionários como ausência de profissionais ou indisponibilidade dos usuários em comparecer ao serviço. Nestas duas situações é possível utilizar veículo usado em visitas domiciliares para aplicação dos questionários.

Proposta 3: Realizar pesquisa junto a profissionais em atividade no serviço sobre o serviço prestado e motivos identificados para adesão ou não adesão de usuários

A resistência por parte dos profissionais em responder os questionários pode ser um fator de dificuldade no processo de pesquisa, como alternativa a esta questão podem ser realizada reunião junto a equipe para explicitar os motivos da pesquisa e dirimir dúvidas.



## **5 CONCLUSÃO:**

A presente proposta técnica buscou abordar a adesão de usuários ao serviço de CAPS-AD. O melhor atendimento a esta população pode favorecer uma melhor qualidade de vida para usuários e familiares, otimização da rede de atenção, além de melhoria e adequação nas condições de atendimento.

O estudo deste tema pode contribuir para uma melhor compreensão do processo de adesão de usuários ao atendimento em CAPS-AD, assim como a construção de novas ferramentas que favoreçam a adesão de usuários, adequação dos serviços e uma melhor utilização dos recursos disponíveis na rede de atenção.

A realização deste trabalho permitiu ao autor conhecer e identificar variáveis passíveis de intervenção em seu ambiente de trabalho. A construção de novas ferramentas de trabalho favorece uma melhor assistência a usuários e familiares, além de efetivar a aplicação da legislação vigente e a formação de redes de cuidado, estímulo ao protagonismo de usuários e trabalhadores de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In S. Fleury (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 2007, p 163-185

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.11, n. 3, jul/set, Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental: 1990\_2004**. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretária de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. 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. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).  
Acessado em: 25 de Novembro de 2015.

BRASIL. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. **Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados.** Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica e Saúde Mental.** Cadernos de Atenção Básica, n. 34. 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, 2014.

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** 214 f. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 43,(Supl. 1) Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Organização e Funcionamento do SUS.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; Brasília, 2012.

CARLINI, E.A *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005** .São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo,2006.

CHIAVERINI, D. H., *et al.* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2011.

FERREIRA, A. C. Z et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Reme: Rev. Min. Enferm.** [online]. 2015, vol.19, n.2, 2015. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1012>. Último acesso em 26/11/2015.

FIGLIE, N.; GUIMARÃES, L. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo v. 34, n. 87, 2014.

GEARING, R. E, *et al.* Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. **Harv Rev Psychiatr**, v. 22, n. 1, p. 31-45, 2014.

LENAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**.R. Laranjeira (Supervisão) [*et al.*], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas De Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso)>. Último acesso em 13/11/ 2015.

PREFEITURA DE PINHAIS.**Projeto de implantação do Serviço de CAPS-AD**. Secretaria Municipal de Saúde. Pinhais 2008.No Prelo.

REINERS, A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência Saúde Coletiva** revista online. 2008, v.13, Suppl. p. 2299-2306. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900034&lng=en&nrm=iso)>.Último acesso e 23/11/2015.

SILVA, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2004, p 241 -257

SILVA *et al.* Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43,(Supl. 1), 2009.

WHO. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report**. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014.

## ANEXO 1

## Planilha de Produção do serviço CAPS-AD período de setembro de 2013 a agosto de 2015

Mês	Se t/1 3	Ou t/1 3	no v/1 3	de z/1 3	ja n/ 14	fe v/ 14	Ma r/1 4	Abr il/1 4	Mai/ 14	Ju n/ 14	Jul/ 14	Ag o/1 4	Se t/1 4	Oc t/1 4	No v/1 4	De z/1 4	Ja n/ 15	fe v/ 15	ma r/1 5	ab r/1 5	m ai/ 15	ju n/ 15	Jul/ 15	ag o/1 5	To tai s	M éd ia	
Acolhime ntos	70	60	54	38	54	65	64	67	74	51	59	63	57	60	58	40	56	55	55	53	53	58	63	46	1373	57,21	
PTS	18	15	14	13	14	20	15	17	23	18	14	11	17	14	7	6	16	15	18	12	17	18	19	13	364	15,17	
Aderidos	12	11	7	6	7	11	6	13	16	8	9	7	13	7	4	5	11	11	6	7	12	14	10	9	222	9,25	
Não aderidos	6	4	7	7	7	9	9	4	7	10	5	4	4	7	3	1	5	4	12	5	5	4	9	4	142	5,917	
Enc.Hospita lar	15	13	16	9	16	9	13	15	14	7	11	15	12	19	11	2	4	5	14	23	18	14	15	4	294	12,25	
Enc.Ambu latorio	1	0	1	0	1	2	1	0	1	0	2	2	0	0	1	1	0	0	4	1	1	1	1	1	1	22	0,917
Enc. USF	1	1	2	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	2	16	0,667	
Enc CAPS TM	1	0	1	0	1	1	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	11	0,458	
Enc Municipo origem	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	3	0	0	0	0	1	0	12	0,5	
Enc UPA	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	2	12	0,5	
Enc. Caps infantil	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,083	
Orientaçõ es	0	0	1	1	1	2	1	1	3	0	0	1	3	1	1	1	1	4	3	1	4	4	3	1	38	1,583	
Enc PTS	0	3	0	1	0	0	4	1	2	0	1	1	2	2	0	0	2	0	5	0	2	1	3	4	34	1,417	
Grupo/Av aliações/P TS	32	24	16	18	16	35	35	30	33	30	27	31	15	19	23	6	0	0	0	0	0	0	0	4	394	16,42	
Avaliaçõe s/PTS	17	16	17	8	17	15	10	19	17	11	12	14	26	15	22	10	24	24	28	23	24	38	42	32	481	20,04	
Grupo/Av aliações/P TS aderidos	4	2	1	2	1	6	3	6	9	7	3	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	49	2,042	
Avaliaçõe s/PTS aderidos	8	7	6	3	7	5	1	6	6	1	4	4	11	5	4	3	11	11	4	7	11	13	8	7	153	6,375	
Aderidos PTS	0	2	0	0	0	0	2	1	1	0	2	1	2	2	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	21	0,875	
Usuários CAPS-AD	49	43	33	27	33	50	49	50	52	41	40	46	43	36	45	16	26	24	33	23	26	39	45	40	909	37,88	
Nros do serviço usuários	53	45	45	48	53	57	54	63	58	68	60	69	66	76	58	47	53	50	48	53	59	67	64	63			
Altas		19	7	3	2	7	9	4	21	-2	17	-2	16	-3	22	16	5	14	8	2	6	6	13	10			

FONTE: elaborado a partir da compilação de dados de produção do serviço pelo autor, 2015.

## ANEXO 2

### AVALIAÇÃO DOS CAPS PELOS PACIENTES

Nome/número do paciente: \_\_\_\_\_

Tempo em que frequentou o serviço: \_\_\_\_\_

Unidade básica de saúde em o paciente está referenciado: \_\_\_\_\_

1.O que acha do tratamento recebido do CAPS-AD? \_\_\_\_\_

2.Quais das atividades abaixo você frequentou ?

Integrações ( )      Oficinas de artes ( )      Jogos Cênicos ( )

Oficina de saúde ( )      Assembléias ( )      Oficina da Mente ( )

Oficina de qualidade de vida ( )      Oficina de esportes ( )

Oficina de vida ativa ( )      Grupoterapêutico ( )

Reunião de família ( )      Oficina de esportes ( )      Oficina de horta ( )

3.De uma maneira geral como você classifica as atividades ? Atribua uma nota de 0 a 10

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sugestão de melhoria: \_\_\_\_\_

4.Pontos positivos das atividades:

\_\_\_\_\_

5.Pontos negativos das atividades:

\_\_\_\_\_

6.Como você classifica o contato do serviço CAPS-AD com seus familiares?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sugestão de melhorias: \_\_\_\_\_

7.Quanto à estrutura física do serviço?(Equipamentos, salas de atendimento, banheiros, espaço externo)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sugestão de melhorias: \_\_\_\_\_

8.Quais fatores facilitaram sua permanência no serviço:

Proximidade do serviço( )      Atendimento dos profissionais( )

Auxilio tarifário( )      Grupos de Família( )      Agilidade no atendimento( )

Necessidades de Saúde ( )      Estrutura física ( )

Convívio com outros usuários( )      Oficinas ( )

Outros: \_\_\_\_\_

9.Fatores que dificultaram sua permanência no serviço:

Acesso ao serviço ( ) Atendimento dos profissionais( ) Auxílio tarifário( )  
 Grupos de Família( ) Demora no atendimento( )  
 Necessidades de Saúde ( ) Estrutura física ( )  
 Convívio com outros usuários ( ) Oficinas ( )  
 Outros:\_\_\_\_\_

10. Que nota de 0 a 10 você daria para a ajuda que o CAPS-AD ofereceu a você para:

Melhorar seu relacionamento social?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Encontrar ou voltar ao trabalho/escola?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Melhorar seu relacionamento familiar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Melhorar seu cuidado com a sua saúde?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11.O que você acha que falta no CAPS-AD para que possa melhorar seu trabalho junto à população?

Sugestão de melhoria:\_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### AVALIAÇÃO DOS CAPS PELOS PROFISSIONAIS

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Tempo em que trabalha no serviço: \_\_\_\_\_

Unidade básica de saúde em o paciente está referenciado: \_\_\_\_\_

1.O que acha do tratamento ofertado pelo CAPS-AD aos usuários do serviço? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.De uma maneira geral como você classifica as atividades oferecidas? Atribua uma nota de 0 a 10

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Sugestão de melhoria: \_\_\_\_\_

3.Pontos positivos das atividades:

\_\_\_\_\_

4.Pontos negativos das atividades:

\_\_\_\_\_

5.Como você classifica o atendimento do serviço CAPS-AD com os familiares de usuários?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Sugestão de melhorias: \_\_\_\_\_

6.Quanto à estrutura física do serviço?(Equipamentos, salas de atendimento, banheiros, espaço externo)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Sugestão de melhorias: \_\_\_\_\_

7.Quais fatores que podem estar dificultando a adesão de usuários ao serviço:

Proximidade do serviço( )    Atendimento dos profissionais( )

Auxilio tarifário( )    Grupos de Família( )    Agilidade no atendimento( )

Necessidades de Saúde ( )    Estrutura física ( )

Convívio com outros usuários ( )    Oficinas ( )

Outros: \_\_\_\_\_

8.Fatores que dificultaram sua permanência no serviço:

Acesso ao serviço ( )    Atendimento dos profissionais( )    Auxilio tarifário( )

Grupos de Família( )    Demora no atendimento( )

Necessidades de Saúde ( )    Estrutura física ( )    Oficinas ( )

Convívio com outros usuários ( )    Auxilio tarifário( )



Outros: \_\_\_\_\_

9. Que nota de 0 a 10 você daria para a assistência que o CAPS-AD oferece aos usuários para:

Melhoria de seu relacionamento social?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Retorno ao trabalho/escola?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Melhoria de seu relacionamento familiar?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Melhoria de seu cuidado com a sua saúde?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

10. O que você acha que falta no CAPS para que possa melhorar seu trabalho junto à população?

Sugestão de melhoria: \_\_\_\_\_