

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**EDUARDO SHIOKAWA**

**“AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E  
DA RESOLUTIVIDADE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
ÁLCOOL E DROGAS - CAPSad”**

**CURITIBA**

**2010**

EDUARDO SHIOKAWA

“AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E  
DA RESOLUTIVIDADE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
ÁLCOOL E DROGAS - CAPSad”

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Farmacologia, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Farmacologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseli Boerngen de

Lacerda

CURITIBA


2010



## PARECER

A Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado "Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do centro de atenção psicossocial álcool e drogas – CAPSad", de autoria do pós-graduando **EDUARDO SHIOKAWA**, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseli Boerngen de Lacerda e composta pelos professores: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseli Boerngen de Lacerda (Presidente - Farmacologia - UFPR); Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz (UFRJ); Prof. Dr. Wanderley Saraiva Madruga (UFPR). De acordo com o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, o pós-graduando foi APROVADO. Para a devida publicação o trabalho deverá sofrer as modificações sugeridas, que serão conferidas pela sua orientadora. Em Curitiba, 30 de abril de 2010.

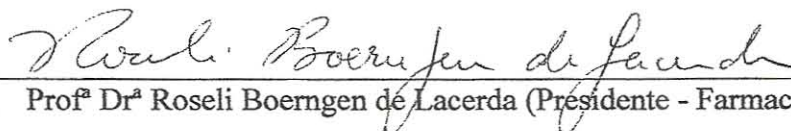
  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseli Roerngen de Lacerda (Presidente - Farmacologia - UFPR)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz (UFRJ)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Wanderley Saraiva Madruga (UFPR)

1 **ATA DO JULGAMENTO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

2 Ao trigésimo dia do mês de abril do ano de dois mil e dez, às nove horas, no  
3 Anfiteatro nº 10 do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná,  
4 reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado de autoria do pós-  
5 graduando em Farmacologia **EDUARDO SHIOKAWA** intitulada: "Avaliação da  
6 eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do centro de atenção  
7 psicossocial álcool e drogas – CAPSad", sob orientação da Profª Drª Roseli Boerngen de  
8 Lacerda e composta pelos professores: Profª Drª Roseli Boerngen de Lacerda (Presidente -  
9 Farmacologia - UFPR); Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz (UFRJ); Prof. Dr. Wanderley  
10 Saraiva Madruga (UFPR). A Banca Examinadora iniciou os trabalhos. O candidato teve  
11 quarenta e cinco minutos para expor oralmente seu trabalho, sendo em seguida argüido  
12 durante quinze minutos por cada um dos membros da Banca, e tendo trinta minutos para  
13 responder a cada uma das argüições. No final a Comissão Examinadora emitiu o seguinte  
14 parecer: APROVADO. De acordo com o Regimento Interno do Programa  
15 de Pós-Graduação em Farmacologia, o pós-graduando foi aprovado. Para a publicação o  
16 trabalho deverá sofrer as modificações sugeridas, que serão conferidas pela sua  
17 orientadora. Nada mais havendo a tratar, a Presidente deu por encerrada a sessão, da qual  
18 foi lavrada a presente ata, que será assinada pela Presidente e pelos demais Membros da  
19 Banca Examinadora, em Curitiba, 30 de abril de 2010.

20  
21  
22  


Profª Drª Roseli Boerngen de Lacerda (Presidente - Farmacologia - UFPR)



Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz (UFRJ)



Prof. Dr. Wanderley Saraiva Madruga (UFPR)

Dedico este trabalho a Mara T. Shiokawa e Mutsuji Shiokawa pelo grande apoio na continuidade dos meus estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda pelo seu tempo, dedicação e paciência no árduo trabalho de me orientar.

À minha esposa, Ana Maria Kovacevich Alvarez, pelo amor por mim e confiança em meu trabalho.

Aos colegas do Departamento de Farmacologia:

- Gustavo Villas Boas e Viviane Paola Zibe e Piegel, pela grande ajuda na coleta e análise dos dados.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Farmacologia, pelo conhecimento e auxílio oferecidos.

Aos profissionais de saúde e pacientes, participantes da pesquisa, pela fundamental importância para o estudo.

Aos gestores de saúde locais pelo apoio e por tornar possível a execução do estudo, em especial a Cleuse Maria Brandão Barletta que além do apoio institucional também contribuiu no planejamento do estudo e na discussão dos dados.

## RESUMO

Devido ao fato dos transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas serem um problema de saúde pública surge a necessidade da criação de serviços que sejam capazes de prover as necessidades de tratamento adequado. Dentre os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde ressaltam-se os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), com um papel estratégico na rede de atenção básica à saúde. Esses centros surgiram no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, como serviços propostos como substitutos aos hospitais psiquiátricos, de acordo com o modelo comunitário de tratamento dos transtornos mentais. Como trata-se de um modelo em fase de implantação no Brasil, muito se debate sobre a validade dessa mudança no modelo de atenção, carecendo de avaliações científicas e objetivas. O presente estudo tem por finalidade avaliar a eficiência da rede primária de atenção à saúde com relação ao encaminhamento das unidades básicas de saúde (UBS) ao CAPSad e avaliar a qualidade do atendimento e a resolutividade de um CAPSad. O trabalho é dividido em 3 estudos : 1) Avaliar o encaminhamento de pacientes sugestivos de dependência de álcool e drogas detectado numa UBS da cidade de Curitiba para tratamento num CAPSad da mesma cidade, utilizando o questionário ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) no intuito de triar os pacientes que deveriam receber tratamento especializado. Também foram acompanhados os pacientes encaminhados a fim de conhecer os motivos do comparecimento ou não ao CAPSad; 2) Avaliar a qualidade do atendimento prestado pelo mesmo CAPSad na visão de pacientes atendidos por esse centro. Foi utilizado um questionário estruturado aplicado aos ex-pacientes a fim de observar a qualidade do tratamento recebido nesse serviço. Além disso, foram realizadas entrevistas utilizando o ASSIST para avaliar a evolução no padrão de uso de substâncias pelos pacientes em tratamento. Também foi realizada pesquisa de prontuários de atendimento com o objetivo de identificar os motivos que levavam o paciente a receber alta desse centro; 3) Comparar o atendimento prestado pelo CAPSad de Curitiba, considerado como “muito bom” pelas autoridades da Secretaria de Estado da Saúde, com um outro da cidade de São José dos

Pinhais, considerado como “não muito bom” pelas mesmas autoridades, aplicando um questionário semi-estruturado aos profissionais de ambos os centros e realizando entrevistas com grupo focal com os funcionários de cada um dos serviços a fim de identificar os principais problemas enfrentados pelos CAPSad e as soluções possíveis citadas pelo grupo de profissionais. Por fim, foram avaliadas as crenças e atitudes dos profissionais de ambos os centros em relação ao uso de substâncias e aos pacientes dependentes de álcool e drogas com o objetivo de identificar possíveis fatores de interferência no padrão de atendimento desses centros. O estudo detectou falhas na integração da rede primária de atenção à saúde, especificamente entre a UBS e o CAPSad. Apesar das qualidades do CAPSad citadas pelos pacientes e profissionais, foi observado a insuficiência desse como modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Por fim, o estudo sugere uma baixa resolutividade e uma ineficiência do CAPSad em alcançar seu principal objetivo, a reinserção social dos indivíduos.

**Palavras-chave :** Centro de atenção psicossocial. Álcool e Drogas. Atenção primária à saúde. Avaliação de serviço.



## ABSTRACT

Because of disorders related to alcohol and drugs are a public health problem appears to require the creation of services that are able to provide for the needs of treatment. Among the services offered by Health System to be emphasize the Psychosocial Care Centers - Alcohol and Drugs (CAPSad) with a strategic role in the network of basic health care. These centers arose in the context of the Brazilian Psychiatric Reform, and services as a substitute to psychiatric hospitals, according to the comunitary model of treatment of mental disorders. As this is a model being implemented in Brazil, much debate about the validity of that changing in the model of care, lacking scientific assessments and objective. This study aims to assess the efficiency of the network of primary health care with respect to the routing of basic health units (BHU) to CAPSad and evaluate the quality of care and the resolution of a CAPSad. The work is divided in 3 studies: 1) Assess the patient referral suggestive of alcohol and drugs detected in BHU in Curitiba CAPSad for treatment in the same city, using questionnaire ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) in order to screen patients who should receive specialized treatment. Were also monitored the patients referred to ascertain the reasons for attendance or not to CAPSad, 2) Assess the quality of care given by the same CAPSad the vision of patients attending this center. We used a structured questionnaire given to former patients in order to observe the quality of treatment received in this service. In addition, interviews were conducted using the ASSIST to assess developments in the pattern of substance use by patients under treatment. Was also performed for medical charts in order to identify the reasons that led the patient to be discharged from this center, 3) Compare the care delivered by CAPSad Curitiba, considered "very good" by the authorities of the Ministry of Health with another city of São José dos Pinhais, considered as "not so good" by the same authorities, applying a semi-structured questionnaire to professionals in both centers and conducting focus group interviews with officials from each of the services to identify the main problems faced by CAPSad and possible solutions mentioned by the group of professionals.

Finally, we assessed the beliefs and attitudes of professionals in both centers in relation to substance use and alcohol-dependent patients and drugs in order to identify possible factors affecting the standard of care in these centers. The study found gaps in the network integration of primary health care, specifically between BHU and CASPad. Despite the qualities of CAPSad cited by patients and professionals, was seen as a failure of this model that replaces the psychiatric hospital. Finally, the study suggests a low resolution and a CAPSad inefficiency in attaining its main objective, the social reintegration of individuals.

**Key words:** Psychosocial Care Centers. Alcohol and Drugs. Primary health care. Service avaluation.

## LISTA DE SIGLAS

ABP	- Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	- Atenção Primária à Saúde
AS	- Autoridade Sanitária
ASSIST	- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	- Centro Brasileiro de informações sobre Drogas
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Panamericana de Saude
RP	- Reforma Psiquiátrica
SJP	- Município de São José dos Pinhais – PR
SNC	- Sistema Nervoso Central
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	- Universidade Federal de São Paulo

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL, SEGUNDO O MS.....	19
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de leitos em hospitais psiquiátricos no SUS entre os anos de 2002 e 2009.....18

Gráfico 2: Evolução do número de CAPS no Brasil entre os anos de 1998 e 2009.....20

Gráfico 3: Gastos em milhões de reais por ano em ações e programas hospitalares e extra-hospitalares.....23

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – BREVE HISTÓRICO....	14
1.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	18
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	23
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	24
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>4 METODOLOGIA E RESULTADOS</b> .....	25
4.1 ESTUDO 1 – ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES SUGESTIVOS DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS DETECTADOS NUMA UNIDADE BASICA DE SAUDE PARA TRATAMENTO NO CAPSad .....	25
4.2 ESTUDO 2 – QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO CAPSad NA VISAO DOS PACIENTES.....	29
4.3 ESTUDO 3 – COMPARACAO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO CAPSad CAJURU COM O DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - VISÃO DOS PROFISSIONAIS.....	38
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	60
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	81
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	89

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de consumo de substâncias psicotrópicas cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil (GALDURÓZ *et al.*, 1997; 2003), como em outras regiões do mundo (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM, 1997; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). O segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP) em uma amostra representativa das 108 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes, detectou índices de dependência de 12,3% para álcool, 10,1% para tabaco e 1,2% para maconha, sendo que as porcentagens de uso na vida destas substâncias foram de 74,6%, 44% e 8,8%, respectivamente, e a porcentagem de uso na vida de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 22,8%. Além disso, a porcentagem de uso na vida foi de 3,2% para cocaína e 0,7% para crack (CARLINI *et al.*, 2006).

Com esse quadro, fica clara a importância da constante busca por soluções mais efetivas de abordagens tanto preventivas como de tratamento dos pacientes portadores de dependência de drogas.

A Política de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeita os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira de inclusão social e desestigmatização. O redirecionamento dado pelo Ministério da Saúde (MS) ao modelo assistencial em saúde mental visa, principalmente, reduzir progressivamente o internamento psiquiátrico hospitalar e, paralelamente, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar com ênfase em serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços teriam papel estratégico como substitutivos ao hospital psiquiátrico no tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais, inclusive para dependência de álcool e drogas (CAPSad).

## 1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – BREVE HISTÓRICO

O termo Reforma Psiquiátrica (RP) é bastante criticado por psiquiatras por carregar a noção de que a especialidade Psiquiatria necessitava de mudanças em suas bases teóricas. Talvez o termo mais adequado fosse Reforma da Assistência em Saúde Mental. Segundo Tenório (2002), as expressões “reforma” e “psiquiatria” andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria, quando ao médico francês Philippe Pinel (1745-1826) foi delegada a tarefa de humanizar o tratamento que usava mordaças nos pacientes e segregava os loucos. Logo, a psiquiatria como ciência, nasceu simbolicamente propondo uma mudança de visão que os doentes mentais deveriam permanecer acorrentados, não existindo outra forma de abordagem para tamanha contravenção às normas sociais daquele tempo.

Feitas estas considerações, será utilizado nesse estudo o termo Reforma Psiquiátrica (RP) principalmente por ser mais conhecido e divulgado.

A RP brasileira teve como base a reforma do modelo assistencial ocorrido na Itália. O movimento de desinstitucionalização nesse país foi liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, o qual inspirou uma nova legislação sobre o tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. Surge, então, a Lei nº 180, de 13 de maio de 1978, a qual apresentava como princípios :

- A proibição de todas as admissões em hospitais psiquiátricos estatais. Porém, os pacientes já internados não seriam forçados a terem alta.
- Implementação de serviços com base comunitária responsáveis por todas as intervenções psiquiátricas.
- Indicação de internamento voluntário ou apenas para os casos em que as alternativas de tratamento em serviços com base comunitária não fossem suficientes.
- Hospitalizações, quando necessárias, seriam realizadas exclusivamente em pequenas unidades em hospitais gerais.

A transferência dos cuidados das pessoas com transtornos mentais para os serviços de base comunitária ocorreu também em muitos outros países desenvolvidos. Porém, a RP italiana é considerada a mais radical, visto que



dispensou o papel do hospital psiquiátrico como modalidade de tratamento (BURTI, 2001).

No Brasil, o movimento sanitário iniciado nos anos 70 teve como propósito a transformação do modelo de atenção à saúde. Reivindicava-se um modelo baseado na participação dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços de saúde. Nesse contexto, surge o processo da Reforma Psiquiátrica, a qual era contrária ao modelo asilar (hospitalocêntrico) de tratamento dos doentes mentais e em favor dos direitos civis desses pacientes, tendo como marco zero o ano de 1978, influenciado diretamente pela reforma italiana e a Lei nº 180, desse mesmo ano.

Desde a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e reforçado pela Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, o aumento da cobertura assistencial à saúde foi feito, principalmente, através de convênios com o setor privado, e não pela criação de novos serviços públicos, o que deu margem ao surgimento da chamada “indústria da loucura”, onde o setor privado enriquecia às custas de negligência e maus-tratos aos pacientes (CREMERJ, 2007). As denúncias de maus tratos nos hospitais psiquiátricos feitas por trabalhadores da saúde originou, no final dos anos 70, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no contexto da luta pela liberdade abolida pelo regime militar (1964-1985), tendo como principal objetivo reivindicar contra a privatização da saúde.

Em 1987 ocorreram o II Congresso Nacional do MTSM, no município de Bauru-SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro. Aquela deu início à chamada Luta Antimanicomial.

Com a Constituição de 1988, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes vem ao encontro do ideal do movimento da RP, que ganhava respaldo legal com o Projeto de Lei nº 3.657 (ANEXO 1), de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Nesse mesmo ano, o processo da RP torna-se, pela primeira vez, observável na prática com um processo de intervenção da Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico localizado na cidade de Santos-SP, com uma longa

ficha de maus tratos e óbitos de pacientes. Também nesse período são implantados em Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), apresentados como possíveis instituições responsáveis pelos pacientes egressos do hospital.

Internacionalmente, em 1990, a OMS e OPAS lançaram uma iniciativa para a reestruturação dos cuidados psiquiátricos na Região das Américas, da qual resultou a Declaração de Caracas (ANEXO 2). Esta estabelece o desenvolvimento dos cuidados psiquiátricos estreitamente vinculados aos cuidados primários de saúde e no contexto dos sistemas de saúde locais (OMS 2001).

Em 1992 tem início a implantação da rede extra-hospitalar, com as primeiras normas federais e leis estaduais que determinam a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada e de base comunitária como modelo para o tratamento das pessoas com transtornos mentais. Porém, as normas regulamentadoras do Ministério da Saúde não deixavam claras as medidas necessárias para a redução gradual dos leitos psiquiátricos e tampouco o financiamento para a construção da rede extra-hospitalar. Grande parte dos recursos era destinada aos hospitais psiquiátricos.

Em 1995, o Senado Federal vota contra o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado e aprova o substitutivo do senador Lucídio Portela, com várias modificações em seu texto original, inclusive, e ao contrário do que ocorreu na Itália, não dispensando a participação dos hospitais psiquiátricos como alternativa de tratamento para casos graves. Esse substitutivo serviu de base para a Lei Federal 10.216 (ANEXO 3), de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o tratamento para os serviços comunitários de saúde.

Também de fundamental importância para a mudança do sistema assistencial em psiquiatria foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, em 2001. Em seu Relatório Final são expostos os princípios e diretrizes para a mudança da assistência em saúde mental, além de consolidar a RP como política de governo e entregar aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) uma função estratégica. Os CAPS são, então, entendidos como tendo um papel central na articulação com outros serviços substitutivos ao

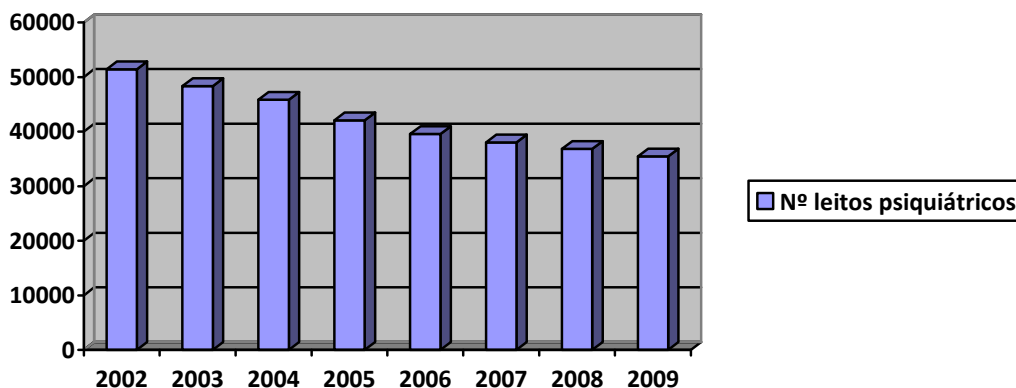
hospital psiquiátrico. Por fim, exposta a necessidade de política própria no caso de pessoas dependentes de álcool e drogas, tem-se em 2002 a implantação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Para que a RP tivesse êxito e a Lei nº 10.216 fosse cumprida era necessária a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, transferindo os pacientes e redirecionando os recursos financeiros para os serviços de base comunitária. Essa mudança de modelo teve início com a diminuição dos leitos conveniados/contratados, particularmente em grandes hospitais (com mais de 160 leitos), objetivando uma melhor qualidade de tratamento oferecida aos pacientes, visto que hospitais de pequeno porte são mais capazes de prover as necessidades dos doentes de cuidados individualizados. Esse plano seria responsável pela reversão do padrão iniciado na década de 70, de um gigantesco aumento dos leitos privados e uma diminuição dos leitos públicos (CREMERJ, 2007).

Para que a redução de leitos ocorresse de forma gradual e planejada o MS aprova em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). Esse programa institui recursos financeiros para as diárias hospitalares de forma individualizada, dependendo do porte do hospital, redução do número de leitos e qualidade do serviço prestado, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002. Esse instrumento avalia de forma qualitativa os serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos atribuindo uma pontuação, que juntamente com o número de leitos permite classificar essa instituição segundo sua capacidade em prover o melhor tratamento aos pacientes. Quanto maior o número de leitos, menor a pontuação. E quanto maior a pontuação, maior será o recurso financeiro recebido pelo hospital. Dessa forma esses instrumentos tornaram-se fundamentais para a redução de leitos (gráfico 1), forçando o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência. O Programa “De Volta para Casa” (Lei nº 10.708, 31 de julho de 2003; Portaria nº 2.077, 31 de outubro de 2003) surge com a finalidade de oferecer um auxílio-reabilitação mensal, como

recurso financeiro ao paciente egresso do internamento psiquiátrico, ajudando-o no desligamento do hospital e no retorno ao convívio com a família.

Gráfico 1: Número de leitos em hospitais psiquiátricos no SUS entre os anos de 2002 e 2009

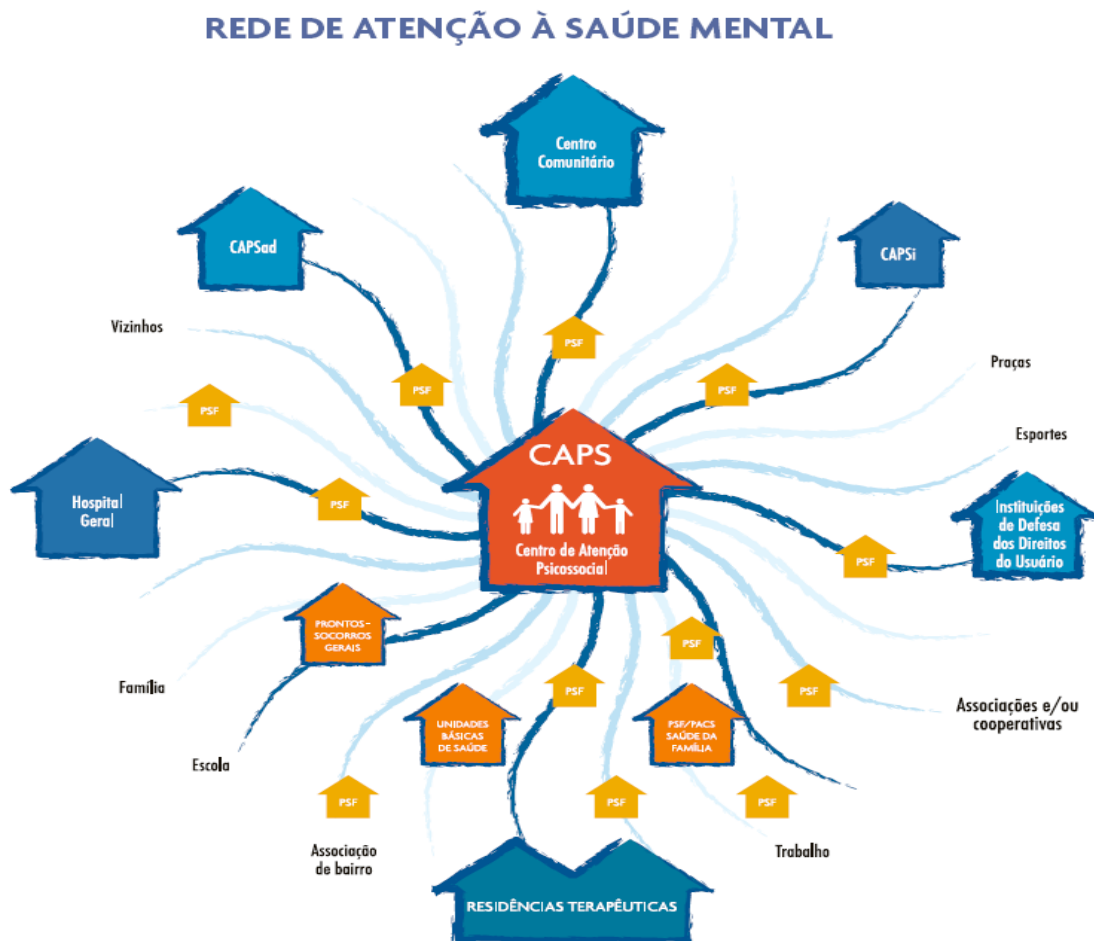


Fonte: em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

## 1.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Segundo o MS, os serviços de base comunitária devem articular-se em rede para que a RP possa ser consolidada. A rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental seria composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programas de Saúde da Família (PSF) e Ambulatórios de Saúde Mental. A rede de atenção à saúde mental de acordo com a visão do MS é ilustrada na figura 1. Notar a ausência dos hospitais psiquiátricos, apesar da Lei nº 10216 incluí-los na rede de atenção à saúde mental.

Figura 1 : A rede de atenção em saúde mental no Brasil, segundo o MS



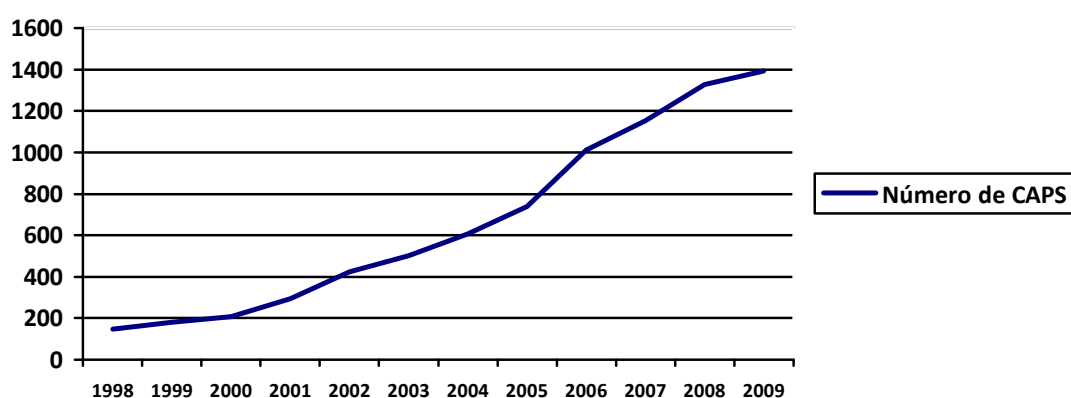
Fonte : Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil : Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

Os CAPS têm um papel central na articulação dessa rede extra-hospitalar, assim como tem um papel estratégico na própria RP brasileira. Assim, é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar

suporte à atenção à saúde mental na rede básica (MS Portaria n.º 336/GM, 2002) (ANEXO 4). Ou seja, são os CAPS responsáveis por organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, sendo os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Além disso, o MS cita que os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe a esses serviços o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, através da co-responsabilização e do protagonismo desse indivíduo em seu tratamento.

O primeiro CAPS surgiu em São Paulo, em 1987. Desde então o número desse tipo de serviço aumentou rapidamente, recebendo uma linha específica de financiamento do MS a partir do ano de 2002. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Esses serviços devem realizar o acompanhamento clínico objetivando a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A expansão dos CAPS, desde 1998, é apresentada no gráfico a seguir.

Gráfico 2: Evolução do número de CAPS no Brasil entre os anos de 1998 e 2009



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS.

Segundo o MS (Portaria n.º 336/GM, 2002) existem diferentes tipos de CAPS, dependendo de sua abrangência e função:

**CAPS I** – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

**CAPS II** – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

**CAPS III** – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

**CAPS i II** – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.

**CAPS ad II** – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

Todos são serviços de atendimento diurno, exceto o CAPS III, que funciona 24 horas por dia. Além disso, os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II devem estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. Entende-se por atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.

Como já citado anteriormente, o MS determina que esse serviço deve ser substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico (MS, 2005). Essa é uma contradição ao que está na Lei 10.216, e uma possível explicação seria que a política de saúde mental é norteadada por diretrizes e portarias ministeriais ideologicamente fundamentadas no Projeto de Lei Paulo Delgado, o qual foi

substituído pela lei citada (LAUAR, 2009). No entanto, um grande número de CAPS já foi implementado em todo o país como serviço substitutivo, sendo que em alguns Estados foram abolidos os hospitais psiquiátricos e até mesmo serviços ambulatoriais de psiquiatria, porém todo esse processo ainda é insuficiente face à demanda de atenção existente. Outra questão refere-se ao funcionamento destes CAPS segundo o que está preconizado na legislação e no ideário da Reforma Psiquiátrica conduzida pelo MS e implementada pelos Estados e municípios (CAMBRAIA, 2004).

Vários psiquiatras com grande representatividade no país defendem um modelo que inclua o ambulatório de psiquiatria para atender a grande demanda da população e citam o atual modelo como “capscêntrico”, o qual tem gerado falta de assistência aos doentes e um custo-efetividade muito alto. Segundo Ronaldo Laranjeira, “o ponto é a eficiência do sistema. Você achar que o CAPS vai dar conta de todas as pessoas com transtornos mentais... Isso não está acontecendo. O que a gente quer fazer é criar serviços que possam dar conta dessas demandas que não estão sendo supridas pelos CAPS”, referindo-se à criação dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) de psiquiatria na cidade de São Paulo (ABP, 2009)

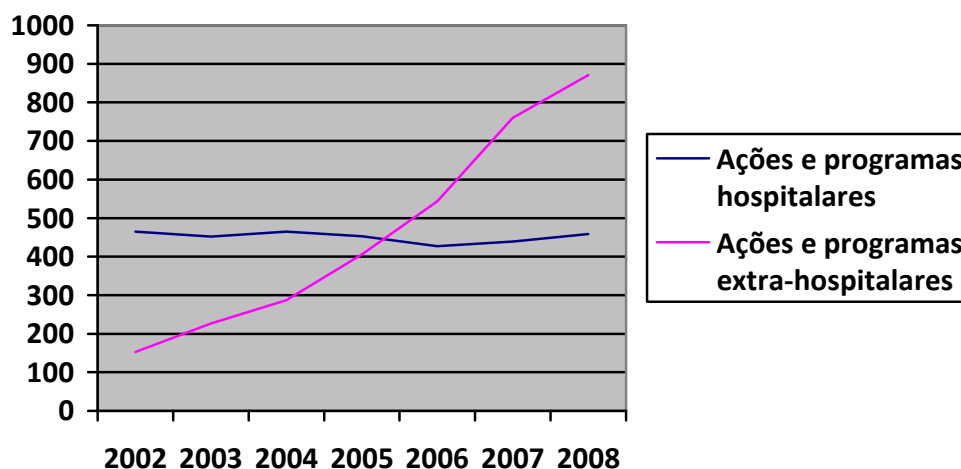
Como o serviço dos CAPS é relativamente novo, ainda carece de avaliação e supervisão (ANTUNES; QUEIROZ, 2007; WETZEL *et al.*, 2008). Alguns estudos tem avaliado a eficácia do CAPS principalmente abordando outros aspectos além da melhora clínica no seu aspecto biológico, ou seja, considerando redução do número de internações, inclusão da família e da sociedade no tratamento e manutenção da liberdade como indicativos de melhora (KANTORSKI *et al.*, 2000; MARZANO; SOUSA, 2004; MELLO; FUREGATO, 2008; NUNES *et al.*, 2008).



## 2 JUSTIFICATIVA

Pelo decorrido e por serem os CAPS serviços em formação, os quais requerem grandes investimentos, maiores que os necessários à manutenção dos hospitais psiquiátricos (ANDREOLI *et al.*, 2007), e revestidos de expectativas como principal modelo de tratamento, seja nos transtornos mentais em geral, seja nos transtornos por uso de substâncias em particular, são necessários mais estudos que avaliem a capacidade desses serviços em atingir o objetivo a que são propostos: a reinserção social dos indivíduos acometidos, ou seja, se são serviços eficientes. Também falta avaliar quantos pacientes se beneficiam deste serviço em relação à demanda e em relação aos que não dão respostas positivas ao tratamento oferecido, ou seja, avaliar se são resolutivos. O gráfico 2 apresenta a evolução dos recursos financeiros destinados às ações e programas hospitalares e extra-hospitalares, entre estas a implantação dos CAPS.

Gráfico 3: Gastos em milhões de reais por ano em ações e programas hospitalares e extra-hospitalares



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o atendimento de usuários de substâncias na rede básica de atenção à saúde através de um estudo de caso.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar se o encaminhamento efetuado pela UBS acontece de maneira satisfatória e integrada (pacientes detectados pelo ASSIST na UBS e encaminhados ao CAPSad freqüentam efetivamente esse serviço?; conhecer seus motivos para freqüentar ou não o CAPS; avaliar o grau de integração da UBS com CAPSad).
- Avaliar a qualidade do atendimento no CAPSad na visão de profissionais, comparando dois CAPSad com diferentes padrões de atendimento em dois diferentes municípios do estado do Paraná: Curitiba e São José dos Pinhais (região metropolitana de Curitiba).
- Avaliar a eficiência do atendimento através da pontuação no ASSIST antes e depois do tratamento num CAPSad e através de entrevista aos ex-pacientes deste CAPS.
- Avaliar a resolutividade de um CAPSad.
- Avaliar as crenças de profissionais de dois CAPSad em relação a transtornos mentais em geral e transtornos por uso de substâncias como possíveis fatores de interferência no padrão de atendimento desses serviços.

Na tentativa de facilitar a compreensão deste trabalho, a metodologia e os resultados serão apresentados em três diferentes estudos.

## **4 METODOLOGIA E RESULTADOS**

### **4.1 ESTUDO 1 – ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES SUGESTIVOS DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS DETECTADOS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA TRATAMENTO NO CAPSad**

O principal objetivo deste estudo foi conhecer se pacientes detectados na atenção primária à saúde como sugestivos de serem dependentes e encaminhados para tratamento especializado em CAPSad do mesmo território procuram efetivamente esse serviço para a continuidade do tratamento. Além disso, também se procurou avaliar os motivos para não procurar o serviço através de entrevista com aqueles pacientes encaminhados, mas que não procuraram o CAPS.

## **METODOLOGIA**

### **1.1 TRIAGEM DE PACIENTES SUGESTIVOS DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E/OU DROGAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO ASSIST**

Os participantes desse estudo foram pacientes que procuraram atendimento no período de maio a junho de 2009 na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Paulo, localizada no distrito do Cajuru no município de Curitiba - PR. Essa UBS foi selecionada para o estudo por rotineiramente encaminhar pacientes dependentes de álcool/drogas ao Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) Cajuru. Esse centro de tratamento especializado foi escolhido para ser o padrão de referência para as análises de avaliação do atendimento do CAPSad, uma vez que essa unidade de atendimento especializado (CAPSad Cajuru) é considerada por autoridades do Estado como tendo um conceito “muito bom” de atendimento e assim foi sugerida pela própria Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) como ideal para o tipo de estudo proposto no presente trabalho.

Pesquisadores da Universidade Federal do Paraná entrevistaram 415 pacientes atendidos na UBS São Paulo. Cada paciente era abordado enquanto aguardava sua consulta, caracterizando uma amostra de conveniência. Fazia-se um convite para participar de uma pesquisa sobre saúde e caso aceitasse, o paciente era conduzido a um local reservado e uma explicação mais detalhada era fornecida. Então se lia o consentimento informado (ANEXO 5) e após a assinatura do entrevistado e entrevistador, aplicava-se o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* - Teste de Detecção do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias – ANEXO 6). Este questionário foi desenvolvido e validado pela Organização Mundial da Saúde como um instrumento de detecção precoce do envolvimento de risco ou abuso de drogas, tanto lícitas como ilícitas (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). No Brasil, esse instrumento foi traduzido e validado, apresentando boa sensibilidade (variando de 84% a 91%) e boa especificidade (de 79% a 98%) na detecção de uso abusivo/dependência de álcool, maconha e cocaína. A confiabilidade do instrumento também foi considerada boa (alfa de Cronbach de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína), assim como seus valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%) (HENRIQUE *et al.*, 2004). O ASSIST consiste num questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 26 como indicativa de uso de risco/abuso e maior do que 27 como sugestiva de dependência. Para o álcool essas faixas são um pouco diferente, sendo de 0 a 10 como indicativa de uso ocasional, de 11 a 26 como indicativa de uso de risco/abuso e maior do que 27 como sugestiva de dependência.

Quando um paciente atingia pontuação no ASSIST sugestiva de dependência de álcool/drogas (maior do que 27), ele era encaminhado para tratamento especializado no CAPSad Cajuru. O procedimento de encaminhamento seguia a rotina normal da UBS, ou seja, o pesquisador, assim que detectava um paciente como sugestivo de dependência de álcool/drogas, avisava o profissional da UBS responsável pelo encaminhamento e deixava a critério deste a forma como seria realizada a referência ao serviço especializado. Ou seja, os encaminhamentos foram realizados pelos próprios profissionais da UBS São Paulo, respeitando os horários pré-estabelecidos de rotina dessa unidade e não havendo interferência do pesquisador na forma de encaminhamento normalmente utilizado por esses profissionais.

## 1.2. AVALIAÇÃO DOS MOTIVOS DO COMPARECIMENTO OU NÃO AO TRATAMENTO NO CAPSad

Após os procedimentos de encaminhamento terem sido realizados e certificados junto aos profissionais, a presença desses pacientes no CAPSad Cajuru foi verificada semanalmente, à espera do comparecimento para primeira avaliação. Após transcorrer 30 dias da data marcada para o início do tratamento, os pacientes encaminhados ao CAPSad foram contatados via telefone, por no mínimo três tentativas, em horários e datas diferentes, para colher informações sobre os motivos do seu comparecimento ou não para iniciar o tratamento. Quando não se obteve sucesso com os contatos telefônicos, um agente comunitário de saúde (ACS) da UBS São Paulo foi acionado a procurar o paciente em sua residência.

Uma análise qualitativa dos relatos dos pacientes encaminhados da UBS ao CAPSad foi realizada.

## RESULTADOS

Dos 415 pacientes que responderam o ASSIST, 7 obtiveram pontuação suficiente para serem classificados como sugestivos de dependência de álcool/drogas sendo então, encaminhados ao CAPSad Cajuru para tratamento. Desses 7 pacientes encaminhados, nenhum procurou o atendimento nesse centro e foi possível o contato telefônico com 5 deles. Dos dois pacientes não contatados, um deles tinha seu número de telefone inexistente apesar de cadastrado na UBS e o outro não tinha telefone. Ambos haviam mudado de endereço ao serem procurados por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da unidade. Entre os 5 pacientes cujo contato foi possível, as causas relatadas para o não comparecimento para tratamento no CAPSad Cajuru foram: 1 paciente relatou conhecer previamente o atendimento do CAPS e acreditava que “não adianta” e “não quer mais nenhum tratamento”; 1 alegou doença na família e necessidade de acompanhar o familiar a consultas pré-cirúrgicas; 2 disseram não ter interesse neste atendimento e 1 foi internado em hospital psiquiátrico pela dependência e, após alta, não compareceu ao CAPSad alegando não mais necessitar do tratamento.

Outras razões para não comparecer ao CAPS serão apresentadas mais adiante nos Estudos 2 e 3 como resultado das respostas obtidas pelo questionário aplicado aos ex-pacientes do CAPSad Cajuru e pelos depoimentos coletados no grupo focal realizado com os profissionais deste serviço.

## **4.2 ESTUDO 2 – QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO CAPSad NA VISÃO DOS PACIENTES**

O principal objetivo deste estudo foi verificar como os ex-pacientes atendidos no CAPSad Cajuru avaliavam o atendimento recebido durante o tratamento através de uma entrevista estruturada, a qual visava abordar os principais pontos preconizados na legislação (Portaria nº 336/GM, de 19/02/2002, Ministério da Saúde) que estabelece o tipo de atendimento de um CAPSad. Além disso, também se avaliou a eficiência do atendimento deste CAPS através da pontuação atingida no ASSIST antes e depois do tratamento e pelos depoimentos dos ex-pacientes em relação a sua funcionalidade geral. Outra abordagem de avaliação do atendimento deste CAPS foi analisar os tipos de alta recebida por uma amostra representativa de pacientes assim como os possíveis destinos destes pacientes.

O local escolhido para o estudo foi o CAPSad localizado no distrito do Cajuru, em Curitiba, pelos motivos já expostos anteriormente.

### **2.1 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO RECEBIDO NO CAPSad CAJURU POR UMA AMOSTRA REPRESENTATIVA DE EX-PACIENTES**

#### **METODOLOGIA**

Foram selecionados sistematicamente 106 ex-pacientes através dos prontuários de registro no CAPS para participar de uma entrevista estruturada sobre a qualidade do atendimento no CAPSad. Para evitar tendenciosidade na confecção da amostra, utilizou-se como critério para a escolha dos pacientes contatar 10 indivíduos para cada letra da inicial do seu nome abrangendo as letras “A” até “L”. As exceções foram as letras “B”, “K” e “L”, que continham apenas 3, 8 e 5 nomes, respectivamente. Esses pacientes tinham deixado o serviço entre 2 meses a 4 anos por diversos motivos, os quais estão apresentados em resultados.

O contato com os ex-pacientes foi feito pelos pesquisadores por telefone, agendando com cada um deles o melhor horário para aplicar o questionário (ANEXO 7). Para cada paciente escolhido foram feitas, no mínimo, três tentativas de contato, em datas e horários diferentes.

O questionário era constituído por perguntas sobre como o paciente foi recebido no CAPSad; que tipo de participação teve em atividades individuais, grupais, comunitárias e oficinas; qual o tipo de atendimento recebido (se intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo); qual a participação da família; qual nota (de 0 a 10) atribuiria ao atendimento de maneira geral. O questionário também possibilitava um espaço para comentários e sugestões sobre seu tratamento no CAPSad.

As respostas ao questionário foram analisadas qualitativamente, sendo agrupadas e codificadas por dois pesquisadores independentemente.

## **RESULTADOS**

Dos 106 ex-pacientes selecionados, 14 foram contatados com sucesso e concordaram em responder sendo 3 mulheres e 11 homens. Dos que não responderam ao questionário, os principais motivos foram: número de telefone inexistente (43) ou sempre ocupado (8), mudança de residência e não encontrado (22); e não concordância em responder ao questionário (19).

Dos 14 que responderam ao questionário, quando perguntados como haviam sido recebidos no CAPSad, 11 (79%) responderam “bem” e 3 (21%) responderam “muito bem”. Quanto à participação em atividades individuais, 5 (36%) disseram não terem participado de nenhuma atividade individual, 3 (21%) não lembram se participaram, e 6 (43%) pacientes responderam que participaram. Entre as atividades individuais relatadas pelos pacientes estavam: consultas médicas, terapia, yoga e assistir a filmes.



Treze dos 14 pacientes relataram ter participado de atividades grupais, tendo sido as mais citadas: terapia (29%), artesanato (14%), terapia ocupacional (14%), pintura (14%), atividade de horta (14%).

Nove (64%) pacientes referiram não ter participado de nenhuma atividade comunitária. Três (21%) responderam “horta” para a atividade comunitária que participaram, 1 (7%) respondeu “caminhada” e 1 (7%) respondeu “doações e visitas”.

Em relação à participação em oficinas, 6 (43%) disseram que não haviam participado de nenhuma e 8 (57%) que sim, sendo que 4 relataram artesanato como a atividade realizada. Outras oficinas relatadas uma única vez cada foram: terapia ocupacional, educação física, recreação, brincadeira, horta e música.

Sete pacientes haviam recebido atendimento intensivo, 6 semi-intensivo, 3 não-intensivo e 1 não sabia dizer. Notar que um paciente passou pelos três tipos de atendimento e um passou pelo atendimento intensivo e também pelo semi-intensivo.

Quanto ao contato do CAPSad Cajuru com a família do paciente, 8 (57%) relataram que havia sido feito e 6 (43%) disseram que não.

Sobre participação em projeto de geração de renda, 11 (79%) não participaram de nenhum, 3 (21%) disseram ter participado com venda de artesanato produzido no CAPSad. Todos disseram que os artesanatos eram vendidos para os próprios pacientes e seus familiares.

A média das notas dadas pelos pacientes para o atendimento neste CAPS foi de 9,2 (em escala de 0-10), com 57% dos pacientes dando nota 10.

Perguntados sobre qual aspecto do atendimento no CAPSad o paciente considerava o melhor, 4 (29%) responderam os profissionais, 4 (29%) responderam o tratamento como um todo, 2 não sabiam responder, 1 relatou a ausência de preconceito, 1 a variedade de atividades, 1 a socialização com outros usuários e 1 referiu o diálogo com a equipe do CAPS.

Sobre o pior aspecto do serviço: 5 disseram não existir, 2 referiram o horário fixo e muito tempo diário, 2 referiram o pequeno espaço físico do CAPSAd, 1 disse que há necessidade de mais atividades, 1 referiu que sua família não foi solicitada a comparecer ao CAPS e reclamou de não haver um curso religioso, 1 referiu a atividade de horta o pior aspecto, 1 relatou incompetência de alguns profissionais e 1 disse não acreditar no tratamento oferecido pelo CAPSAd.

Dos 14 pacientes entrevistados, 10 (71%) haviam tido alta por abandono de tratamento no CAPSAd, 3 (21%) haviam sido transferidos para UBS e 1 (7%) havia tido alta clínica. Oito (57%) estavam trabalhando, 6 (43%) estavam desempregados. Oito (57%) estavam abstinentes no momento da entrevista e 6 (43%) continuavam utilizando álcool/drogas.

O tempo médio de permanência no CAPSAd para os pacientes entrevistados foi de 137 dias.

## 2.2 AVALIAÇÃO DA PONTUAÇÃO NO ASSIST ANTES E DEPOIS DE RECEBER O TRATAMENTO NO CAPSAd CAJURU

### **METODOLOGIA**

Uma amostra de conveniência de 32 pacientes que estavam em tratamento no CAPSAd Cajuru foi selecionada para responder o questionário ASSIST. Todos os indivíduos selecionados deveriam estar no início do tratamento (até 2 semanas da primeira avaliação) e deveriam responder ao questionário considerando seu padrão de uso de droga antes de entrar no tratamento no CAPSAd. Seis meses após, os pacientes foram contatados para responder novamente o ASSIST. O questionário ASSIST foi aplicado por pesquisadores. Também foi registrada para análise a situação de tratamento de cada paciente no momento da reavaliação do ASSIST.

A pontuação no ASSIST antes e depois do tratamento foi comparada usando o teste de Wilcoxon. Também foi realizada uma comparação entre a pontuação no ASSIST para os pacientes que participaram apenas da primeira avaliação com aquela dos pacientes que participaram das duas avaliações, usando o teste de Mann Whitney.

## RESULTADOS

Dos 32 pacientes que responderam à primeira aplicação do ASSIST, 16 abandonaram o tratamento ao longo dos 6 meses; 1 foi transferido para hospital-dia; 1 foi transferido para UBS para desintoxicação; 1 teve alta a pedido; 1 teve alta clínica (melhorada) e 12 ainda encontravam-se em tratamento no CAPSad. Responderam à segunda aplicação do ASSIST 16 pacientes, 7 via telefone e 9 pessoalmente, sendo que 9 continuavam em tratamento, 5 haviam abandonado, 1 havia tido alta a pedido e 1 havia sido transferido para UBS para desintoxicação.

Quanto à pontuação obtida no ASSIST na primeira avaliação (referente ao padrão de uso antes de ser atendido no CAPS), dos 32 pacientes foi observado que, para o tabaco, 24 atingiram pontuação de dependência e 1 atingiu pontuação de abuso. Para o álcool, 19 atingiram pontuação de dependência e 8 para abuso. Para a maconha, 6 atingiram pontuação para dependência e outros 6 para abuso. Para a cocaína, 12 pontuaram como dependentes e mais 7 para abuso. No entanto, do total de pacientes, 8 deles não atingiram pontuação sugestiva de dependência para nenhuma das drogas tratadas no CAPS, mas apresentavam pontuação sugestiva de abuso ou de risco, sendo que um deles não pontuou para nenhuma droga.

Na Tabela 1, pode-se observar que não houve alteração na pontuação do ASSIST após o tratamento no CAPSad. Nem tampouco havia diferença entre a pontuação apresentada antes do tratamento pelo CAPS quando se comparou os pacientes que compareceram apenas na 1ª avaliação com aqueles que compareceram nas duas avaliações.

Tabela 1 – Média  $\pm$  erro padrão para a pontuação no ASSIST para cada droga antes e depois do paciente ser tratado pelo CAPSad (apenas os 16 pacientes que responderam o ASSIST nas duas ocasiões estão representados)

DROGA	Pontuação no ASSIST			Teste de Wilcoxon (Z)	Valor de p
	Antes do CAPS N=16 # Somente 1ª avaliação	Antes do CAPS N=16 #	Depois do CAPS N=16		
TABACO	22 $\pm$ 2,1	17 $\pm$ 3,5	18 $\pm$ 3,4	1,15	0,25
ÁLCOOL	24 $\pm$ 3,5	28 $\pm$ 3,0	25 $\pm$ 2,7	0,85	0,39
MACONHA	10 $\pm$ 3,8	8 $\pm$ 2,9	7 $\pm$ 2,2	0,25	0,80
COCAINA	19 $\pm$ 4,2	11 $\pm$ 3,2	12 $\pm$ 3,4	0,42	0,67
SOMATORIA DROGAS ILICITAS	31 $\pm$ 7,3	19 $\pm$ 5,1	19 $\pm$ 4,6	0,35	0,72

# A comparação entre a pontuação obtida antes do tratamento no CAPS para as duas sub-amostras de pacientes (1ª X 2ª coluna) não revelou nenhuma diferença significativa (teste de Mann Whitney,  $p > 0,05$ ).

## 2.3 AVALIAÇÃO DO TIPO DE ALTA RECEBIDA EM UMA AMOSTRA DE PACIENTES ATENDIDOS NO CAPSad CAJURU

### **METODOLOGIA**

Pesquisadores selecionaram 208 prontuários de ex-pacientes atendidos no CAPSad Cajuru, de forma sistemática e sem tendenciosidade: para cada letra do alfabeto foram utilizados os primeiros 10 nomes de pacientes cujos prontuários estavam arquivados no CAPS. Exceções a algumas letras que não continham 10 prontuários, das quais foram utilizadas as quantidades encontradas, conforme o que segue: B (3), K (8), U (4), Z (3). As letras “Q”, “X” e “Y” não continham nenhum prontuário e foram descartadas. As informações coletadas dos prontuários foram: idade, sexo, tipo de droga utilizada, tempo de permanência em tratamento no CAPSad e motivo do fim do tratamento (alta melhorada; alta por abandono/faltas; alta administrativa/disciplinar; transferência para UBS/ hospital-dia/ ambulatório/ hospital geral; transferência para internamento integral em hospital psiquiátrico; alta a pedido; e causa indeterminada/não registrada em prontuário).

Uma análise descritiva foi realizada com as informações colhidas dos prontuários objetivando a caracterização da população atendida no CAPSad Cajuru e a eficiência no atendimento deste CAPS.

### **RESULTADOS**

Dos 208 prontuários escolhidos, 172 (83%) eram homens e 36 (17%) eram mulheres. A idade média dos homens era  $37 \pm 11,5$  anos e das mulheres era  $33 \pm 11,1$  anos. O tempo de permanência em tratamento no CAPS, expresso em mediana e intervalo interquartil, para os homens foi 74 dias (15 – 196,5) e para as mulheres foi 51 dias (8 – 112). Os motivos de alta, em ordem decrescente de frequência citada, para os homens foram alta por faltas (52%), alta por transferência para outro serviço (14,5%), transferência para hospital psiquiátrico

(8%), alta melhorada (7%), alta a pedido (6%), alta disciplinar (3%), e ainda 9% estava registrado como motivo ignorado de alta. Para as mulheres os motivos de alta seguiram o mesmo perfil dos homens, porém com valores um pouco diferentes, sendo respectivamente 53%, 17%, 14%, 6%, 3% e 0%, e ainda 8,3% por motivo ignorado.

As principais drogas para as quais os pacientes estavam em tratamento foram, em ordem decrescente, múltiplas drogas (44,7%), álcool (38,5%), cocaína/crack (13,5%) e apenas 1 prontuário (0,005%) para maconha. O tempo de permanência em tratamento, expresso em mediana e intervalo interquartil, para cada droga registrada nos prontuários foi para álcool (137 dias, 29,5 – 262,5), múltiplas drogas (51 dias, 14 – 134) e para cocaína/crack (41 dias, 11,5 – 85,5) e o único paciente que recebeu tratamento para maconha permaneceu 10 dias no CAPS. Dos 93 prontuários de usuários de múltiplas drogas, os motivos de alta foram, em ordem decrescente: 58% de alta por falta, 12% de transferência para hospital psiquiátrico, 8% de transferência para outro serviço, 5% de alta por pedido e 3% para alta melhorada e 3% para alta disciplinar, e ainda 11% para motivo ignorado. Para o álcool, os motivos foram: 49% de alta por falta, 19% de transferência para outro serviço, 10% de alta melhorada, 9% de transferência para hospital psiquiátrico, 5% de alta a pedido e 1% de alta disciplinar e ainda, 7,5% de motivo ignorado. Para a cocaína/crack, os motivos foram: 54% de alta por faltas, 14% de transferência para outros serviços, 11% de alta melhorada e 4% para alta disciplinar, 4% de transferência para hospital psiquiátrico e 4% para alta a pedido e ainda, 11% ignorado.

Considerando apenas os motivos de alta, sem levar em conta sexo ou tipo de droga usada, as frequências observadas, em ordem decrescente, foram: alta por faltas (52%), alta por transferência para hospital psiquiátrico (9%), transferência para UBS (8,6%), alta melhorada (7%), alta a pedido (6%), transferência para CAPS II (4%), alta disciplinar (2%), transferência para ambulatório (1,4%), transferência para hospital geral (1%), e ainda 9% tinha registrado motivo ignorado de alta. Estes dados sugerem que considerando como

possível resposta positiva ao tratamento as altas melhorada, transferência para ambulatório e alta a pedido, temos um total de 14,4%.

Dos 208 prontuários escolhidos houve algumas diferenças quanto ao sexo e quanto ao tipo de droga usada para análise da resolutividade do serviço prestado no CAPSad que podem ser observados em Resultados.

### **4.3 ESTUDO 3 – COMPARAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO CAPSad CAJURU COM O DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o atendimento nos CAPS na visão de profissionais visando detectar as principais falhas e as principais soluções apresentadas por profissionais que trabalham sob as condições atuais deste serviço. Para essa análise foram comparados os relatos dos profissionais de dois CAPS com diferentes padrões de atendimento em dois diferentes municípios: um foi o CAPSad Cajuru (que foi objeto das análises anteriores deste trabalho) e o outro foi um CAPSad do município de São Jose dos Pinhais. Esse último serviço está localizado num município da região metropolitana de Curitiba (atendendo população muito semelhante), porém o padrão de atendimento é considerado “não muito bom” pelas mesmas autoridades do Estado. Outra abordagem da análise do atendimento prestado nestes dois serviços foi avaliar as crenças dos profissionais em relação a transtornos mentais em geral e a transtornos por uso de substâncias como possíveis fatores de interferência no padrão de atendimento no CAPS.

#### **3.1 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO NOS CAPSad DO CAJURU E DE SÃO JOSE DOS PINHAIS NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

##### **METODOLOGIA**

Foram realizadas reuniões prévias com as autoridades sanitárias de ambos os centros a fim de explicar os motivos das entrevistas individuais e das reuniões de grupo focal com os profissionais e para que fosse disponibilizado o devido tempo para a realização das mesmas.

De cada um dos CAPSad, foram escolhidos 50% dos profissionais representando as principais categorias profissionais. Estes foram entrevistados, no seu local de trabalho, pessoalmente pelos pesquisadores utilizando-se um questionário semi-estruturado (ANEXO 8). Esse questionário contém perguntas



sobre: o funcionamento diário desses centros; as técnicas usadas no tratamento; o grau de integração da equipe; a relação com a rede de saúde local e com a comunidade. A entrevista possibilitava também a inclusão de comentários e sugestões sobre o tratamento oferecido pelo CAPSad e sua inter-relação com a rede de saúde.

As reuniões de grupo focal foram realizadas com os profissionais dos CAPSad do Cajuru e de SJP, separadamente. Essas reuniões tiveram como objetivo principal promover a discussão sobre o atendimento oferecido pelo CAPS com a participação de todos sugerindo possíveis soluções para as barreiras enfrentadas. O grupo focal do CAPSad Cajuru foi formado por 12 profissionais desse centro e 3 pesquisadores (1 moderador e 2 observadores). No CAPSad SJP participaram 5 profissionais, incluída aqui a autoridade sanitária, e 2 pesquisadores (1 moderador e 1 observador). A duração das entrevistas foi de cerca de 80 min no Cajuru e 60 min em SJP. Em ambas foi utilizado um gravador de voz para registrar todas as informações relatadas pelos profissionais participantes. O moderador fez perguntas abertas (ANEXO 9) que englobaram: a inserção do CAPSad na rede básica de saúde e sua relação com as UBSs; a abordagem terapêutica utilizada no CAPSad; a eficiência desse no tratamento da dependência de álcool e drogas; a reinserção psicossocial do paciente após a alta do CAPSad; as opiniões sobre os abandonos de tratamento e sugestões para melhoria do serviço prestado por essa instituição. As mesmas perguntas foram utilizadas nas reuniões de grupo focal nos dois centros, porém, outras foram sendo incorporadas conforme o andamento das reuniões. Após a realização dos grupos focais, as gravações e as anotações foram transcritas na íntegra (ANEXO 10) e, posteriormente, analisadas, agrupadas e codificadas por dois pesquisadores independentes e serão apresentadas em resultados na forma de tabelas.

## RESULTADOS

Do total de 15 profissionais do CAPSad Cajuru que fazem parte da equipe diretamente relacionada ao tratamento dos pacientes, 8 responderam o questionário, e no CAPSad SJP, 4 responderam de um total de 8. As respostas aos questionários de avaliação do atendimento prestado nos CAPSad estão apresentadas nas tabelas a seguir.

Tabela 2 – Porcentagem de respostas positivas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para cada questão sobre o papel do CAPSad na rede de atenção aos usuários de drogas

O papel do CAPS em relação aos itens	CAJURU	SJP
Articulação no território	100	100
Articulação com rede básica	100	75
Associação de usuários/familiares	0	0
Projeto técnico/terapêutico	100	50
Contempla acolhimento	100	100
Contempla acolhimento noturno	0	0
Contempla atendimento de casos graves	75	50
Distribuição regular de psicofármacos	25	0
Oficinas terapêuticas	100	75
Atividades em grupo	100	100
Visitas domiciliares	38	100
Projeto terapêutico individualizado	87	50
Garantia de direitos dos usuários	100	75 <sup>#</sup>
Supervisão da equipe	50	50
Atendimento as famílias	100	100
Projetos de geração de renda	100	0

Vínculo com residências terapêuticas	12	0
Referencia para programas de estágios e/ou extensão universitária	25	0

# o complementar da porcentagem deve-se a resposta ignorada. No Caps-AD Cajuru foram 8 profissionais que responderam e em São Jose dos Pinhais (SJP) foram 4.

Alguns comentários dos profissionais merecem ser citados, como por exemplo, os profissionais do CAPSad de SJP relataram que a articulação no território era com o hospital psiquiátrico (2 dos 4 relatos), enquanto para os profissionais do Cajuru eram as UBS da região (4 dos 8 relatos). Sobre o projeto terapêutico utilizado para o tratamento dos pacientes, 50% dos profissionais de SJP relataram que o mesmo estava sendo reformulado e 1 (25%) profissional declarou não saber o que significava “projeto terapêutico”. Três profissionais (37,5%) do Cajuru relataram que o projeto é realizado individualmente para cada paciente e 1 profissional não sabia dizer as características do projeto, justificando que este era realizado por outros profissionais. Também foi dado destaque para o acolhimento, sendo referido como realizado desde a primeira avaliação do paciente, ainda durante a triagem. Cinquenta por cento dos profissionais dos dois centros deram esse destaque.

No época das entrevistas, no CAPSad SJP não havia um artesão responsável pela oficina terapêutica de artesanato e, segundo relato de 1 profissional, essa atividade era realizada pela terapeuta ocupacional. No Cajuru as oficinas terapêuticas são distribuídas para todos os profissionais, sendo as atividades mais citadas: artesanato (100% dos profissionais relataram), jardinagem (87%), terapia ocupacional (62%). Também foram lembradas com menor frequência: oficina de mosaico, psicoterapia (relatada como oficina terapêutica por 2 dos 8 profissionais), educação física (2 profissionais), gestão do auto-cuidado (2), e lembradas por apenas 1 profissional: contador de histórias, trabalho em argila, musicoterapia, oficina de tear, trabalho com origami.

Ao serem perguntados sobre a existência de projetos de geração de renda, os profissionais de SJP concordaram que não havia. No Cajuru, 7 dos 8 funcionários relataram que existia um projeto de geração de renda e citaram: artesanato (5 relataram), jardinagem (3), trabalho com mosaico (2), horta (2), oficina de computadores (1), brechós (1).

As atividades grupais foram citadas pelos profissionais de ambos os CAPS, citando que elas constituem o principal tipo de atividade realizada.

As visitas domiciliares a pacientes e familiares ocorrem de 2 a 3 vezes por semana, segundo relato de 2 profissionais em SJP e raramente no Cajuru, devido à falta de transporte (relatado por 4 profissionais). Porém, todos relataram que existe o atendimento às famílias dos pacientes, geralmente em grupo no CAPS.

Segundo a maioria dos funcionários, a garantia dos direitos dos usuários está sempre sendo discutida com os pacientes em ambos os CAPS, já na primeira avaliação do paciente. Um profissional de SJP não sabia dizer se existia tal garantia.

Quatro profissionais do Cajuru apontaram que a supervisão dos profissionais era realizada pela própria autoridade sanitária (AS) local. Em SJP, 1 profissional relatou que a supervisão era feita pela AS e 1 pela coordenadora de saúde mental do município.

Quanto aos critérios usados para alta dos pacientes, os profissionais de SJP relataram: alta por abandono (100% citaram), alta melhorada ou clínica (75%), alta disciplinar (50%), alta a pedido (25%), alta administrativa (25%), transferência para outro serviço (25%). Quanto aos critérios para alta clínica (melhorada) foram citados: abstinência da substância (75% citaram), volta ao trabalho (50%), redução do uso da droga (25%), reinserção na família (25%), independência (25%), tempo em que o paciente se encontra estabilizado (25%), evolução do quadro clínico (25%). Três dos 4 profissionais de SJP concordaram que os termos, utilizados por eles próprios, “tempo de abstinência”, “tempo de estabilização” e “evolução do quadro” são vagos e variáveis, dependendo de cada paciente. Já no Cajuru, os critérios para alta relatados foram: alta por abandono/faltas (87% citaram), alta melhorada/clínica (62%), alta administrativa (62%), alta disciplinar (50%), transferência para outros serviços (25%) e alta a

pedido (12%). Quanto aos critérios para alta clínica foi referido: tempo de abstinência sem quantificá-lo (25%); tempo de tratamento (25%) - 1 profissional referiu 9 meses e 1 não especificou quanto tempo; volta ao convívio social (25%); volta ao trabalho (25%); evolução do tratamento (25%) - sem haver especificação sobre o termo “evolução”; e volta à família (12%). A preparação para alta melhorada é realizada pelo psicólogo no Cajuru, segundo 4 profissionais. Todos concordaram que existe essa preparação. Em SJP, 2 profissionais relataram que a preparação para alta era realizada pela terapeuta ocupacional, 1 relatou que era realizada por vários profissionais e 1 relatou que não existe uma organização para que uma pessoa seja responsável por fazê-la.

Quanto ao encaminhamento dos pacientes que recebem alta, 2 profissionais de SJP relataram que o encaminhamento ocorre para a UBS de origem, porém outros 2 disseram que esse tipo de encaminhamento não existia sendo a procura por continuidade de tratamento na UBS ou em outro serviço uma escolha do paciente. No Cajuru, 50% dos profissionais referiram que o paciente que recebe alta é encaminhado à UBS, 75% citaram o ambulatório de saúde mental. Um referiu hospital-dia, 2 referiram Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), 2 disseram o domicílio. Sobre o fluxo de referência e contra-referência, em SJP foi relatado: 2 profissionais disseram não haver referência, pois o atendimento no CAPSad se dá por livre demanda, e 3 referiram não haver contra-referência. No Cajuru, o encaminhamento é realizado via UBS e os profissionais concordam que existe essa referência. Quatro profissionais referiram que a contra-referência é realizada e 4 disseram que não.

O questionário também continha algumas outras perguntas semi-estruturadas, cujas respostas estão apresentadas nas Tabelas a seguir.

Tabela 3 – Porcentagem de respostas positivas e negativas sobre o que falta para o projeto terapêutico funcionar

<b>O que falta para o projeto terapêutico funcionar?</b>	<b>CAJURU</b>		<b>SJP</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Conhecimento técnico	38	62	100	0
Planejamento adequado	25	75	75	25
Relacionamento da equipe técnica	12	88	50	50
Pessoal suficiente	50	50	100	0
Reuniões clínicas	25	75	50	50
Reuniões administrativas	0	100	75	25
Interação da equipe (afetividade, colaboração entre os membros, respeito mútuo, companheirismo, solidariedade, etc.)	12	88	75	25

No CAPSad Cajuru foram 8 profissionais que responderam e em SJP foram 4.

Tabela 4 – Porcentagem de respostas positivas e negativas para vários itens sobre o funcionamento da equipe do CAPS

<b>Perguntas</b>	<b>CAJURU</b>		<b>SJP</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Existem reuniões sistemáticas para falar, debater, refletir sobre a prática clínica/ organizar a prática clínica do serviço/ construção coletiva dos casos?	100	0	75	25
Existe no CAPS planejamento de metas e prioridades?	75	12#	25	75
Existe análise permanente do processo de trabalho/ organização do cotidiano do CAPS?	100	0	0	100
Existe profissional que não seja membro da equipe técnica para acompanhar o seu trabalho?	75	25	50	50

No CAPSad Cajuru foram 8 profissionais que responderam e em São José dos Pinhais (SJP) foram 4. # a soma não atinge 100% pois 1 profissional não sabia responder a questão.

Das reuniões de grupo focal realizadas em ambos os CAPSad, os principais pontos abordados foram agrupados em tópicos após análise por dois pesquisadores independentemente e estão apresentados nos quadros a seguir.

<b>QUADRO 1 - INSERÇÃO DOS CAPSad NA REDE BÁSICA DE SAÚDE</b>	
<b>GRUPO FOCAL CAPSad SJP</b>	<b>GRUPO FOCAL CAPSad CAJURU</b>
Participação de 5 profissionais	Participação de 12 profissionais *
<p>Estão inseridos na rede básica de saúde pela própria existência, ou seja, os profissionais das UBS sabem que existe um CAPSad.</p> <p>Existem muitas dificuldades no fluxo do encaminhamento dos pacientes: uma simples folha de papel e sem avaliação alguma, e ocorrendo o caminho inverso, no qual o CAPS avalia o paciente e retorna-o para a UBS (2); os profissionais das UBS parecem ter falta de conhecimento adequado, pois ao se depararem com um paciente com alguma questão de saúde mental encaminham-no para o CAPSad, gerando um ciclo de empurra-empurra do paciente (5); às vezes o paciente procura o CAPSad diretamente sem intermédio da unidade, o que é visto como positivo pelos profissionais, pois o processo torna-se mais ágil (5).</p> <p>Essa procura direta foi bastante elogiada pelos profissionais pois além do paciente já se sentir acolhido no CAPS, ele sente-se envergonhado na UBS onde ele é conhecido (2). Se não for caso para o CAPSad ele será orientado e encaminhado pelos profissionais desse centro seguindo um fluxo correto (1). Esta orientação</p>	<p>As UBS da regional encaminham os pacientes tendo certa demora, mas dentro do normal esperado (<math>\pm 20</math> dias). Quando há necessidade de desintoxicação, ela é feita na UBS e depois o paciente é encaminhado. Às vezes encaminham casos leves que poderiam ser tratados na própria UBS, inclusive acreditam que pacientes não-graves podem aumentar seu risco com o convívio com usuários de outras drogas. Por outro lado, às vezes encaminham pacientes muito graves que deveriam ser internados, mas por falta de vaga, encaminham para o CAPS. Outra dificuldade são os pacientes com co-morbidades que deveriam ser encaminhados para CAPS-II, neste caso, depois do encaminhamento para o CAPSad fica “quase impossível” encaminhá-los para o CAPS-II.</p> <p>Há necessidade de capacitar continuamente os profissionais das UBS para que atendam as desintoxicações e os casos mais leves de uso de risco e abuso e para ter grupos de apoio aos pacientes na própria comunidade de origem. Acreditam que os médicos das UBS melhoraram na resolutividade dos</p>

<p>não é realizada pela UBS (2).</p> <p>Existe uma supervisão feita com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para orientar sobre CAPS e saúde mental (2) e sobre o encaminhamento correto dos pacientes nesses casos (1), porém ainda não se tem resultados práticos de tais visitas de supervisão/orientação (2).</p> <p>Além da falha no encaminhamento pela UBS para o CAPSad, também existe a dificuldade do retorno do paciente para as UBS de origem para a continuidade (5). Os profissionais acham que isso ocorre pelas mudanças constantes de coordenadores, médicos e ACS capacitados. Ou seja, ocorre capacitação dos profissionais e coordenadores, mas em seguida tais pessoas mudam de secretaria ou de local de trabalho e se faz necessário recomeçar todo o trabalho de capacitação (5,2).</p> <p>Sugestão para melhorar o encaminhamento: aumento de pessoal nas UBS e CAPSad (3); informação e capacitação de tais profissionais (5); supervisão e treinamento freqüente dos novos até que o fluxo se torne uma rotina (5).</p>	<p>casos mais leves.</p> <p>Quanto ao retorno do paciente a UBS de origem para continuidade do tratamento, e encaminhada uma carta juntamente com o paciente que recebeu alta melhorada para que os profissionais da UBS saibam o que foi feito durante o tratamento no CAPSad. Também nestes casos e feito contato com os profissionais da ABRASA para ter seu apoio na continuidade do tratamento.</p> <p>Porem, da UBS não recebem nenhum “feedback”.</p>
---	--

Os números entre parêntesis indicam o numero de profissionais que citou ou concordou com a afirmativa. \* No CAPSad Cajuru um ou mais profissionais fez um depoimento e os demais concordaram em todos os quesitos.



<b>QUADRO 2 – INSERÇÃO SOCIAL DOS CAPSad</b>	
<b>GRUPO FOCAL CAPSad SJP</b> Participação de 5 profissionais	<b>GRUPO FOCAL CAPSad CAJURU</b> Participação de 12 profissionais *
<p>Em geral, os pacientes são re-inseridos socialmente (2,3), porém existem casos que o paciente não é aceito pela sociedade (5). Os pacientes podem estar preparados, mas não recebem a ajuda externa (1). Em grande parte a dificuldade é dos demais profissionais da atenção básica a saúde que não conseguem acolher o paciente adequadamente (2) e do preconceito do grupo (4), mas existem as exceções como locais que tentam conscientizar as pessoas e falar sobre dependência.</p>	<p>A inserção da família em todo o processo terapêutico precisa melhorar muito. Eles acreditam que a família seria o vínculo real entre o CAPSad e a UBS, desde o encaminhamento da UBS.</p> <p>O projeto terapêutico inclui sempre a família, porém, ela raramente participa, por mais que a equipe se empenhe (o que demanda tempo e pessoal). A família também precisa ser tratada e tem papel central na reinserção social do paciente, inclusive para manter a equipe informada sobre o paradeiro do paciente quando há abandono do tratamento.</p> <p>Defendem sempre como meta o retorno aos estudos para readquirir autonomia.</p> <p>Faltam alternativas para o lazer principalmente nos finais de semana, o que muitas vezes podem levar a recaída.</p>

Os números entre parêntesis indicam o número de profissionais que citou ou concordou com a afirmativa. \* No CAPSad Cajuru um ou mais profissionais fez um depoimento e os demais concordaram em todos os quesitos.

<b>QUADRO 3 - QUESTÃO DO ESTIGMA RELACIONADO ÀS DROGAS</b>	
<b>GRUPO FOCAL CAPSad SJP</b>	<b>GRUPO FOCAL CAPSad CAJURU</b>
Participação de 5 profissionais	Participação de 12 profissionais *
<p>Muitas vezes a continuidade do tratamento é prejudicada pelo auxílio doença do INSS: em muitos casos o benefício é concedido durante o tratamento intensivo, porém quando há melhora e o tratamento passa a ser semi-intensivo ocorre a suspensão do benefício, afastando o paciente por necessidade de trabalhar. Estender o atendimento para o horário noturno pode auxiliar, pois uma vez que trabalhem no período diurno, não terão a “desculpa” de não continuarem o tratamento (2).</p> <p>O corte do benefício gera outro inconveniente: muitas vezes o paciente já passou para o semi-intensivo no momento em que o benefício é cortado. Então, o paciente retorna ao uso da substância para voltar ao tratamento intensivo e novamente receber o benefício (2,5).</p>	<p>Relato semelhante ao de SJP, exceto que a equipe não citou como “desculpa” o abandono do tratamento para trabalhar.</p> <p>Estão tentando estabelecer um diálogo com os peritos do INSS para estabelecer critérios objetivos de continuidade do benefício.</p> <p>Citaram o estigma em relação a usuários de drogas em empresas que poderiam ser parceiras na reinserção do paciente no mercado de trabalho. Quando e um caso de paciente que era um bom funcionário, normalmente a empresa aceita de volta.</p> <p>Existem iniciativas de consultores das UBS que vão ate empresas, igrejas e escolas falar sobre drogas e seu tratamento.</p> <p>Trabalham com o paciente a questão do estigma para que possa compreender a reação da comunidade.</p>

Os números entre parêntesis indicam o numero de profissionais que citou ou concordou com a afirmativa. \* No CAPSad Cajuru um ou mais profissionais fez um depoimento e os demais concordaram em todos os quesitos.

<b>QUADRO 4 - OPINIÃO SOBRE A EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DOS CAPSad</b>	
<b>GRUPO FOCAL CAPSad SJP</b>	<b>GRUPO FOCAL CAPSad CAJURU</b>
Participação de 5 profissionais	Participação de 12 profissionais
<p>Apesar da orientação da regional de saúde para a implantação de planos terapêuticos individualizados feitos com a participação do paciente que tem se mostrado eficaz em outros municípios (2), a equipe não acredita que isso irá melhorar a eficácia do tratamento (5), apenas demandando mais tempo dos profissionais (5). Não acreditam que seguir um protocolo irá aumentar a eficácia do tratamento e sim o que cada profissional trabalha com os pacientes (5), nem tampouco a opinião do paciente é necessária para elaborar um plano terapêutico (2). Cada profissional em sua área deve mostrar ao paciente as vantagens e desvantagens do tratamento, riscos e benefícios da dependência de substâncias.</p> <p>Atualmente, o atendimento vem sendo feito sem um plano terapêutico, apenas baseado em conversas e quando verificada alguma necessidade de orientação.</p> <p>A melhora da eficácia do CAPSad depende da adesão do paciente, o que é abalada pela característica crônica inerente a este problema de saúde mental. Tendo em vista a idéia imediatista do paciente, é necessário que o CAPS seja mais atrativo para maior aderência do paciente ao tratamento. Os grupos sendo mais atrativos o paciente acreditará no resultado (5). O trabalho deve ser feito no sentido de motivar o paciente</p>	<p>Possuem projeto terapêutico individualizado e que e implementado e acompanhado por toda a equipe.</p> <p>Acreditam que o projeto e eficaz. O medico comparou com sua experiência de consultório: pacientes que não respondem no consultório se beneficiam do tratamento no CAPSad.</p> <p>Consideram em discussão de equipe, a melhora global do paciente (família, trabalho, uso da droga) para decidir pela alta. Estão discutindo os critérios para alta melhorada: considerar a diminuição ou a substituição do uso da droga (redução de danos) e a diminuição do tempo em abstinência como melhora e continuar considerando a melhora global.</p> <p>Consideram que todos os pacientes, mesmo os que abandonam, saem melhores do que entraram, pois alguma coisa sobre dependência aprenderam.</p> <p>Com as mudanças nos critérios de alta melhorada esperam aumentar a eficiência do CAPS.</p> <p>Também acreditam que podem aumentar sua eficiência caso possam monitorar o paciente depois que ele sai do CAPS, por qualquer tipo de alta.. E aumentar as parcerias com empresas para reinserir o paciente no mercado de trabalho.</p>

constantemente (1).

A capacitação dos profissionais do CAPS a respeito da dependência química (5) e a integração entre os CAPS, por exemplo, com reuniões mensais entre as equipes, com a participação de todos os profissionais trocando experiências melhoraria o fluxo e as atividades (2).

Horário noturno nos CAPSad motivaria o paciente a aderir ao tratamento diminuindo o número de abandonos (4).

Uma estrutura preparada para realizar diversas oficinas diferentes ao mesmo tempo daria a oportunidade de o paciente poder escolher qual oficina mais lhe parece atrativa, dando mais motivação para a continuidade do tratamento (5).

Os números entre parêntesis indicam o número de profissionais que citou ou concordou com a afirmativa. \* No CAPSad Cajuru um ou mais profissionais fez um depoimento e os demais concordaram em todos os quesitos.

<b>QUADRO 5 - PONTOS POSITIVOS DO CAPSad</b>	
<b>GRUPO FOCAL CAPSad SJP</b>	<b>GRUPO FOCAL CAPSad CAJURU</b>
Participação de 5 profissionais	Participação de 12 profissionais
<p>A procura direta do atendimento nos CAPSad por indicação de amigos.</p> <p>Possibilidade de encaminhamento correto destes pacientes que procuram diretamente o CAPSad.</p> <p>A não existência de um plano terapêutico pré-estabelecido e com a presença do paciente proporciona mudanças conforme a necessidade de tratamento, e não conforme um modelo.</p>	<p>O ponto forte desta equipe e a AS, que graças as suas competências e características garante a interdisciplinaridade do atendimento, interação sem invasão dos papeis individuais da equipe.</p> <p>A possibilidade de tratar o paciente dependente no ambiente no qual ele vive, enfrentando riscos e desenvolvendo estratégias para lidar com eles. Muito melhor do que o hospital psiquiátrico e o ambulatório.</p>

<b>QUADRO 6 - PONTOS NEGATIVOS DO CAPSad</b>	
<b>GRUPO FOCAL CAPSad SJP</b>	<b>GRUPO FOCAL CAPSad CAJURU</b>
Participação de 5 profissionais	Participação de 12 profissionais
<p>A falta de conhecimento sobre as ações do CAPSad por parte das UBS: encaminhamento de todos os problemas de saúde mental para o CAPSad, sem triagem prévia. Isso prejudica os que realmente precisam do atendimento dos CAPSad e dificulta o re-encaminhamento de outros transtornos mentais para CAPS II e ambulatório.</p> <p>Faltam recursos humanos e financeiros para as oficinas.</p> <p>Falha na continuidade do tratamento iniciado no CAPSad pelas barreiras existentes para o retorno do paciente a sua UBS de origem.</p> <p>Falta de capacitação e atualização em dependência química para todos os profissionais do CAPSad. Existem apenas poucas palestras ministradas sobre o assunto endereçadas para o público leigo.</p> <p>Ainda existe muito preconceito sobre dependências químicas, muitas vezes pela própria falta de capacitação dos profissionais da equipe de ponta (UBS, estratégia de saúde da família).</p> <p>A ausência de benefício do INSS em estágio semi-intensivo ou não intensivo incentiva o paciente a reutilizar a substância para voltar ao tratamento intensivo e readquirir o benefício.</p>	<p>Falta de infraestrutura adequada que possibilite vistas domiciliares (transporte e recursos humanos e financeiros), busca ativa de pacientes em situação de risco e dos que abandonaram o tratamento.</p> <p>Falta de boa interação com os peritos para garantir o benefício do INSS para a continuidade do tratamento, principalmente para os pacientes que mudam de nível.</p>

### 3.2 AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DOS CAPSad DO CAJURU E DE SÃO JOSE DOS PINHAIS QUANTO AOS TRANSTORNOS MENTAIS E QUANTO AOS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

#### **METODOLOGIA**

Seis profissionais do CAPSad de SJP e 10 do CAPSad do Cajuru responderam ao questionário de auto-preenchimento sobre crenças em relação a transtornos mentais e por uso de substâncias (ANEXO 11) na presença do pesquisador, no seu próprio local de trabalho. Esse questionário foi adaptado de outros dois da literatura (BABOR *et al.*, 2004; PELUSO; BLAY, 2007) e contém afirmativas sobre crenças e atitudes em relação aos transtornos mentais para as quais os respondentes devem conferir um grau de concordância com 5 níveis de respostas (desde “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, intermediado por “não concordo, nem discordo”).

Onde possíveis diferenças entre as respostas emitidas pelos profissionais do Cajuru e de SJP eram aparentes, foram realizadas comparações pelo teste de Fisher, considerando como significantes quando  $p < 0,05$ .

#### **RESULTADOS**

No CAPS do Cajuru foram 10 profissionais que responderam e em SJP foram 6. Os dados nas Tabelas a seguir estão expressos em porcentagem do total de profissionais de cada CAPS que emitiu respostas positivas ou negativas para cada questão.

Nota-se na Tabela 5, que tanto os profissionais do Cajuru como de SJP tinham as mesmas crenças em relação à dependência de drogas em geral.

Tabela 5 – Porcentagem de respostas positivas e negativas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para as principais crenças sobre dependência

CRENÇAS SOBRE A DEPENDÊNCIA	CAJURU		SJP	
	N=10		N=6	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”	0	100	0	100
Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo	0	100	0	93 #
Usuários problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	50	40 #	50	33 #
Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico	0	90 #	0	100
Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber/usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.	20	70 #	0	50 #
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco de álcool/drogas.	20	70 #	17	67 #
As Instituições de Saúde devem ter um protocolo formal para esse tipo de intervenção	80	0 #	67	0 #
Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool/drogas com os quais um profissional da saúde tem que lidar na prática.	10	60 #	50	50

# a diferença de percentual observada refere-se aos que nem concordaram nem discordaram da crença.



Tabela 6 – Porcentagem de respostas positivas e negativas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para as principais crenças sobre dependência de álcool

CRENÇAS SOBRE A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	CAJURU		SJP	
	N=10		N=6	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A dependência de álcool é uma doença mental	90	10	83	17
Se pessoas próximas a um indivíduo descobrissem que este é um dependente de álcool, elas teriam pensamentos negativos a respeito dele	70	20 #	100	0
Indivíduos dependentes de álcool cometeriam atos violentos contra outras pessoas	70 *	10 #	0	50 #
Indivíduos dependentes de álcool em tratamento adequado cometeriam atos violentos contra outras pessoas	20	40 #	0	50 #

# a diferença de percentual observada refere-se aos que nem concordaram nem discordaram da crença. \* diferença significativa entre Cajuru e SJP (Teste de Fisher)

Pode-se notar nas Tabelas 6 e 7 que os profissionais do Cajuru acreditam que indivíduos dependentes de álcool e de outras drogas podem se tornar violentos contra outras pessoas, enquanto os profissionais de SJP não tem essa crença.

Tabela 7 – Porcentagem de respostas positivas e negativas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para as principais crenças sobre dependência de outras drogas

CRENÇAS SOBRE A DEPENDÊNCIA DE OUTRAS DROGAS	CAJURU		SJP	
	N=10		N=6	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A dependência de drogas é uma doença mental	80	10 #	83	17
Se pessoas próximas a um indivíduo descobrissem que este é um dependente de drogas, elas teriam pensamentos negativos a respeito dele	50	10 #	100	0
Indivíduos dependentes de drogas cometeriam atos violentos contra outras pessoas	60 *	0 #	0	33 #
Indivíduos dependentes de drogas em tratamento adequado cometeriam atos violentos contra outras pessoas.	20	30 #	0	50 #

# a diferença de percentual observada refere-se aos que nem concordaram nem discordaram da crença. \* diferença significativa entre Cajuru e SJP (Teste de Fisher)

Tabela 8 – Porcentagem de respostas positivas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para as principais opiniões sobre as causas dos transtornos mentais

OPINIÃO SOBRE AS CAUSAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS	Doença Mental		Dependência de álcool		Dependência de outras drogas	
	Cajuru	SJP	Cajuru	SJP	Cajuru	SJP
Isolamento	50	67	50	67	60	67
Desemprego	40	17	40	50	50	34
Excesso de trabalho	40	17	40	0	40	0
Alimentação pobre	50	50	40	17	30	0
Uso de drogas	100	83	80	67	80	67
Problemas na infância	90	83	70	67	70	83
Traumatismo craniano	50	50	10	0	0	17
Situação estressante recente	70	67	50	33	50	33
Fraqueza de caráter/ vontade	40	0	40	0	40	0
Ausência de auto-estima	70	34	50	67	60	50
Ser uma pessoa nervosa	60	33	20	17	20	17
Mau olhado/bruxaria	0	0	0	0	0	0
Ausência de fé em Deus	30	0	50	17	50	17
Destino ou predestinação	10	0	0	0	0	0
Vírus ou infecção	60	50	10	17	0	17
Problemas genéticos	90	67	40	83	30	50
Problemas no SNC	90	83	20	17	20	17
Problema familiar ou amoroso	70	67	50	83	40	67

No CAPS do Cajuru foram 10 profissionais que responderam e em São José dos Pinhais (SJP) foram 6. Os dados estão expressos em porcentagem do total de profissionais de cada CAPS que concordaram com cada uma das opiniões.

Tabela 9 – Porcentagem de respostas positivas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para os principais sentimentos que os transtornos mentais provocam neles.

SENTIMENTOS QUE PROVOCA EM VOCE:	TIPO DE TRANSTORNO MENTAL							
	Depressão		Esquizofrenia		Dependência de álcool		Dependência de outras drogas	
	Cajuru	SJP	Cajuru	SJP	Cajuru	SJP	Cajuru	SJP
Desejo de ajudar	83	86	92	63	63	60	59	60
Simpatia	0	0	8	12	6	10	6	10
Calor	0	0	0	0	6	0	6	0
Necessidade de distância	0	0	0	0	6	0	6	0
Pena	0	0	0	12	0	10	6	10
Medo	0	0	0	12	6	10	6	10
Irritação	8	14	0	0	6	10	6	10
Indiferença	8	0	0	0	6	0	6	0

No CAPS do Cajuru foram 10 profissionais que responderam e em São Jose dos Pinhais (SJP) foram 6. Os dados estão expressos em porcentagem do total de respostas dos profissionais de cada CAPS (a somatória total dos números pode ser maior do que o número de profissionais, pois cada profissional podia emitir mais de um sentimento).

As únicas crenças sobre o CAPSad que foram observadas diferenças significantes entre os profissionais do Cajuru e de SJP foram: “O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para a reinserção do usuário na família”, e “O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para a reinserção do usuário no mercado de trabalho” (Tabela 10). Os profissionais do Cajuru acreditam na resolutividade do CAPS e os de SJP não acreditam.

Tabela 10 – Porcentagem de respostas positivas e negativas emitidas pelos profissionais dos dois serviços para as principais crenças sobre o atendimento do CAPSad

CRENÇAS SOBRE O CAPSad	CAJURU		SJP	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A abordagem terapêutica dos CAPS é adequada para recuperar o paciente dependente de álcool/drogas	100	0	50	33 #
O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para a reinserção do usuário no mercado de trabalho	70 *	20 #	0	67 #
O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para a reinserção do usuário na família	80 *	10 #	17	67 #
O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para o usuário readquirir sua autonomia e auto-estima	90	0 #	50	17 #

No CAPS do Cajuru foram 10 profissionais que responderam e em São Jose dos Pinhais (SJP) foram 6. Os dados estão expressos em porcentagem do total de profissionais de cada CAPS. # a diferença de percentual observada refere-se aos que nem concordaram nem discordaram da crença. \* diferença significativa entre Cajuru e SJP (Teste de Fisher)

## 5 DISCUSSÃO

O serviço prestado pelo CAPSad avaliado no presente estudo foi considerado muito bom pelos pacientes, existindo concordância por parte dos profissionais como sendo uma modalidade de tratamento eficaz para os pacientes dependentes de álcool e drogas. Outros autores tem apresentado evidências neste mesmo sentido (NASI *et al.*, 2004). Entretanto, levando em conta o número de abandonos e de transferências para outros serviços, a ausência ou deficiência de convênios entre o CAPSad e outras esferas do setor público e privado, sugere-se que esse modelo comunitário não é suficiente para acompanhar e tratar adequadamente os doentes, tampouco inseri-los na família ou no trabalho. Ou seja, esse serviço não é eficiente para atingir seu principal objetivo, a reinserção social do indivíduo dependente de álcool e drogas.

Não há dúvidas de que o modelo comunitário privilegia a liberdade e autonomia do doente, em relação ao modelo hospitalocêntrico. Também não se discute o fato dos pacientes preferirem ser tratados fora do hospital, como observado também por Horvitz-Lennon *et al.*(2001) ao se comparar o internamento parcial diurno com o internamento psiquiátrico tradicional. Isso pode explicar, pelo menos parcialmente, as notas atribuídas pelos pacientes ao atendimento no CAPSad, pois este serviço além de tirar o paciente do isolamento, promove também a socialização com pessoas que compartilham problemas semelhantes.

Segundo Delgado (2007), “a diretriz principal da política de saúde mental (PNSM) é assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, através da mudança do modelo de atenção (de “hospitalocêntrico” para “comunitário” ou territorial)”. Porém, tal mudança não garante que os novos instrumentos disponíveis atualmente sejam qualificados ao ponto de poderem ser considerados substitutivos ao modelo anterior. Pelo contrário, deveriam ser considerados como mais uma alternativa de tratamento e integrados aos demais serviços. Os nossos dados sugerem que o modelo de CAPS, mesmo tendo sido analisado um CAPS “modelo” da região, não está sendo substitutivo, pois muitos pacientes são

transferidos para outros serviços (hospitais, ambulatorios); não está sendo eficiente, pois a melhora efetiva dos pacientes em relação ao número de abandonos e de transferências é muito pequeno (14%), mas está sendo eficaz para os poucos pacientes que permanecem no serviço. Portanto, o CAPSad é uma alternativa e não uma substituição.

Se por um lado, a força da psiquiatria democrática italiana e a decorrente do ideário proposto pelo Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado afirmam, explicitamente, a importância do tratamento comunitário e, implicitamente, a necessidade de extinção dos hospitais psiquiátricos, por outro lado, existem opositores ao modelo “capscêntrico”. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) defende a humanização do atendimento aos doentes mentais e é contrária às práticas abusivas pelas quais eram submetidos os pacientes nos antigos asilos. Entretanto, em sua proposta de fluxograma de serviços de saúde mental não inclui os CAPS como alternativas de tratamento, seja para transtornos mentais em geral, seja para dependência de substâncias (ABP, 2009). Em lugar dos CAPS, aparecem os Centros de Atenção Médica, Psicológica e Social (CAMPS) e ambulatório psiquiátrico geral e especializado na atenção secundária, além do Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental (CAISM), hospital dia e hospital noite, unidade psiquiátrica em hospital geral, unidade de emergência psiquiátrica e hospital psiquiátrico especializado na atenção terciária. Na realidade, os CAMPS seriam como CAPS, porém contemplando o fator “biológico” das doenças mentais. E os CAISM seriam serviços psiquiátricos preparados para prevenção e promoção de saúde, além de oferecerem os serviços de ambulatório, internamento integral, internamento parcial, pronto-socorro e o serviço do CAMPS. Esse tipo de serviço seria ideal para cidades com menor estrutura de atendimento em saúde mental. O fluxograma proposto pela ABP pode ser visto no ANEXO 12, e pode ser comparado com o proposto pelo Ministério da Saúde (Figura 1).

No século XIX, todas as medidas, ações e gestos realizados no hospício de alienados tinham alcance terapêutico e, portanto, subordinados à decisão do médico (BIRMAN, 1978). Com o modelo comunitário, o médico, particularmente o psiquiatra, perdeu sua hegemonia no tratamento dos transtornos mentais, em decorrência da visão multifatorial destes transtornos.

Segundo a ABP (2006), “desde 1995 a Coordenação Geral de Saúde Mental do MS adotou como uma das premissas para a construção do seu modelo, a exclusão do médico da equipe que assiste o doente mental e vem fazendo isto progressivamente. O médico psiquiatra vem sendo colocado mais e mais como profissional secundário e prescindível e a ele são atribuídas as mazelas do sistema”.

Apesar disso, os médicos continuam tendo suas decisões e opiniões respeitadas, como pode ser observado na reunião de grupo focal realizada no CAPSad Cajuru, quando as opiniões dos médicos eram acatadas por todos da equipe.

Em lugar de discussões ideológicas acerca de qual modelo seria mais adequado, o correto seria implantar modelos de atendimento baseados em evidências técnicas e científicas através de avaliações sistemáticas dos serviços existentes. A partir das entrevistas realizadas com os profissionais e com os pacientes dos CAPSad estudados, e tendo sido notada a importância de uma avaliação constante, propomos dois questionários (ANEXOS 13 e 14), modificados dos originais utilizados nesse estudo, para guiar as ações de saúde pública em relação aos CAPSad, no intuito de identificar as barreiras enfrentadas pelos profissionais e pelos pacientes em busca do objetivo de reinserção social desses indivíduos. Nesses questionários assuntos relativos à estrutura física e ao número de pacientes atendidos não são contemplados, visto tratar-se de questões administrativas. Também não são contemplados os números relativos aos tipos de alta, devido à inexistência de uma uniformização quanto aos critérios utilizados em diferentes serviços, o que poderia gerar dados enganosos e comparações injustas. Esses questionários propostos são resultado da análise detalhada e construída a partir do que foi avaliado nas entrevistas com pacientes e profissionais e nas reuniões de grupo focal. Devem agora ser testados em campo e na prática diária de diferentes CAPSad.



## 5.1 INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com o que é preconizado pelo SUS, a atenção básica à saúde deve ser resultado da integração entre os diferentes serviços, seja ele a UBS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou os serviços especializados (hospitais, ambulatórios de especialidades, CAPS etc). No presente estudo foi pesquisada, particularmente, a integração entre uma UBS e o CAPSad do mesmo distrito sanitário, no caso o distrito do Cajuru em Curitiba.

Na triagem aos pacientes atendidos na UBS São Paulo, verificou-se que o questionário ASSIST foi capaz de identificar pacientes sugestivos de dependência de álcool e/ou outras drogas. Apesar de os encaminhamentos desses pacientes ao serviço especializado (CAPSad) terem sido realizados, segundo o modo rotineiro usado por essa UBS, não foi verificado o comparecimento desses pacientes no CAPSad do Cajuru.

As UBS normalmente não utilizam um questionário padronizado e validado para realizar triagem de pacientes com diferentes graus de envolvimento com substâncias, o que poderia ajudar a identificar os casos mais graves que necessitam de tratamento especializado tanto no CAPSad como em hospitais. Por outro lado, a identificação de pacientes com quadros menos graves poderia estabelecer uma rotina de atendimento nas próprias UBS diminuindo a demanda nos serviços especializados. O recebimento pelos CAPSad de inúmeros pacientes encaminhados de forma inadequada pelas UBS atrasa o agendamento dos pacientes que realmente necessitam desse tipo de serviço. Essa dificuldade foi relatada por profissionais de ambos os CAPSad nas reuniões de grupos focais. Os profissionais do CAPSad de SJP “culpam” os profissionais das UBS e das equipes de ESF pelo encaminhamento de forma inadequada, referindo aos CAPSad casos em que o tratamento deve ser realizado na própria UBS, no caso de pacientes com abuso (e não dependência) de drogas, ou em CAPS II no caso de transtornos mentais diferentes da dependência de substâncias. Isso ficou claro durante a aplicação do ASSIST aos pacientes em atendimento no CAPSad Cajuru, onde dentre os 32 pacientes entrevistados, 8 não apresentaram pontuação sugestiva de

dependência, e sim de abuso. Segundo uma profissional do CAPSad de SJP, essa inabilidade de triagem e encaminhamento por parte da equipe das UBS gera um ciclo de “empurra-empurra”, levando à ineficácia na resolução do problema, ou seja, a rede não funciona adequadamente para os problemas relacionados às drogas. Foram relatados também o desconhecimento do fluxograma correto de encaminhamento e a falta de conhecimento técnico sobre os transtornos mentais por parte dos profissionais das UBS como algumas das causas dos erros de triagem. No CAPSad Cajuru foi relatada que nos últimos meses, houve uma melhora da resolutividade de casos mais leves por parte dos médicos das UBS. Porém, existe a necessidade de mais capacitação desses e de outros profissionais da rede.

Quanto ao encaminhamento, esse é realizado, segundo os profissionais do CAPSad de SJP, em uma simples folha de papel e sem qualquer avaliação prévia dos pacientes, mostrando quão precária é a integração entre os serviços primários em saúde desse município, descrito também por Brasil e cols. (2008). Além disso, em SJP o CAPSad recebe também os pacientes por livre demanda, sem que esses necessitem ser referenciados via UBS. Esse modo de procura de tratamento é visto de forma positiva pelos profissionais entrevistados, já que evita que o paciente se sinta constrangido em procurar ajuda na UBS onde ele é conhecido, além de agilizar o atendimento inicial. Esse atendimento por livre demanda acontece em SJP, mas não no CAPSad Cajuru, provavelmente por não existir um fluxograma eficiente e devido à existência de vagas imediatas para tratamento aos que procuram atendimento diretamente. No Cajuru, essa procura direta não ocorre e neste serviço existe uma fila de espera considerável, escancarando a insuficiência dos serviços comunitários extra-hospitalares em acolher a demanda por transtornos relacionados ao uso de substâncias. No município de SJP não existe, até o momento, um CAPS para transtornos mentais diferentes de álcool e drogas. O que pode justificar, em parte, o encaminhamento ao CAPSad de pacientes com outros transtornos mentais que necessitariam de uma abordagem diferente. Isso sugere também o despreparo das equipes da UBS em conduzir casos de doenças mentais, além da incapacidade das autoridades

locais em prover as necessidades da população em relação aos transtornos por uso de substâncias. Já no CAPSad Cajuru não existe uma integração com o CAPS II, sendo declarado “quase impossível” encaminhar um paciente para esse centro depois que o paciente foi encaminhado ao CAPSad. Em relação a isso, os profissionais declaram que alguns pacientes mais graves necessitariam de atendimento nos CAPS II para o tratamento de co-morbidades, para as quais não existe recurso suficiente no CAPSad.

Apesar de todos os profissionais do CAPSad Cajuru e da maioria dos profissionais de SJP terem relatado que existe uma articulação com outros serviços da rede básica de atenção à saúde, essa não ocorre de forma adequada. Segundo a legislação que orienta o funcionamento dos CAPSad, esse centro tem o papel de “responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território” (Portaria SAS/MS n° 305, de 03 de maio de 2002), porém isso não vem ocorrendo de forma adequada.

Quanto à contra-referência do CAPS à UBS, dois profissionais do CAPSad de SJP referiram que essa é realizada e dois referiram que não, mostrando um desconhecimento da integração da rede e a falta de integração da própria equipe do CAPS. Segundo a autoridade sanitária local, a contra-referência é realizada para os pacientes que estão aptos para serem acompanhados na UBS. De acordo com os profissionais desse centro, essa dificuldade do retorno do paciente do CAPS à UBS ocorre devido a mudanças freqüentes na equipe de saúde das UBS, as quais são treinadas e orientadas, porém a constante saída dos profissionais e chegada de outros dificulta o entendimento sobre como acompanhar esse paciente. Essa rotatividade é observada em SJP e em vários outros municípios, pois os profissionais procuram melhores condições de trabalho em outros serviços e, principalmente, em outras cidades próximas. Como muitos profissionais de SJP residem em Curitiba, a distância é um fator limitante para continuar com seus trabalhos no município da região metropolitana. O salário não é suficiente para trazer profissionais da capital, expondo as equipes de saúde de SJP a um constante e prejudicial rodízio. Já no CAPSad Cajuru a contra-referência é

realizada para os pacientes que devem retornar à UBS, apesar de 4 dos 8 profissionais desse centro terem relatado não existir contra-referência. De novo, existe um desconhecimento do funcionamento básico do CAPS em que trabalham. A ausência de *feedback* da UBS impede o CAPSad Cajuru de conhecer a eficácia de seu trabalho a longo prazo. No presente estudo, observou-se um grande número de ex-pacientes que não foi possível ser contatado por diversos motivos principalmente por ser o número do telefone inexistente, apesar de estar registrado nos prontuários do CAPSad, ou por ter mudado de residência após o tratamento. Esses dados sugerem que o vínculo entre os pacientes e os profissionais do CAPSad não foi adequadamente estabelecido e mantido.

Quanto aos motivos do não comparecimento dos indivíduos triados e encaminhados pela UBS São Paulo ao CAPSad Cajuru, nota-se uma descrença dos pacientes em relação ao benefício que o tratamento especializado poderia proporcionar. O não interesse no tratamento pode significar o desconhecimento do trabalho realizado nesse centro ou a negação de seu problema, ou ainda um tratamento prévio que não obteve sucesso. O comentário de que “o CAPS não serve para nada” foi feito por um dos pacientes encaminhados após detecção pelo ASSIST e por um ex-paciente do CAPSad Cajuru, corroborando essa descrença. Outros motivos da não aderência ao tratamento, seja este já iniciado ou não, foram relatados pelos profissionais de saúde dos CAPSad do Cajuru e de SJP nas entrevistas com grupos focais. Os funcionários do CAPSad do Cajuru citam a não aderência como inerente ao problema da dependência de drogas. Já em SJP, os profissionais relatam a falta de atratividade do CAPSad, onde as poucas opções de atividades deixam o tratamento monótono e desinteressante.

O encaminhamento ao CAPSad Cajuru é normalmente realizado pelos profissionais da UBS São Paulo através de agendamento via telefone. Esse agendamento é realizado pelos próprios profissionais do CAPS. O paciente, então, é orientado a estar presente nesse serviço na data e horário agendados para seu primeiro atendimento. Geralmente, algumas semanas se passam até a data da primeira avaliação pelo serviço especializado. Essa demora é justificada pela grande demanda recebida pelo CAPSad, e guarda uma questão importante para a

perda de compromisso do paciente com o início do tratamento. Uma presença mais próxima dos ACS e de outros profissionais da ESF torna-se fundamental durante o tempo em que o paciente aguarda o atendimento especializado. A importância da ESF no contexto do álcool e das drogas fica clara ao entendermos o modelo psicossocial proposto para os transtornos mentais como um todo. Esse modelo de cuidado e a ESF dividem os princípios da integralidade da atenção em saúde, da territorialização, da interdisciplinaridade no cuidado ao doente e da participação social (NUNES *et al.*, 2007). Por isso, a incapacidade em lidar com doentes mentais por parte dos profissionais das equipes de ESF pode expor os serviços ditos especializados a uma demanda crescente e insustentável.

## 5.2 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS CAPSad – VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Quase todas as atividades dos CAPSad são realizadas em grupo, inclusive as psicoterapias. Dois detalhes importantes: os grupos, geralmente, são formados por um número excessivo de pacientes, o que dificulta muito a identificação do que determinada pessoa demanda de cuidados personalizados; e os profissionais que conduzem a atividade devem ter conhecimento em psicoterapia de grupo, senão corre-se o risco de transformar-se em um bate-papo entre amigos. A terapia em grupo apresenta alguns fatores importantes como o altruísmo, a compreensão de si mesmo, o entendimento da importância da família e a coesão grupal (COLLI; ZALDÍVAR, 2002). Porém, a individualidade e a demanda específica que o indivíduo traz ao CAPSad podem ficar comprometidas.

O atendimento a casos graves no próprio CAPSad é falho, já que não existem equipamentos e medicamentos suficientes, além de profissionais preparados. Além disso, os médicos do CAPSad do Cajuru não trabalham período integral e ambos os CAPSad funcionam durante o horário comercial, não tendo condições de manter pacientes graves em observação durante o período noturno. Esses casos são transferidos para pronto-atendimentos ou hospitais psiquiátricos. A autoridade sanitária do Cajuru reconhece que a equipe não está preparada para

lidar com os casos mais graves. A distribuição de medicamentos de uso regular não é realizada pelos CAPSad estudados, sendo realizada pelas UBS. Isso pode dificultar o controle da quantidade de medicamento utilizada pelo usuário, porém ajuda a fortalecer a ponte CAPS-UBS, pelo menos, para o paciente.

No CAPSad Cajuru existe um plano terapêutico individualizado para cada paciente, formulado a partir da primeira avaliação. Já em SJP, o plano terapêutico está sendo reformulado, para incluir a participação do paciente, conforme solicitado pela regional de saúde local. Apesar disso, os profissionais desse centro não acreditam que isso possa ajudar, já que um plano pré-determinado engessaria as mudanças necessárias durante o tratamento. Um plano de tratamento individual é importante, porém existem poucas atividades ocorrendo ao mesmo tempo, em ambos os CAPSad. Logo, o paciente terá poucas opções nas quais deverá ser encaixado no decorrer de seu tratamento ficando prejudicada a individualização do seu projeto terapêutico.

Os recursos humanos foram relatados como insuficientes por metade dos profissionais do Cajuru e por todos os de SJP. Esse fato influencia na qualidade do atendimento prestado (OLSCHOWSKI, 2009). Devido à grande demanda o atendimento não pode ser realizado de forma adequada quando se tem muitos pacientes em uma mesma atividade, como se percebe em terapias de grupo ou na inclusão da família no projeto terapêutico. Por exemplo, em SJP foi relatado que as visitas domiciliares a familiares ou a pacientes que abandonaram o tratamento ficam muito prejudicadas pela falta de pessoal. Já no CAPSad Cajuru as visitas ocorrem raramente, principalmente por falta de transporte para deslocamento dos funcionários desse estabelecimento, apesar de um funcionário relatar no grupo focal que para 80% dos pacientes que abandonam o tratamento é realizada busca ativa, porém o mesmo citou que essa busca era realizada via telefonemas para a residência do paciente. Assim, perde-se um importante aliado no entendimento do problema apresentado pelo paciente ao não se ter uma visão complexa e multifatorial da doença, através do conhecimento do cotidiano e da condição de vida do paciente.

Não apenas no CAPSad do Cajuru, mas também em SJP os profissionais relataram problemas relacionados ao tempo de permanência do paciente em tratamento e à falta de atratividade do serviço. Assim como foi relatado por um profissional do CAPSad SJP: "...saúde mental é um problema que leva tempo. E o paciente é muito imediatista. Então, eu acho que o CAPS tem que ser mais atrativo para melhorar a aderência do paciente ao tratamento...". E "os grupos têm que ser mais atrativos", dando a oportunidade aos pacientes de se identificarem com esses para que eles permaneçam no CAPSad e acreditem no resultado positivo de seus esforços. Para tanto, há uma necessidade, visível principalmente no CAPSad de SJP, de mais profissionais para atender tamanha demanda, possibilitando a criação de novas oficinas terapêuticas e atividades em grupo. Outras limitações desse CAPSad está relacionado ao espaço físico e materiais insuficientes para que o trabalho flua de forma mais dinâmica.

Quanto à interação da equipe de profissionais do CAPSad Cajuru, foi relatado por um profissional (e concordado por muitos), durante o grupo focal, não haver conflitos entre os colegas de trabalho, referindo que cada um sabe o seu papel no CAPS e não interfere com o trabalho dos outros profissionais. Em entrevista individual, um profissional relatou diferentemente, dizendo que alguns colegas tomam para si a responsabilidade por algumas atividades, das quais não tem conhecimento técnico para realizar. Ainda, referiu que dois colegas ao se sentirem cansados de aplicarem as mesmas atividades resolvem apenas deixar rodar um filme para que os pacientes se entretendam ou decidem realizar atividades de competência de outro profissional. Já no CAPSad de SJP, muitas críticas ao trabalho dos colegas surgiram. Dentre elas, a falta de conhecimento técnico em dependência química e habilidades em atividades grupais, além de rixas entre alguns profissionais. Ainda, falta de interação da equipe, a qual se mostra fragmentada. Como citado por alguns profissionais deste serviço: "Existe uma guerra de poder, um clima de competição".

Principalmente no CAPSad Cajuru pode ter ocorrido o citado por Koda e Fernandes (2007), em que as diferenças entre os profissionais são acobertadas pelo estatuto de militantes de uma causa comum. Surpreendentemente, nas

competições relatadas não se incluiu a figura do médico. Essa reação de conflito que, freqüentemente, surge quando junta-se um grupo de profissionais diferentes, de escolas diferentes, é entendido como um jogo de submeter o mais fraco ao seu conhecimento e as suas argumentações, não respeitando o que o colega tem a acrescentar de diferente. Quando um profissional percebe que não pode aprender nada de útil com os colegas, o interesse na interdisciplinaridade se esvai. A reestruturação da atenção em saúde mental passa necessariamente pela multi e interdisciplinaridade, na medida em que se entende as doenças mentais como multifatoriais e, conseqüentemente, complexas demais para uma única área do conhecimento ser capaz de englobar sozinha.

### 5.3 EFICIÊNCIA DO ATENDIMENTO DO CAPSad CAJURU

Foi realizada uma avaliação utilizando o questionário ASSIST como um instrumento para indicar a evolução do paciente em relação a sua dependência durante os 6 meses em que esteve sob tratamento no CAPSad do Cajuru. Não houve diferença significativa observada na pontuação do ASSIST antes e depois do tratamento durante os 6 meses considerado. Logo, para a amostra de pacientes que responderam as duas entrevistas com o ASSIST o tratamento ainda não tinha se mostrado eficaz. Deve ser levado em consideração que o tempo mínimo de tratamento preconizado por esse CAPSad é de 9 meses. Porém, foi observado que já em 6 meses, 16 dos 32 pacientes entrevistados no início do tratamento não continuavam no CAPSad. Isso sugere que pode haver uma interferência do tempo de permanência nesse serviço na quantidade de pacientes que finalizam adequadamente o tratamento. Foi referido por um profissional do CAPSad Cajuru: “hoje a gente tem a tendência em deixar o tratamento longo demais”, referindo-se a manter o paciente por ainda mais tempo que o preconizado de 9 meses, já que “não há um consenso para a alta melhorada”. Além disso, esse tempo sendo excessivo pode causar certa monotonia no tratamento, já que as atividades desses centros se repetem constantemente. Porém, Hser e cols. (2001; citado por ALMEIDA *et al.*, 2008) demonstraram que os tratamentos de longa duração apresentam melhores resultados quanto à



diminuição do uso de drogas e da frequência de prisões quando estudado um grande grupo de adolescentes.

Os profissionais do CAPSad Cajuru acreditam que com a adoção do modelo de redução de danos a quantidade de alta melhorada aumenta e, conseqüentemente, uma melhor eficiência é atingida. Também acreditam que podem aumentar sua eficiência caso possam monitorar o paciente depois que ele sai do CAPS, por qualquer tipo de alta, pois alguns pacientes que abandonam o tratamento o fazem por uma oportunidade de emprego ou outros motivos e não, necessariamente, por ter recaído nas drogas. Isso acontece, pelo menos, com pacientes em tratamento ambulatorial, como demonstrado por Jo e Almas (2001), em estudo prospectivo de 5 meses de duração, no qual 30% dos pacientes que abandonaram o tratamento relataram como motivo a melhoria clínica e 12% referiram motivos laborais.

A participação dos pacientes em atividades comunitárias não está acontecendo, visto a não existência de parcerias para tal. Quanto a programas de geração de renda, apesar de terem sido citadas por alguns pacientes, o que existe na verdade no CAPSad Cajuru são feiras de artesanatos comercializados para os próprios pacientes e seus familiares, e não aberto à comunidade. Tais programas de geração de renda envolvem a firmação de convênios com autoridades e empresas, esbarrando aqui, de novo, no desconhecimento e no preconceito referente ao problema das drogas. No entanto, tem que se considerar que a própria legislação referente ao funcionamento dos CAPS preconiza que esses devam ter papel de articuladores no território e sendo o problema de drogas um problema bio-psico-social, sugere-se que este serviço desempenhe uma articulação com outras áreas da sociedade para efetivar um verdadeiro projeto de reinserção social do paciente. Deve ser levado em conta que este modelo ainda é muito novo e os profissionais ainda não estão suficientemente capacitados para essa nova atuação de articulador. Além disso, questiona-se se esta iniciativa deveria estar centrada somente no sistema de saúde ou se outras esferas da sociedade deveriam ser envolvidas, como a área de assistência social e trabalho.

A ausência de visitas domiciliares, decorrente da falta de transporte ou de recursos humanos, pode afetar a percepção da família de sua importância na melhora do paciente, o que foi observado em ambos os CAPS estudados. Também, foi referida pouca participação das famílias que chegam a ser contatadas, salientando a perda de vínculos familiares e a segregação social que atingem esses indivíduos usuários de drogas. Ainda, e talvez mais que nunca, presentes em nosso meio o estigma da dependência de álcool e drogas atrapalha a busca por tratamento, assim como a reinserção desse paciente no mercado de trabalho. Parte deste estigma é alimentado pelo discurso de *demonização* das drogas propagado pela própria imprensa (MOTA, 2005).

No caso das drogas, a ausência de programas de esclarecimentos e educação para a população leiga mantém o estigma em alta e dificulta a aceitação do problema por parte dos próprios indivíduos acometidos e da sociedade em geral. Um paciente que havia sido atendido no CAPSad Cajuru chegou a citar a ausência de preconceito por parte da equipe e dos colegas como sendo o melhor aspecto de seu atendimento no CAPS, mostrando a provável dificuldade encontrada por ele em outros círculos sociais. Pesquisas mostram que experiências de discriminação, assim como de racismo, expõem os indivíduos a um alto risco de envolvimento com problemas mentais, exacerbado por longos períodos de afastamento da família (BEISER, 1988; OACW, 1990; DOSSA, 1999; NOH, 1999).

Na mídia vemos, na atualidade, uma tentativa de desmistificar os transtornos mentais, inclusive as doenças decorrentes do uso de álcool e drogas. No outro lado da moeda surge a disseminação do uso de bebidas alcoólicas, através de propagandas com mensagens implícitas e explícitas sobre a alegria e as novas experiências proporcionadas pelo consumo da substância.

A nota alta dada ao atendimento no CAPSad pelos pacientes demonstra como se sentiam bem acolhidos dentro desse centro. Os pontos principais foram os profissionais e o tratamento como um todo. Apesar da excelente nota relatada pelos pacientes, apenas 7% havia completado o tratamento e tido alta melhorada,

43% estavam desempregados e 43% continuavam utilizando álcool e/ou drogas. Está claro que os pacientes sentem-se acolhidos e confortáveis por encontrar uma equipe que os entenda e os aceite. Porém, o fato da saída do isolamento e a socialização com outras pessoas que dividem problemas semelhantes pode ser um motivo importante que explique a nota recebida pelo CAPSad. Um exemplo ilustra esse fato: um paciente que atribuiu nota 8 para o atendimento recebido no CAPSad referiu logo em seguida “o CAPS não serve para nada”.

Já os profissionais desse centro acreditam que o projeto terapêutico do CAPSad Cajuru é eficaz, “bom e de qualidade”, exemplificando com a diferença que se observa nos pacientes ambulatoriais e com os agradecimentos recebidos pelos pacientes que foram atendidos nesse centro. Porém, tem que se destacar que essa eficácia é observada entre a minoria que permanece em tratamento.

Por fim, os profissionais do CAPS em estudo relataram que a alta clínica do paciente é decidida por uma melhora global desse (reinserção na família, trabalho e padrão de uso de substâncias), mas sem critérios fixos. Isto sugere que eles consideram esses critérios globais como importantes para a eficácia do serviço, mas ainda faltam medidas objetivas e eficientes para atingir esses critérios.

#### 5.4 RESOLUTIVIDADE DOS CAPSad

Os profissionais do CAPSad Cajuru acreditam que o paciente que faz o tratamento, parcial ou completamente, sempre apresenta benefícios por ter vindo a esse centro, pois, segundo aqueles, os pacientes sempre aprendem algo sobre suas doenças. “Acho que o CAPS é muito bom”, relatado por um profissional durante entrevista em grupo focal. A questão aqui é se vale a pena os custos em se manter um CAPSad para que o paciente tenha educação e orientações sobre seu problema e socialização com outras pessoas. Os serviços extra-hospitalares, e aqui incluímos os CAPS, incrementam os custos em saúde pública quando comparado aos hospitais psiquiátricos (ANDREOLI *et al*, 2007), carecendo então de estudos de custo-efetividade.

O que se observou, de maneira geral, é a baixa resolutividade ou eficiência do serviço, pois a melhora dos pacientes foi encontrada apenas em 14,4% deles. Não foram encontrados na literatura estudos específicos sobre eficiência ou resolutividade dos CAPSad. Estopiñán e cols. (2009) mostraram que 64% dos pacientes com diagnóstico de abuso ou dependência de álcool que receberam tratamento psiquiátrico ambulatorial somado à terapia grupal de prevenção de recaídas se mantinham abstinentes após 12 meses de seguimento. Serviços de internamento parcial, mais conhecidos como hospitais-dia (HD), onde os pacientes passam o dia em tratamento e retornam para casa ao final da tarde possuem um papel, na prática, semelhante ao CAPS. Lima e Botega (2001; citado por SALZANO; CORDÁS, 2003.) em um estudo com pacientes em tratamento em um HD, demonstraram melhora clínica em 79% de uma amostra de 34 pacientes. Alguns trabalhos demonstram a semelhança entre o tratamento em HD e a internação tradicional em hospital psiquiátrico, em relação à melhora clínica e à funcionalidade social dos pacientes (HORVITZ-LENNON *et al.*, 2001; SLEDGE *et al.*, 1996-a). Porém, o custo total do tratamento foi menor no HD quando comparado ao internamento integral (SLEDGE *et al.*, 1996-b).

Ainda, quando o problema era mais grave (uso de múltiplas substâncias, comorbidades) o paciente era transferido para outros serviços (hospital psiquiátrico, CAPS-II) e, mesmo assim, altas taxas de abandono foram observadas. Além disso, esse grande contingente de pacientes transferidos a outros serviços sugere a insuficiência do CAPSad como modelo substitutivo de tratamento em muitos casos. Em um estudo retrospectivo realizado na Espanha, Reneses e cols. (2009) estudaram a taxa de abandono de pacientes com transtornos mentais em tratamento em serviços ambulatoriais. Os pacientes com transtornos agudos ou crônicos relacionados ao álcool e/ou drogas tiveram uma taxa de abandono de tratamento de 62%. Essa alta taxa pode ser explicado, pelo menos em parte, pelo critério de abandono utilizado no estudo: perda de contato com o serviço por seis meses consecutivos durante os primeiros três anos de tratamento. Por outro lado, Jo e Almas (2001) obtiveram cerca de 31% de

abandono de tratamento psiquiátrico/psicológico ambulatorial, em um estudo prospectivo de 5 meses de duração realizado na Venezuela.

Sabe-se que os transtornos por uso de substâncias consistem num dos problemas mais complexos e difíceis de tratar entre os problemas de saúde, quer porque ainda não existam tratamentos totalmente eficazes com evidências científicas quer porque a reabilitação do indivíduo não depende apenas da intervenção do sistema de saúde. Mesmo a concepção do CAPSad propondo uma abordagem bio-psico-social para a reabilitação do indivíduo, os profissionais deste serviço somente dispõem de recursos financeiros, humanos e sociais da área da saúde. Pouca ou nenhuma interação com outras áreas ocorre na prática, apesar dos esforços relatados pelos profissionais dos dois CAPSad para vencer essa deficiência, como a procura da participação da família, as tentativas de sensibilização dos órgãos responsáveis pelo auxílio-doença e as tentativas de integração com os serviços sociais. Mas parece que o problema das drogas ainda está centrado na saúde com todos os custos que demandam. Os dados sugerem que o serviço prestado pelos CAPSad tem que ser melhorado visando aumentar a sua resolutividade e eficiência principalmente através de ações integrativas com outras áreas da sociedade (mercado de trabalho, assistência social, entre outras) mais do que ser um serviço a ser eliminado, como proposto por alguns setores.

O tempo de permanência em tratamento quando se considera o ideal estabelecido pelo serviço, sugere que o CAPSad não se mostrou muito atrativo, principalmente aos pacientes dependentes de múltiplas drogas, também observado pelo percentual de altas clínicas. O número de abandonos para os usuários de múltiplas drogas (58%) foi aparentemente maior, porém sem diferença significativa quando comparado a cocaína/crack (54%) ou ao álcool (49%), sugerindo que talvez apenas os pacientes muito motivados ou menos graves permanecem em tratamento.

O percentual de pacientes encaminhados para internamento em hospitais psiquiátricos, sem levar em consideração o tipo de drogas e o sexo, foi de 9%, demonstrando o papel, ainda importante, desse serviço na rede de atenção aos

usuários de drogas, principalmente para os casos mais graves. Devido ao problema, inerente à doença, de recaídas freqüentes com os quais o paciente e a equipe de saúde se deparam, ocorre uma espécie de “porta giratória” no CAPSad, não diferente do que sempre se observou com os hospitais psiquiátricos. Entretanto, não podemos deixar de lembrar os gastos em saúde pública decorrentes deste fenômeno.

Quando falamos em eficiência e resolutividade dos CAPS estamos nos referindo à reinserção social, em sentido amplo, daquele indivíduo que, devido às drogas, foi excluído dos grupos sociais dos quais era parte integrante. Segundo Rattner (2002), os programas oficiais encaram o problema da exclusão de modo parcial, privilegiando ora a geração de renda, ora a questão de emprego via frentes de trabalho. Porém, “nenhum desses programas atinge o objetivo de inclusão social, no sentido mais *lato* e profundo da palavra, por omitir a dimensão central do fenômeno – a perda de auto-estima e de identidade de pertencer a um grupo social organizado”. Sendo a inclusão possível com a participação em ações coletivas, tomando de volta sua dignidade através de emprego e renda, além de acesso à moradia decente, à cultura, à educação e à saúde.

Outra questão a ser considerada é a expectativa que se deposita na resolutividade do CAPS, sem considerar que todo serviço de saúde tem limitações principalmente quando se considera um problema complexo como a dependência de drogas que abrange outras áreas da sociedade.

O CAPS priva pela liberdade do indivíduo, mas continua a oferecer um tratamento limitado e também limitante, como os hospitais. Essa limitação talvez surja, como citado, mais da incapacidade inerente à própria doença mental e menos do lócus onde esse paciente recebe o tratamento. Dias (2007), em seu estudo no CAPS do município de Pedreira, estado de São Paulo, explicou os limites do CAPS, a partir da metáfora do conto “A Loteria da Babilônia” de Jorge Luis Borges:

“O CAPS estudado constituía uma instituição promotora de um universo limitado de papéis, relações sociais e possibilidades, de emprego, de relações

amorosas, de projetos pessoais. A experiência de pacientes inseridos nesta instituição corrobora esta limitação. Os limites impostos pelo CAPS não são pertinentes aos aspectos físicos (como muros, portas fechadas) ou mesmo por regras institucionais internas. Os limites decorrem, paradoxalmente, do fato da instituição cumprir as expectativas dos pacientes. Os usuários do CAPS contentam-se com os acasos possíveis no universo limitado do qual fazem parte. Todos os entrevistados satisfaziam-se com o acaso de terem namoros com outros pacientes, de terem um ganho simbólico num trabalho protegido. As premiações possíveis nesta casualidade são suficientes para os usuários do CAPS”.

## 5.5 CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS (CAPSad CAJURU E SJP)

Iniciaremos a discussão desse item por uma questão feita aos profissionais de ambos os CAPSad. Sobre a afirmativa de “existir outros problemas mais importantes que o uso de álcool/drogas com os quais o profissional de saúde tem que lidar na prática”, 1 profissional do CAPSad Cajuru dentre os 10 entrevistados referiu positivamente e 3 nem concordaram nem discordaram; e 3 dos 6 profissionais do CAPSad SJP responderam positivamente a essa afirmativa. Assim, podemos afirmar que alguns profissionais que trabalham nos CAPSad acreditam que outros problemas de saúde são mais relevantes que o problema do álcool/drogas. Podemos notar uma subvalorização desse problema de saúde pública até entre os profissionais especializados na área. Isto sugere que os profissionais desses serviços não têm perfil e/ou conhecimento adequado para trabalhar com dependentes químicos. “Têm profissionais que não estão acreditando no próprio trabalho”, foi referido por um profissional do CAPSad SJP. “Profissionais sem experiência em saúde mental”, referido por outro do mesmo centro. Alguns deles não estão felizes com o que fazem, como observado claramente com 2 profissionais do CAPSad de SJP. Todos os profissionais de SJP e 37% dos profissionais do Cajuru acreditam faltar conhecimento técnico à equipe. Para a autoridade sanitária do CAPSad Cajuru falta educação continuada, pois sempre pode-se melhorar o entendimento do problema. Em contrapartida, quando

perguntados se sabiam como abordar os pacientes para ajudá-los a reduzir o consumo da substância, todos os profissionais do CAPSad Cajuru e 93% dos profissionais de SJP responderam que sim. Logo, vemos uma dificuldade em reconhecer sua própria limitação em relação ao tratamento de pacientes dependentes de drogas. O conhecimento sobre dependências químicas deve ser iniciado na graduação e não se tem mais justificativas plausíveis para que isso não ocorra. Os profissionais de saúde devem ser preparados para trabalhar com transtornos relacionados a drogas, devido à sua grande prevalência e à grande quantidade de problemas de saúde decorrentes deles.

Sobre as causas dos transtornos relacionados a substâncias o que se percebeu em ambos os serviços é que os profissionais têm uma visão, em geral, multifatorial para explicá-los, como foi possível notar com respostas positivas para: “isolamento”, “desemprego”, “problemas na infância”, “problemas de relacionamento familiar e amoroso” etc. O fator biológico como causa dos transtornos também foi bastante lembrado: “problemas genéticos”. Porém, “problemas no sistema nervoso central” foi menos afirmado como uma possível causa para esses transtornos; surgiu em apenas em 20% no Cajuru e 17% em SJP, para ambos os transtornos (dependência de álcool e dependência de drogas). Isso pode ser explicado devido ao fato de a maioria dos profissionais dos CAPSad não ter conhecimento sobre neurociências. Entretanto, isso não explica tudo. O estudo do qual foi baseado esse questionário, de Peluso e Blay (2007), apresenta 48% de concordância de que problemas cerebrais podem ser uma causa de transtorno por uso de álcool quando o questionário foi aplicado à população leiga. Talvez os profissionais estejam supervalorizando a etiologia psicossocial em detrimento da biológica. Porém, quando perguntados sobre as possíveis causas das “doenças mentais” como um todo, os “problemas no sistema nervoso central” foi lembrado pela grande maioria dos profissionais de ambos os CAPSad. Esse dado demonstra uma dissociação entre “dependência de álcool e drogas” e “doenças mentais”, como se esses profissionais não acreditassem que aquelas estão englobadas nessas. Algo como: doenças mentais podem ser causadas por alterações cerebrais, mas dependência de álcool e drogas não. Uma



falha na preparação dos profissionais de saúde, visto que uma visão biológica, assim como a social, deve estar presente para que o entendimento do sujeito a ser tratado seja o mais completo possível. Um dado chama a atenção para o pouco preparo que alguns profissionais têm em lidar com pacientes com transtornos por uso de substâncias: entre os sentimentos que os profissionais têm em relação a esse paciente surgiram o medo, a irritação, a indiferença e a necessidade de distância. É possível que alguns desses profissionais estejam trabalhando nos CAPSad por falta de oportunidade em outro emprego ou por serem concursados e terem sido alocados ali, confirmando a falta de perfil para esse tipo de atendimento.

Podemos perceber a partir das entrevistas realizadas com os profissionais que a equipe de saúde do CAPSad Cajuru mostram-se mais motivados e crentes no trabalho realizado nesse centro, em relação aos profissionais de SJP. Talvez a motivação venha do carisma, profissionalismo e competência da autoridade sanitária daquela unidade. Porém, essa crença chega ao extremo para alguns profissionais que, baseados somente em seus pensamentos e não em dados estatísticos ou cientificamente comprovados, garantem a eficiência do CAPSad. O que é ensinado aos profissionais sobre Reforma Psiquiátrica e os abusos praticados nos antigos hospitais asilares ganha facilmente adeptos ferrenhos e seus ideais de cuidar do doente de forma afetiva tornam-se quase uma questão pessoal. Isso se nota no orgulho em que esses profissionais se referem ao CAPSad. Uma visão mais analítica mostraria que “no grupo em questão, nega-se a herança manicomial e suas relações de violência. O superinvestimento narcísico do grupo surge como saída para superar antigas tradições, chegando a muitas vezes negar os limites do tratar dentro do modelo antimanicomial” (KODA; FERNANDES, 2007). Talvez devido aos profissionais do CAPSad SJP estarem mais cientes das dificuldades encontradas no tratamento desses pacientes, eles estejam também mais descrentes. Entretanto, são claras as dificuldades encontradas por esses que se vêem sem apoio suficiente das autoridades locais. Recursos que faltam também ao CAPSad Cajuru, mas que foram omitidos por alguns profissionais desse centro. Por fim, surpreende a falta de conhecimento

teórico de alguns profissionais de ambos os centros sobre os instrumentos preconizados para serem utilizados na prática, como “plano terapêutico” e “projetos de geração de renda”.

Finalmente, as principais limitações do presente estudo foram: a impossibilidade de selecionar aleatoriamente a amostra de pacientes, tanto na UBS como no CAPSad, devido à dificuldade em se conciliar um horário em que os pacientes estivessem presentes e desocupados de suas atividades para as entrevistas; como foi avaliada a eficiência e a resolutividade apenas do CAPSad Cajuru especificamente, não é possível que sejam feitas grandes extrapolações dos resultados obtidos; e as pequenas amostras de pacientes encaminhados a partir da UBS ao CAPSad, de pacientes em tratamento no CAPSad e de ex-pacientes contatados com sucesso podem ter interferido nos resultados do estudo.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo sugere que o modelo centrado em CAPS é pouco eficiente em cumprir o objetivo de reinserir o paciente na sociedade e insuficiente para atender a complexidade dos transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas. Entretanto, deve ser considerado como uma alternativa de tratamento para os casos leves e moderados, em detrimento do alto custo associado à sua implantação. O papel do hospital psiquiátrico permanece importante, particularmente para os casos mais graves. Avaliações sistemáticas dos CAPSad poderiam apontar as falhas e guiar as ações para que seja atingida uma melhor resolutividade.

Novos estudos específicos sobre custo-efetividade dos CAPSad são necessários para esclarecer a verdadeira importância desses serviços na rede básica de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio cruz, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Clipping**. 2009. Disponível em: < [www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=10108](http://www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=10108) >  
Acesso em: 03/03/10.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Proposta de Diretrizes Técnicas para Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil** (versão provisória resumida), 2006.

ALMEIDA, M. M.; OLIVEIRA, M. A.; PINHO, P. H. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, s. 1, p. 76-81, 2008.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D. M. L.; MARI, J. J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 43-6, 2007.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; HIGGINS, P. S.; GASSMAN, R. A.; GOULD, B. E. Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. **Substance Abuse**, v. 25, p. 17-26, 2004.

BEISER, M. After the Door Has Been Opened. Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees in Canada. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1988.

BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. 2ªed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

BOARINI, M. L.; QUIJO, I. A Reforma Psiquiátrica e as Andorinhas. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 , n. 2, p. 369-380, 2007.

BURTI, L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. Burti L. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 104, s. 410, p. 41-46, 2001.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 477-84, 2009.

CAMBRAIA, M. Política de saúde mental no estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor, s.n., p. 186, São Paulo, 2004.

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

COLLI, A. M.; ZALDÍVAR, P. D. Factores Curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados. **Adicciones**, v. 14, p. 381-91, 2002.

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Psiquiatria: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

DELGADO, P. G. Política nacional de saúde mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. **Jornal do CONASSEMS**: n. 8, p. 8-9. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Brasília, 2007.

DIAS, K. M. Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença. Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Ciências Sociais, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais. Campinas, 2007.

DOSSA, P. The Narrative Representation of Mental Health: Iranian Women in Canada. Vancouver, 1999.

ESTOPIÑÁN, P. C.; POZA, A. P.; MARTÍN, P. S.; GARCÍA, C. P. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. **Adicciones**, v. 21, n. 1, p. 15-20, 2009.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **São Paulo Medical Journal**, v. 121, n. 6, p. 231-237, 2003.

HECK, R. M.; BIELEMANN, V.L.M.; CEOLIN, T.; KANTORSKI, L. P.; WILHICH, J. Q.; CHIAVAGATTI, F. G. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 647-55, 2008.

HENRIQUE, I.F.S.; DeMICHELI, D.; LACERDA, R.B.; LACERDA, L.A.; FORMIGONI, M.L.O.S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HORVITZ-LENNON, M; NORMAND, S. L. T.; GACCIONE, P.; FRANK, R. G. Partial versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress: a Systematic Review of the Published Literature (1957-1997). **American Journal of Psychiatry**, v. 158, p. 676-85, 2001.

HSER, Y.; GRELLA, C. E.; HUBBARD, R. L. An evaluation of drug treatment for adolescents in 4 US cities. **Archives of General Psychiatry**, v. 58, p. 689-695,

2001.

JO, T.; ALMAO, S. Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatria y psicologia clínica. Revista Electrónica de PortalesMédicos.com. 2001. Disponível em [http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono\\_tratamiento/index.htm](http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm). Acesso em 03/03/10.

KANTORSKI, L. P.; MACHADO, A. T.; OLIVEIRA, C. A. Centro de atenção psicossocial - reinventando o cuidado em saúde mental. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 233-243, 2000.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1455-61, Rio de Janeiro, 2007.

LAUAR, H. Associação Brasileira de Psiquiatria. 2009. Disponível em : <[sospsiquiatria.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=30&Itemid=39](http://sospsiquiatria.com/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=39)> Acesso em : 23/02/10.

LIMA, M. C. P.; BOTEAGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 195-9, 2001.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O Espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 577-584, 2004.

MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 457-64, 2008.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V.M.R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-64, 2009.

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. Brasília, 2005.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 566-72, 2009.

MOTA, L. A. Drogas e Estigmas. Trabalho apresentado na II Semana de Humanidades da Universidade Federal do Ceará (UFC), 2005.

NASI, C. ; HILDEBRANDI, L. M. O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na ótica de seus usuários. **Scientia Medica**, v. 14, n. 3, p. 240-248, 2004.

NOH, S.; BEISER, M.; KASPAR, V.; HOU, F.; RUMMENS, J. Perceived racial discrimination, discrimination, and coping: A study of South East Asian refugees in Canada. **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 40, p. 193-207, 1999.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-84, Rio de Janeiro, 2007.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES NETO, V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 188-96, Rio de Janeiro, 2008.

ONTARIO ADVISORY COUNCIL OF WOMEN'S ISSUES (OACW). Women and Mental Health in Ontario. Immigrant and Visible Minority Women. Ontario Ministry of Health. Toronto, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE ; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da



Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas, 2001.

RATTNER, H. Sobre exclusão social e políticas de inclusão. **Revista Espaço Acadêmico**, ano II, n 18, 2002.

RENESES, B.; MUÑOZ, E.; LÓPEZ-IBOR, J. J. Factores que pronostican el abandono del tratamiento en centros de salud mental en la comunidad. **World Psychiatry**, v. 8, p. 173-177, 2009.

SALZANO, F. T. ; CORDÁS, T. A. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares : revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 30, n. 3, p. 86-94, 2003.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 127-32, 2008.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Projeto copiadora do CAPS Luis Cerqueira: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 4, p. 358-66, 2002.

SLEDGE, W. H.; TEBES, J.; RAKFELDT, J.; DAVIDSON, L.; LYONS, L.; DRUSS, B. Day Hospital/Crisis Respite Care versus Inpatient Care, part I: clinical outcomes. **American Journal of Psychiatry**, v. 153, p. 1065-73, 1996 (a).

SLEDGE, W. H.; TEBES, J.; WOLFF, N.; HELMINIAK, T. w. Day Hospital/Crisis Respite Care versus Inpatient Care, part II: service utilization and costs. **American Journal of Psychiatry**, v. 153, p. 1074-83, 1996 (b).

UNITED NATIONS INTERNATION DRUG CONTROL PROGRAM – 1997. World Drug Report. New York: Oxford University Press, 1997.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **Revista de Enfermagem - UERJ**, v. 16,

n. 1, p. 39-45, 2008.

WHO ASSIST WORKING GROUP- Ali, R.; Awwad, E.; Babor, T.; Bradley, F.; Butau, T.; Farrell, M.; Formigoni, M.L.S.O.; Isralowitz R.; Boerngen-Lacerda, R.; Marsden, B.M.; McRee, B.; Monteiro, M.; Pal, H.; Rubio-Stipec M. & Vendetti, J. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v. 97, p. 1183–1194, 2002.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

Projeto de Lei nº 3.657 /89de 1989, autoria Paulo Delgado Ementa

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

#### **Artigos**

Art. 1º Fica proibido, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deveser objeto da Lei estadual.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomialis de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem as comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal

§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários de familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprova-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3º A Internação psiquiátrica compulsória devera ser comunicada, pelo medico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§2º Compete ao defensor público (ou autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica de serviços, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação

§3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procedera a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos de cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrario, especialmente, aquelas constantes do decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934."

## ANEXO 2

**DECLARAÇÃO DE CARACAS**

**(ADOTADA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE EM CARACAS,  
VENEZUELA, EM 14 DE NOVEMBRO DE 1990)**

As organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

Notando que:

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial, dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
  - a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;
  - b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
  - c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
  - d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando que:

- 1 - A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000;
2. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;
3. Os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

**DECLARAM:**

- 1 . Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem:
  - Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
  - Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
  - Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que:
  - Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais;
  - Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;
6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual:

**CONCLAMAM:**

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

## ANEXO 3

## LEI Nº 10.216, DE 06 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.



Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

## ANEXO 4

**Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002**

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais; Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS I II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS I II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais:

psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

## ANEXO 5

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO - PACIENTE**

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE DEPENDÊNCIA DETECTADOS PELO ASSIST PARA OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPSad

INVESTIGADOR PRINCIPAL: **Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda**

## AUTORIZAÇÃO

1. A natureza e os objetivos da pesquisa foram explicados para mim.
2. Eu entendi que não terei nenhum benefício direto por estar participando das entrevistas da pesquisa, exceto receber informações sobre álcool, tabaco e outras substâncias.
3. Eu entendi que, apesar das informações fornecidas por mim poderem ser publicadas, eu não serei identificado e as informações pessoais permanecerão confidenciais.
4. Eu entendi que posso desistir do estudo a qualquer momento e que isso não irá interferir no meu atendimento atual ou futuro.
5. Se eu tiver qualquer dúvida sobre meus direitos como sujeito da pesquisa poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Eu entendi tudo e concordo em participar.

**Nome do participante:**

**Assinatura:**

Eu certifico que expliquei a finalidade do estudo ao participante e acredito que ele(a) entendeu do que se trata.

**Nome do entrevistador:**

**Assinatura:**

**Data:**

**Local:**

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

**Analise cuidadosamente este formulário antes de concordar em participar.**

**PROJETO ASSIST SESA-UFPR**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: **Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda**

**INTRODUÇÃO**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que está sendo conduzida em algumas unidades básicas de saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) de Curitiba e São José dos Pinhais. O presente estudo tem por objetivo avaliar o processo de encaminhamento aos CAPSad, a partir das UBS, de pacientes de risco para uso de álcool e outras drogas, identificados através de um instrumento de triagem denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). A sua participação no estudo é inteiramente voluntária e você poderá desistir do estudo a qualquer momento. Antes de aceitar participar do estudo, por favor, leia atentamente o que vem a seguir e sinta-se à vontade para esclarecer qualquer dúvida que tenha.

**RESUMO DA PESQUISA.**

Esta pesquisa visa avaliar como funciona na prática o encaminhamento das UBS aos CAPSad de pacientes dependentes ou em risco de dependência de drogas. Os pacientes de risco para dependência, avaliados através do ASSIST, são encaminhados aos CAPSad para devido tratamento. Além da avaliação do encaminhamento desses pacientes, também serão colhidas informações com pacientes e profissionais nos próprios CAPSad. Os dados coletados servirão para avaliar a articulação desses centros com as unidades básicas e demais componentes do sistema de saúde, além de analisar o funcionamento prático dos CAPSad. As informações possibilitarão uma análise qualitativa da efetividade da rede de saúde em relação à identificação, encaminhamento, acolhimento, tratamento e reinserção social dos pacientes dependentes de drogas.

**CONFIDENCIALIDADE**

O seu nome não será registrado no questionário sobre drogas. Seu nome não será divulgado em qualquer publicação ou para qualquer pessoa. O seu formulário de consentimento de participação e as informações para sua localização serão mantidos em local seguro, separado do questionário, e sob a responsabilidade do entrevistador.

**RISCOS**

Não existe nenhum risco associado com a sua participação nesse estudo.

**BENEFÍCIOS**

A sua participação nos ajudará a entender como funciona na prática o fluxo entre os serviços de saúde em relação a pessoas dependentes de drogas, além de nos fornecer dados importantes para identificar possíveis soluções aos obstáculos encontrados no complexo tratamento de portadores de transtornos relacionados ao uso de substâncias. Você poderá se beneficiar das informações que serão fornecidas pelo entrevistador a respeito do uso de substâncias.

**OBRIGAÇÕES**

A única obrigação é ser honesto(a) ao responder as questões e estar disponível para as entrevistas.



#### OUTRAS INFORMAÇÕES

A sua participação no estudo é totalmente voluntária. Caso escolha não participar, a qualquer momento, isto não afetará o seu atendimento, no momento ou no futuro. Você pode pedir esclarecimentos sobre o projeto quando quiser. Poderá também contatar a Dra Roseli B. de Lacerda, responsável pela pesquisa em Curitiba, caso queira algum esclarecimento ou tenha alguma reclamação, através do telefone 3361-1720 (Universidade Federal do Paraná). Por favor, sinta-se à vontade para perguntar o que não tenha entendido.

## ANEXO 6

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Paciente código \_\_\_\_\_ ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

ASSIST – OMS (QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS)

1ª entrevista

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMINALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras, especificar:

- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMINALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMINALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
0	2	1

### PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

## ANEXO 7

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS CAPS PELOS PACIENTES**CARACTERÍSTICAS:**

Número do paciente (o mesmo do projeto ASSIST):

Nome da Unidade:

Natureza Jurídica: Público  Filantrópico  Privado 

Cidade: UF:

Foi encaminhado da Unidade:

**PROJETO TERAPÊUTICO**

Terapeuta de referência: \_\_\_\_\_

Como você foi recebido no CAPS?

\_\_\_\_\_

Atividades individuais:

\_\_\_\_\_

Atividades de grupo:

\_\_\_\_\_

Atividades comunitárias:

\_\_\_\_\_

Participou de alguma oficina? sim  não  Qual?

\_\_\_\_\_

Recebeu atendimento: Intensivo  Semi-intensivo  Não intensivo Precisou de desintoxicação? sim  não Teve alguma outra complicação que foi atendida no próprio CAPS? sim  não 

Qual? \_\_\_\_\_

Você tem conhecimento se algum de seus familiares foi contatado? sim  não 

De que forma? \_\_\_\_\_

Você participou de algum programa de geração de renda? sim  não 

Qual? \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO**

Que nota de 0 a 10, você daria para o seu atendimento neste CAPS? \_\_\_\_\_

Qual aspecto do atendimento no CAPS você considera o melhor? \_\_\_\_\_

Qual aspecto do atendimento no CAPS você considera o pior? \_\_\_\_\_

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES: \_\_\_\_\_

## ANEXO 8

**AVALIAÇÃO DOS CAPS PELOS PROFISSIONAIS**

Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está dedicando para responder a todas as questões e, é claro, todos os seus comentários serão bem-vindos (ao fim do questionário) para prosseguirmos nessa tarefa de avaliar e aperfeiçoar os CAPS que estamos construindo.

***CARACTERÍSTICAS:***

Nome da Unidade:

Natureza Jurídica: Público  Filantrópico  Privado

Cidade: UF: Início de Funcionamento:

Horário de Funcionamento: Referência Populacional (n°):

***ESTRUTURA:***

Área Física (m<sup>2</sup>): Consultórios n°: Salas/Oficinas n°: Leitos n°:

RH n° Psiquiatra: Assistente Social: Apoio Administrativo: \_\_\_\_\_

Psicólogo: Enfermeiro: Aux./Téc. Enfermagem: \_\_\_\_\_

T.O: Monitor de Oficina: Outros (enumerar):

***PROCESSO:***

Articulação no Território: sim  não

Articulação com Rede Básica: sim  não

Outras Instâncias de Articulação (mencionar): \_\_\_\_\_

Associação de Usuários/Familiares: sim  não  qual? \_\_\_\_\_

Projeto Técnico/Terapêutico: sim  não

principais características: \_\_\_\_\_

**Contempla:**

Acolhimento: sim  não

Como? \_\_\_\_\_

Acolhimento Noturno: sim  não

Como? \_\_\_\_\_

Casos Graves: sim  não

Como? \_\_\_\_\_

Distribuição Regular de Psicofármacos:

sim  não  Básicos  Excepcionais

Oficinas Terapêuticas: sim  não

Quais? \_\_\_\_\_

Atividades Grupais: sim  não

Quais? \_\_\_\_\_

Visitas Domiciliares: sim  não

Quantas/mês? \_\_\_\_\_

Projeto Terapêutico Individualizado: sim  não

Garantia de Direitos dos Usuários: sim  não

Como? \_\_\_\_\_

Supervisão: sim  não

Quando? \_\_\_\_\_

Atendimento às famílias: sim  não

Como? \_\_\_\_\_

Projetos de Geração de Renda: sim  não

Como? \_\_\_\_\_

Vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos: sim  não

Referência para programas de estágios e/ou extensão universitária: sim  não

### **Quais os critérios para alta do paciente?**

Há preparação do paciente para alta?

Para onde é encaminhado o paciente que recebe alta?

Como é o fluxo de referência e contra-referência?

### **O que falta para o projeto terapêutico do serviço funcionar?**

Conhecimento técnico

Planejamento adequado

Relacionamento da equipe técnica

Pessoal suficiente

Reuniões clínicas

Reuniões administrativas

Interação da equipe (afetividade, colaboração entre os membros, participação no planejamento, respeito mútuo, companheirismo, solidariedade, etc)

Existem reuniões sistemáticas para “falar, debater, refletir” sobre a prática clínica/organizar a prática clínica do serviço/construção coletiva dos casos?

Existe no CAPS planejamento de metas e prioridades?

Existe análise permanente do processo de trabalho/organização do cotidiano do CAPS?

Existe profissional que não seja membro da equipe técnica para acompanhar o trabalho das mesmas? Quem? Que trabalho realiza?

### RESULTADOS

Nº de Pacientes Inscritos: \_\_\_\_\_ Nº Pacientes atendidos no mês anterior: \_\_\_\_\_

**Cuidados Intensivos:** \_\_\_\_\_ **Semi-intensivos:** \_\_\_\_\_ **Não Intensivos:** \_\_\_\_\_

Faixa Etária dos atendidos:

Adultos (acima de 18): \_\_\_\_\_ Crianças e Adolescentes (abaixo 18): \_\_\_\_\_

Idosos: \_\_\_\_\_

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES: \_\_\_\_\_

## ANEXO 9

**PERGUNTAS PARA O GRUPO FOCAL**

- 1 – O que vocês acham da inserção dos CAPSAd na rede básica de saúde?
- 2 – Vocês acreditam que as UBS estão encaminhando adequadamente os pacientes com problemas de álcool e drogas para esse CAPS?
- 3 – Como poderia melhorar o sistema de encaminhamento aos CAPSAd e o retorno dos pacientes à UBS de origem?
- 4 – Vocês acham que a abordagem terapêutica recebida pelos pacientes neste CAPSAd é eficaz?
- 5 – Como melhorar a eficácia dos CAPSAd? Vocês conseguem identificar os principais problemas?
- 6 - Vocês acham que a abordagem terapêutica recebida pelos pacientes neste CAPSAd é eficiente?
- 7 – Como melhorar a eficiência dos CAPSAd? Vocês conseguem identificar os principais problemas?
- 8 – O que vocês acham da reinserção psico-social do paciente que recebe alta no CAPSAd?
- 9 – O que vocês acham do grande número de pacientes que abandonam o CAPSAd?
- 10 – O que vocês sugerem para melhorar o atendimento dos CAPSAd?



## ANEXO 10

**Transcrição do grupo focal - CAPSad Cajuru**

M: O que vocês acham da inserção dos CAPSad na rede básica de saúde?

10: Eu enxergo através do número da fila de espera, demora mais de 20 dias para chegar aqui.

M: Encaminhado de onde?

10: Unidade de saúde (UBS). Acho regular, acho que poderia ser pior, comparado ao ambulatório de neurologia, por exemplo. Acho que a chegada no CAPS é relativamente rápida da UBS.

M: É a única forma de encaminhamento que vocês recebem aqui?

10: Existe alguma diferença de autoridade sanitária (AS) para autoridade sanitária.

6: Depende da UBS.

M: Dentro da regional tem que vir referenciado pela UBS?

6: Depende.

10: Pela UBS.

M: E como é o retorno depois desse paciente quando recebe alta? Como é o acompanhamento dele na UBS?

6: Sempre quando um paciente recebe alta melhorada, transferência para outro serviço ou internamento, o paciente sempre passa por mim, aí eu faço uma cartinha para UBS, para dizer o que está acontecendo com esse paciente, como foi o tratamento dele aqui. Cerca de 50% dos pacientes abandonam.

3: A gente faz contato também com os consultores da UBS, o pessoal da ABRASA (Associação Brasileira de Agentes de Saúde em Álcoolismo e Consultores em Dependências Químicas).

11: Eu acho que a rede tem boa relação, a UBS faz a desintoxicação, o paciente já chega desintoxicado. É uma cultura implantada nesse distrito. O CAPS é muito novo para ver essa inserção.

M: É muito comum vocês terem uma reincidência?

6,7 e 11: Muito comum.

10: Extremamente comum. Nosso paciente faz uma espécie de porta giratória. Depois de algumas altas por falta tem um tempo de restrição.

12: Existe uma diferença entre hospital e CAPS. No CAPS o paciente aprende sobre sua doença, e o paciente com o tempo consegue tratar sua própria doença. Alguns melhoram e entram de novo na sociedade. O CAPS foi bom para acompanhar esse pacientes.

M: Nessa questão de reinserção, o CAPS está mais inserido na rede básica que o antigo hospital?

12: Sim.

M: Vocês acreditam que as UBS estão encaminhando adequadamente os pacientes com problemas de álcool e drogas para esse CAPS?

11: O CAPS deveria ser só para dependência, não abuso. As vezes vêm abusadores, mas é a exceção. Pela própria limitação do sistema, o paciente pode ter indicação de internamento integral, mas acaba por vir para o CAPS por não ter vagas nos hospitais.

M: Vocês acreditam que alguns casos, como o de abusadores, poderiam ser resolvidos lá na UBS?

7: Eu acho que sim.

10: Sim, com entrevista motivacional.

11: Eu acho que o próprio CAPS pode ser um ambiente de risco. O paciente pode vir e piorar aqui. Já vi isso acontecer em outro CAPS. Fazer desintoxicação no CAPS o paciente tem acesso a outras drogas, isso pode acontecer.

10: Eu acho que um erro também de encaminhamento da UBS é não saber se vai para CAPSad ou CAPS II, porque aqui a maioria dos usuários de álcool e drogas também tem comorbidades psiquiátricas. Como tem a dificuldade de internar, temos que lidar com eles aqui. Existem pacientes abusadores ou abstinente que poderiam ser encaminhados para CAPS II. Se teve dependência de drogas, mesmo abstinente, imediatamente vai para CAPSad. Se nós tentarmos mandar para CAPS II, só porque tem drogas eles não aceitam. É uma tradição de triagem do CAPS II. A AS tem feito reclamações para ver se eles recebem mais, para facilitar pra nós. Dependência de drogas pura, sem comorbidades, é difícil, mas comorbidades graves está cada vez mais comum. Então, a UBS deve tratar casos leves, casos de abuso, casos de desintoxicação bem sucedidos e fazer tratamento semanal com psicoterapia. E CAPS se tornar central para casos mais difíceis. Para hospital tem poucas vagas mesmo. Umas 200 vagas em Curitiba, com o San Julian. Só nesse CAPS nós temos 190 pacientes. São 1200 vagas de CAPSad.

4: Eu acho que tem uma dificuldade nessa triagem. Na UBS tem consultores de dependência química, mas são poucas pessoas. Não dá tempo de fazer essa cobertura toda. Existe essa dificuldade também. São pessoas que estão mais capacitadas para fazer essas buscas. Também para fazer os grupos terapêuticos na própria UBS.

M: Isso que vocês estão contando pra gente tem sido discutido nessa rede toda de atendimento da prefeitura?

10: É o que a gente faz aqui. A AS eventualmente leva. Isso é um problema de área nossa.

5: Eu trabalhei nas UBS. Então, a ABRASA em parceria com os convênios tem consultores na UBS que fazem essa busca. É um pessoal treinado, eles têm condições, juntamente com os psicólogos da unidade, de estar fazendo as avaliações primárias desses pacientes. Fazer a busca, trazer para a UBS, com grupos de apoio, e muitos casos podem ser resolvidos ali na UBS, sem ser encaminhados pra cá. Porém, esses convênios mantêm poucos consultores para um distrito sanitário com 14 UBS. Eles ficam meio dia em uma UBS. Alguns conseguem manter um grupo de uma hora ou uma hora e meia, acompanhando esses pacientes. A dependência química, a procura é grande. Então, a atenção primária fica um pouco a desejar, precisava de mais gente.

M: Não é um problema de condução do trabalho, é a falta de pessoal? Precisava de um grupo maior de pessoas para melhorar o atendimento?

5: Isso.

3: E mais pessoas treinadas para isso também.

11: Em relação aos médicos, estou vendo uma evolução na capacidade deles de tratar e conduzir os casos de dependência. A própria resolutividade tem aumentado.

10: Eu também notei isso.

M: Como poderia melhorar o sistema de encaminhamento aos CAPSad e o retorno dos pacientes à UBS de origem?

6: Eu tenho uma sugestão em relação à vinda das famílias. A família não vem e não conhece, não sabe como funciona o CAPS. É muito importante que a família venha na avaliação. A gente tem uma batalha de 5 anos. Acho que seria importante nesse encaminhamento. Incluir a família já na UBS.

M: Os consultores também têm esse papel?

4: Também tem, mas acho que fazem pouco.

6: Porque a família está doente também e é importante que ela venha aqui no CAPS. Até os pacientes, eu ouço muito deles: liga para minha família, convida minha família.

M Está dentro do projeto terapêutico de vocês incluírem a família?

10: Claro.

6: Sim.

10: Tem uma situação bem específica de dependência química que é o fato dos pacientes, muitas vezes, se aproveitarem do sistema justamente pelo benefício do INSS e eventual aposentadoria. A gente não pode passar um papel para esse paciente dizendo que ele tem sinais de psicopatia, porque podemos ter problemas, já que muitos deles estão envolvidos com criminalidade. Essa rotatividade UBS-CAPS-UBS, a gente não tem muito como conversar com a UBS. Acredito que o futuro a conversa entre CAPS e UBS deverá ser feita via telefone ou computador, e conversa sobre a evolução do paciente. Talvez entre as assistentes sociais, até entre os médicos para discussão de casos. Mas a gente nota uma parcela dos pacientes usufruindo do sistema sem se livrarem em nada da doença. Ao mesmo tempo, a gente nota a evolução dos pacientes, por exemplo: quantos internamentos integrais ele teve, quantas desintoxicações na UBS, de forma informatizada, seria ótimo.

M: Isso ainda não tem aqui?

10: A gente tem os e-mails dos peritos.

M: E a comunicação com a UBS é via telefone?

10: Por telefone.

M: E o prontuário eletrônico?

10: Não, aqui a gente não tem. O prontuário é de papel. Acho que o prontuário eletrônico não seria necessário, está funcionando bem, mais em questão da informação sigilosa.

9: A equipe acaba ficando de certa forma refém de não poder dar um parecer. E é prejudicial para o paciente, porque eles entram em um caminho geral, porque tem pacientes que levam a sério, que precisam do benefício e acabam não conseguindo.

10: Entra na vala comum ou o perito acha que é mais um querendo dar o golpe.

6: O que não dá pra entender é que critério a prefeitura está usando para não dar o benefício. As vezes o paciente está no intensivo e tem uma família pra cuidar.

10: Estamos com uma discussão muito grande com o INSS. Já pedi se eles tem protocolo de ação que eles usam, mas não me mandaram. Ao mesmo tempo a gente sabe que a perícia não é feita de um modo minucioso com os pacientes. Talvez nós possamos ajudar eles, mas como já comentado, de uma forma geral, porque realmente a gente tem alguns pacientes que são traficantes, as vezes homicidas.

M: Essa interação já está sendo discutida ou isso é algo interno do CAPS?

10: Já tivemos reuniões lá e foi colocado que seria instituído um tempo de benefício pro paciente e que depois não teria mais benefício. Mas não está seguindo essa linha. A comunicação não está funcionando. A secretaria municipal de saúde está intermediando essa discussão, porque eles estão notando a dificuldade.

11: Muitas vezes o auxílio-doença é o motivador principal ou inicial para o tratamento.

M: No seu ponto de vista esse benefício deve ser mantido?

11: Tem que ser mantido.

10: É um motivador com certeza. A gente tem que dar meio pro paciente fazer o tratamento. Isso inclui vale-transporte, creche para deixar as crianças, e ele também vai estar recebendo um dinheiro, porque não vai estar trabalhando. O único problema é que o benefício é uma faca de dois gumes.

6: Precisa de um equilíbrio.

M: Vocês acham que a abordagem terapêutica recebida pelos pacientes neste CAPSad é eficaz?

10: É eficaz. Digo por experiência própria de consultório, o paciente vai toda semana lá e com a psicóloga e não está tendo sucesso, eu encaminho para o CAPS e é um tratamento mais intensivo que ambulatorio, mas acho que temos que melhorar a eficácia, porque hoje a gente tem a tendência em deixar o tratamento longo demais. A gente tem colocado que seria interessante o paciente passar 3 meses em cada modalidade, o que já dá 9 meses. E a gente não consegue fazer isso, tem a tendência em deixar o paciente mais tempo ainda no CAPS. Tem que melhorar a nossa resolutividade ou talvez entender a redução de danos e não querer que o paciente saia daqui absolutamente tratado.

M: Então, o que vocês colocam como meta terapêutica?

10: Essa questão está mais resolvida. Para a alta melhorada a abstinência por um tempo. Hoje a gente deu alta para um paciente que está há 6 meses de abstinência, outro há 7 meses de abstinência. Mas não há um consenso para alta melhorada.

7: A gente tenta ver o conjunto, um tempo de abstinência não tem. A gente vê um pouco da reinserção em como está em casa, se está trabalhando.

M: Isso é levado em conta para a alta? A reinserção na família, no trabalho?

10: O importante é individualizar.

7: Sim.

M: Então, se vocês pudessem dar um número, qual seria a eficácia do CAPS de vocês? Um percentual, quantos pacientes que vocês atendem vocês consideram que estão tratados?

10: Depende da visão de tratamento. Antigamente, eu tinha muito mais frustração dentro do CAPS, porque eu entendia que o paciente tinha que sair 100%. Hoje, tenho um olhar mais dentro da redução de danos. Percebo que o paciente que fica um tempo aqui ele sempre sai melhor. Então, depende da visão.

M: Você afirma que sempre ele sai melhor?

10: Sim, porque mesmo que ele esteja em uma espiral ele ganha motivação para o tratamento, mesmo que não tenha tido sucesso anterior. Eles acabam entendendo alguma coisa de dependência.

M: Vocês têm uma idéia de número absoluto que vocês dão alta melhorada e por abandono?

10: Alta por abandono é maior que melhorada. A AS tem esse número.

O: A 6 tinha comentado antes cerca de 50%? É isso? Todos concordam que é cerca de 50% de abandono?

10: A taxa de abandono é extremamente alta. E a rotatividade é grande. A gente tem pena de dar alta para o paciente, isso é um problema psicológico da equipe.

M: Tem receio da recaída?

10: Receio. Se a gente estabelecer critérios mais restritos o número de alta melhorada seria muito grande. É um ponto para 2010.

M: Soltar mais o paciente para ver o que acontece? Dar mais autonomia?

6: As vezes ocorre do paciente perder o benefício e precisar voltar a trabalhar. Então, a gente fica pensando: será que é alta melhorada? Será que não?

M: Vocês acham que uma maneira de resolver isso seria incluir a rede? Colocar os agentes para acompanhar?

10: Para monitorar o paciente.

9: Seria mais os ganhos que o paciente tem e menos o tempo de abstinência. Mais a reinserção social.

11: A gente parte do pressuposto que o tratamento de dependência é a abstinência plena, mas isso é talvez utópico. O que torna relativo esse conceito de eficácia. O que seria eficácia? Alta melhorada? Se o paciente receber alta melhorada e recaiu logo depois, até

que ponto poderia chamar de eficácia? Se for feito um trabalho quantitativo não vai responder como é a qualidade do serviço.

M: Dentro desses abandonos o paciente pode ter saído por precisar trabalhar?

11: Tem várias questões: o tempo que o paciente passa no CAPS acaba gerando uma dependência. Então, a gente poderia reduzir essa dependência para conseguir melhorar nossa resolutividade, nossa eficiência e nossa eficácia.

M: Vocês acham que a abordagem terapêutica recebida pelos pacientes neste CAPSad é eficiente?

10: Eu acho eficiente em termos de diminuição de danos, que eu acho que é a proposta do estado. Agora, se levarmos em conta a reinserção total...eu acho que nossos pacientes não saem daqui e vão fazer doutorado. A reinserção, não existem dados eu acho.

6: Temos parcerias com cursos profissionalizantes. Procuramos orientar os pacientes a voltar a estudar. Nós trabalhamos com eles a reinserção. Em concordo com o 10, nosso trabalho é eficaz, porque a equipe é dedicada. Nosso trabalho é bom, é de qualidade. Um hora eles voltam e dizem que foi muito bom o tratamento.

10: Cursos eles fazem bastante.

M: Mas vocês não usam isso como um critério que ele está tratado?

6: A gente oferece essa oportunidade de ele reinserir através de cursos, e muitos pacientes já estão trabalhando com jardinagem.

M: E vocês têm algum programa para trabalhar junto com a comunidade o estigma? Uma coisa é vocês acharem que o paciente está pronto para voltar a trabalhar, outra coisa é o empregador aceitar o indivíduo.

5: Na prefeitura tem um projeto de geração de renda.

7: Em termos de conscientização nas empresas, na comunidade, não.

M: Vocês poderiam levar isso para discussão, pois é bonito dizer que o paciente está tratado, mas quem é que dá emprego para ele?

6: Muitos que já têm vínculo empregatício a empresa aceita, se foi um bom funcionário.

M: E existe alguma empresa que entrou em contato com o CAPS para ver o trabalho que vocês fazem ?

6: Não.

4: Os consultores da UBS fazem grupos para explicar pros pacientes, fazem palestras em escolas, empresas, igrejas.

3: Quanto à eficiência do CAPS, enquanto ele está aqui a gente tem controle, mas quando ele sai daqui falta esse feedback, a gente não fica sabendo.

6: falta um pouco de mão-de-obra, porque eu sou a única assistente social do CAPS. Eu gostaria de fazer projetos, mas não dou conta. Eu gostaria de fazer essa parte fora do CAPS, fazer visitas domiciliares, a gente não tem condução.

11: A gente tem controle muito grande do paciente enquanto ele está aqui. O problema é daqui pra fora. Então, fazer mais projetos daqui pra frente, coisas práticas mesmo, trabalhar mais com o paciente a questão do trabalho, por exemplo. Hoje ele vai conseguir trabalhar de novo como motorista de caminhão? Então, isso pode ser uma meta.

10: As vezes o paciente precisa trabalhar, mas a gente pede para ele vir pelo menos 1 vez por mês, para não perder ele de vista.

6: Fazer um trabalho com a comunidade mesmo, para essa reinserção.

11: Tem o fato do próprio estigma.

9: Trabalhar isso com as empresas é mais difícil, e o que a gente faz aqui é tirar o estigma do paciente mesmo.

6: Eu acho que a ausência da família leva à desistência do paciente. A família está doente e na aceitação, não vem. Quando liguei para todas as famílias vieram 60, 70 famílias, foi o auge. Mas eu não posso ligar toda a semana.

M: E se vocês amarrarem a alta ao comparecimento da família?

6: A gente já conversou com a AS, falta acho que legalidade nesse sentido. O paciente não vai ter alta porque falta a família.

7: Muitos não tem família.

5: Eu acho que o tratamento aqui no CAPS é bastante eficaz em vários sentidos, para uns sim, para outros não. Depende da visão. Eu sou ex-paciente do CAPS, passei por hospital, sem família, e fui morador de rua. E hoje eu consegui graças a essa equipe, com equipe do hospital, mudar, dar um giro de 360°. Não exerço a profissão de motorista de caminhão que exercia antes, mas resgatei os estudos.

10: Agora, quantos % são igual ao 5 eu não sei.

4: Uma coisa muito importante que eu vejo na área de lazer, porque esses pacientes perderam esses vínculos, por exemplo fim de semana eles não têm para onde ir, geralmente para bares. E aí a gente poderia ajudar também, o paciente vir jogar dominó, brincar, pegar esse vínculo entre todos.

M: Como é a interação de vocês com a secretaria de assistência social da prefeitura?



6: A interação é só através de palestras, eles sempre estão vindo aqui, mas não tem nenhum projeto.

M: O que vocês acham da reinserção psico-social do paciente que recebe alta no CAPSad?

10: O problema é que nós não temos muito. A partir que some daqui, sumiram. Ele pode ter recaído ou pode estar trabalhando.

6: Acho que 80% dos pacientes que desistem nós vamos atrás, fazemos busca ativa. A gente liga e pergunta pra família o que está acontecendo.

10: Isso é inicial, eu estou falando depois de meses. Mas o trabalho de busca ativa eu acho maravilhoso. Como com gestantes que somem, a gente chega a ligar 4 vezes para elas voltarem. A gente chega a ir na casa, a gente vai mesmo.

11: Em relação à visita domiciliar a gente tem dificuldade.

6: Falta carro, isso é uma luta. As vezes eu já fui com meu carro. Quando o paciente é bastante comprometido a gente está ligando na saúde para saber o que está acontecendo com eles. Antes tínhamos carro, agora não. Antes a gente visitava todos os pacientes.

10: Tinha que ter um carro só para o CAPS, porque visita domiciliar não falta. Com GPS, um golzinho com ar condicionado (risos).

4: Blindado (risos).

6: Não precisa ser só do CAPS, mas quando a gente acionasse, ele viesse.

M: O que vocês acham do grande número de pacientes que abandonam o CAPSad?

10: Eu acho que é característico da doença. Enquanto o paciente está em uma comunidade terapêutica ou em hospital eles não abandonam porque tem muro, mas aqui é portas abertas. E, as vezes, o paciente está na pré-contemplação e a gente não consegue de alguma maneira motivá-lo e não é o momento.

M: Vocês acham que o CAPS atende 100% a expectativa dos pacientes?

6: Eu acho que sim.

10: A AS faz um teste interno com eles, anônimo, para saber quantos estão felizes com o tratamento. E o sucesso é grande.

3: Eu acho que um dos motivos do abandono é o tempo longo de tratamento. Pode ser um motivo também.

M: Essa percepção de abstinência total e redução de danos vocês colocam para o paciente?

10: A gente coloca abstinência total.

M: E vocês acham que isso pode ser um motivo para o abandono?

11: Antes, quando um paciente falava “eu quero parar de fumar crack, mas continuar com a maconha” a gente tinha uma visão mais arredia. Hoje, a gente trabalha para mudar sua visão.

10: Como discurso para o paciente tem que ser abstinência total. Você tem que ficar limpo, 100%. Mas, desde que eu estou aqui lutamos para fazer uma redução de danos, a gente vem se estruturando para fazer isso. Eu fui aluno de pessoas que tinham ojeriza à redução de danos, que davam alta administrativa quando o paciente falava que usava drogas. O paciente que dizia “eu não sei se estou a fim de largar as drogas” já era eliminado na triagem.

6: Acho que o CAPS é muito bom.

11: A maior parte do abandono é pelo movimento espiralar da doença.

O: Cada um dos profissionais sabe qual é o seu papel e sabe o papel dos outros profissionais aqui no CAPS?

10: A AS faz isso aí com a gente acho que a cada 2 meses. Ela faz a gente escrever no quadro qual é o nosso papel.

O: E na prática, cada um sabe o seu papel?

10: Eu acho que aí é que está o grande negócio do interdisciplinar. Porque eu já tive muito problema. Quando eu atendia no Bairro Novo, o assistente social dava soro glicosado pro paciente sem eu estar no CAPS. O assistente social!! E no Hospital Nossa Senhora da Luz, o terapeuta ocupacional dava alta para o paciente sem me comunicar. Hoje, eu acho que cada um fazendo o seu papel e discutindo os casos juntos, e cada um contribuindo, aí está o ganho do interdisciplinar. Aqui dentro do CAPS meu papel não é fazer terapia. Eu passo para os psicólogos. O clínico lida com hepatite, HIV, gastrite e aí vai.

6: Nós não vemos conflitos.

11: Um ajuda o outro. Todos interagem e complementam. Também não é de invadir o espaço do outro, é de ajudar.

M: Vocês têm uma supervisão externa?

6: A gente já teve.

10: A gente teve com a Flávia uma época. Um grande ganho aqui eu acho que é ter a AS, que é enfermeira com uma cabeça bastante aberta, quatro pós-graduações, trabalha com saúde pública há muito tempo. Isso aí é a base desse CAPS.

6: É, ela é 10.

### **Transcrição grupo focal – CAPSad São José dos Pinhais**

M: O que vocês acham da inserção dos CAPSad na rede básica de saúde?

Alguém tem algum comentário, quer começar?

2: A gente vê assim, a rede aqui em São José tem muita dificuldade do encaminhamento, dificilmente eles encaminham para nós, tanto que a procura é direta. Nosso problema é o fluxo de encaminhamento certo, para que a gente possa dar uma organizada nisso, e para que eles possam estar encaminhando, porque dificilmente eles encaminham pra cá e quando encaminham ainda não encaminham com eficiência.

M: O que significa esse “não encaminhar com eficiência”?

2: Eles não conseguem encaminhar com orientação correta, como funciona, o que que é, porque os pacientes vêm, ao invés deles já triarem lá, ver a necessidade de encaminhar pra nós, eles mandam as pessoas muitas vezes sem estar em uso, já em abstinência, pra que a gente avalie e devolva para eles. Eles fazem o caminho inverso.

M: Então, essa triagem na UBS não está acontecendo?

2: Não está acontecendo de forma correta, as pessoas pedem ou eles percebem, dificilmente eles percebem e abordam, a pessoa pede e eles encaminham, mas encaminham assim numa folha, sem avaliar lá. Eles mandam para cá para ser avaliado.

5: A impressão que passa é que eles têm pouco conhecimento de cá, a UB. Eles não sabem nem como manejar um paciente da saúde mental. E quando chega um paciente na rede básica que tem alguma questão de saúde mental eles não sabem nem como proceder. E assim, manda pra nós porque sabe que CAPS é de saúde mental, inclusive agora melhorou, mas os dois primeiros anos eles encaminhavam muitos pacientes só com esquizofrenia, só com algum outro transtorno, depressão, vêm vários com depressão aqui, e aí é aquele paciente que vai pra lá, volta pra cá, vai pra lá.

M: E se não for encaminhado pra cá, para onde os pacientes com transtornos mentais seriam encaminhados?

2: Para o CEM (Centro de Especialidades Médicas).

M: Para ambulatório?

1: Para o ambulatório.

M: Eles sabem que a prefeitura tem um ambulatório?

1: Agora sim. Eles são encaminhados pra lá, mas tem pacientes ainda que...existe uma lista de espera para o atendimento lá. A princípio só tem mesmo pro COM (Centro Psiquiátrico Metropolitano), pelo que eu sei, eu estou aqui só há duas semanas...aí esses pacientes eram encaminhados pro CPM, já funcionava o ambulatório lá, só que é aquela questão: a demanda é muito grande, o paciente de ambulatório é um paciente que não tem alta rápida, então chega um momento que aquilo ali satura, fica horário fixo e as primeiras consultas você não tem a oportunidade de agendamento. Vários pacientes da UB entram na fila de espera para serem atendidos no ambulatório.

M: Então, esse CAPS funciona com “portas abertas”? O paciente pode vir procurar diretamente o CAPS?

2: Pode.

M: E vocês concordam com esse tipo de acolhimento?

5: Eu concordo, porque o paciente já tem toda a dificuldade, até de se organizar, vai pra UB, e da UB vai ser encaminhado para outro lugar. As vezes, um amigo fala “vai lá no CAPS, eu faço tratamento, vai lá também”. Aí eles vêm aqui diretamente e conversam com a gente, já são acolhidos, porque eu acho que é um meio mais fácil, mais rápido pra eles serem atendidos, senão ele vai ter que ir lá no posto, acho muito demorado.

2: Ainda tem que o posto é na comunidade onde ele mora, ele sente vergonha de conversar a respeito do seu problema. Aí ele vindo direto aqui ele imagina que lá ninguém vai saber.

1: A outra coisa é que o fato de ter as portas abertas é que você pode orientar melhor, porque vêm muitos casos que não é, aqui é um CAPSad, tem muitos casos que não é pra cá, mas ele passa por todos os estágios e vê que não está tendo uma resolutividade pra sua situação. Já vê que não é caso pra CAPSad, então o caminho é outro, não fica nesse vai e volta, então o caminho certo o que que é: é UBS, encaminhamento pra psiquiatria, ambulatório, CEM, aí segue o fluxo normal. O problema é que um fica jogando pro outro. Vindo aqui ele vai ser orientado qual o fluxograma correto.

4: Nós estamos esquecendo que esse problema de álcool e dependência é um problema mundial, ele está se tornando epidêmico, então a maneira com que ele chega é o mais rápido possível. Ele não chega a passar por um processo de seleção, as empresas também mudaram o plano de visão, eles não demitem já por justa causa, o funcionário têm que se tratar, senão o funcionário pode jogar isso contra o empresário, dizer que a dependência química dele é devida à pressão que ele sofre.

2: Têm alguns empresários que vêm fazer com nós aqui, tem um empresário que no feriado dele ele vem direto.

4: Nós estamos lidando com uma epidemia.

M: O “1” comentou que vocês explicam o fluxograma para o paciente, será que na UB e em outros serviços de saúde eles também explicam para o paciente?

2: Não.

3: Na verdade não existe um fluxograma, está sendo elaborado, não existe. Eu posso informar porque eu vim de UB há pouco tempo, então não existe um fluxograma e também não existe orientação do trabalho de CAPS. O que é um CAPSad, o que é um CAPS<sub>tm</sub> ou CAPSi. Então, a gente recebe uma grande demanda de algumas UB por falta de informação mesmo. É transtorno mental, é lá no CAPS que tem na Rui Barbosa.

M: Como se o CAPS fosse para transtornos mentais e o resto fosse na UBS?

3: É o centro da psiquiatria em São José, é o único serviço de psiquiatra, é pro CAPS que a gente vai enviar.

M: O ambulatório existe faz tempo aqui?

2: Faz.

M: Antes do CAPS?

2: Antes.

M: E existe um CAPS II em São José?

2: Não. Ao invés de um CAPS II, vai ser implantado um CAPS III. Aí já faz as duas funções: o de CAPS II e faz a emergência, com leitos emergenciais, que é o que o Ministério Público está exigindo.

M: Deixa eu ver se não me enganei, vocês acreditam que o CAPS não está inserido na rede básica? O CAPS está aparte da rede? Ou os profissionais, pelo menos, estão agindo assim na UB, como se o CAPS fosse algo diferente da rede básica?

2: Eles não têm orientação, sabem da existência porque encaminham, mas não têm orientação.

4: E o tipo de paciente. Chega com demência e álcoolismo, tudo junto. Criou um vício.

2: Todas as situações que eles não sabem lidar, eles encaminham. E o medo. O medo de atender porque está na comunidade, por ser usuário.

4: E preconceito.

5: E a demanda também que é muito grande. Eu trabalhava em um posto em uma comunidade que tinha uma população bem grande. Eu trabalhei com ESF (Estratégia de Saúde da Família) e cada dia a gente tem uma agenda: saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental. E a saúde mental é uma agenda que nunca dá conta, sempre

lotada, e a dificuldade de estar consultando, de atender essa demanda. Tem alguns casos mais específicos, que talvez tenha um receio de medicar ou de estar tratando...mas tem uma grande demanda, acho que isso colabora para eles virem pro CAPS.

2: A Dra Cristina está indo quase toda sexta-feira supervisionar os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e orientar sobre o CAPS e a saúde mental. Ela está fazendo isso com os médicos e com os ACS.

M: A Cristina é coordenadora de saúde mental?

2: É a coordenadora de saúde mental. Mas a gente ainda não sente os resultados práticos dessas visitas.

1: Eu não sabia da não existência de um fluxograma, como já falei, acabei de chegar. Mas aqui com certeza se orienta qual o caminho, a trajetória a ser percorrida. Mas essa é uma proposta da Cristina de estar junto às UBS orientando como deve ser esse processo, do acolhimento, do encaminhamento correto.

5: E depois, como receber o paciente com aval daqui do CAPS, que daí a continuidade deve ser na UB. Então, até essa ponte é um pouco dificultosa. A UB recebe o paciente daqui que precisa de alguma medicação ou outro atendimento que não precisa ser, necessariamente, aqui no CAPS. Aqui a gente faz reuniões de manutenção. Deveria realmente retornar pra rede básica. Para fazer essa ponte é difícil.

M: Por que é difícil?

5: Porque muitos médicos têm medo de medicar, de fazer esse acompanhamento, principalmente no começo a gente encontrou uma barreira. A pessoa saía de alta, a Dra Maria Helena fazia o ambulatório aqui, mas chegou uma hora que tinha 60 pacientes só de ambulatório, ela não estava dando conta, e não é o que deve acontecer. E para a gente fazer essa transferência para UB encontramos algumas barreiras. A Dra Cristina ficou aqui um tempão para gente conseguir. Agora está mais tranqüilo.

M: Vocês fazem essa contra-referência de uma forma documentada ou fazem apenas uma carta pro paciente levar na UB?

3: A gente faz a referência e contra-referência.

M: A contra-referência sempre é feita?

3: Quando ele é encaminhado para UB sim.

M: E é feita por quem?

3: Pela médica clínica geral que atende aqui.

M: Vocês acreditam que as UBS estão encaminhando adequadamente os pacientes com problemas de álcool e drogas para esse CAPS? Acho que vocês já responderam essa pergunta. Alguém tem mais algum comentário?

2: A gente vê que com pessoas com álcool e drogas devemos sentar e avaliar, ser triadas de forma correta. E o tempo na UB devido à demanda, eles não conseguem fazer isso. Até porque não tem uma pessoa que fique só fazendo isso, avaliando e encaminhando.

3: A ESF é um programa novo no município, está sendo estruturado agora, então essa troca com serviços especializados, seja o CAPS, a saúde da mulher ou a saúde da criança, não tem uma comunicação efetiva entre as unidades.

2: É o que nós estamos propondo para começo do ano, de nós estarmos fazendo isso, ir nas unidades para falar do CAPS e do encaminhamento.

M: Para informar para que serve o CAPS?

2: Isso. Para que em cada reunião que eles façam lá um técnico da CIC esteja presente para auxiliar.

3: Tem reuniões toda a semana, com enfermeiros, com funcionários, e eu vejo que alguns colegas de unidade vêm perguntar como está o CAPS, posso encaminhar pra lá? Então a gente vê uma desorientação mesmo, não sabem que médico atende aqui, o que é atendido aqui no CAPS. Falta esse elo entre a UB e unidades especializadas.

2: Até há 3 meses atrás a reunião da coordenação eram todos juntos e eu sempre falava dos CAPS, como funciona e como encaminhar. Agora, as reuniões são separadas, as UB das unidades especializadas.

M: Então tem que ficar mais em cima, pois a tendência é separar mais?

4: Cria uma espécie de conformismo, na hora em que eles conseguem criar algo que se pareça com dependência química ou transtorno mental eles mandam para cá. Na UB que eu estava já aconteceu isso. Na APAE, quando foi criada na década de 80, vinha atraso escolar, tudo que não tinha a ver com a APAE.

2: É a terapia do empurra.

M: Como poderia melhorar o sistema de encaminhamento aos CAPS e o retorno dos pacientes à UBS de origem?

20 min 5: Informação e capacitação. Ano retrasado todos os coordenadores das unidades fizeram uma capacitação do ASSIST pra fazer essa triagem, mas depois não foi dado sequência.

2: O que acontece é que todos os coordenadores das unidades têm cargo comissionado, e cada vez que muda a política o que acontece?

4: Tem que acabar com a fila, aí a demanda se dissipa.

2: Mudaram todos os coordenadores, mudaram todos os eventos comunitários, mudaram os médicos, a enfermagem. Fizeram uma imensa capacitação com os ACS, e aí saiu quase todos.

5: Eles capacitam daí as pessoas vão pra Curitiba, vão para outras secretarias, e daí eles tem que começar tudo de novo.

2: Quando a gente pensa que vai dar certo...agora mudaram 6 unidades.

4: Na UB tem um arma secreta que se chama triagem, na unidade onde eu estava os pacientes passam por uma pessoa só, quando ele acha que pode ser atendido na unidade eles ficam com o paciente, senão volta, vai procurar outro serviço, outro atendimento, até conseguir uma vaga.

M: Quais outros serviços seriam esses?

4: Pode ser um hospital, um CAPS, outro serviço que não seja especializado, porque onde eu estava era de especialidade, então a triagem elimina esse paciente e manda pra rede de novo.

2: E como não tem noção pra onde encaminhar, daí que eles ficam rodando.

M: Onde você estava era um lugar de especialidade?

4: De fisioterapia e psicologia. Aqui também, se não tiver controle vai ficar dispensando paciente que não se encaixa.

M: São os coordenadores das UB que são comissionados?

2: Agora eles conseguiram assinar os cargos gratificados, então a grande maioria dos coordenadores é funcionário de carreira, talvez agora não mude tanto. Daí não é cargo político. Agora eles estão organizando para que isso tenha uma efetividade maior.

3: Principalmente os médicos e o pessoal da enfermagem troca bastante, mais pela dificuldade do próprio trabalho, passam em outro concurso e também faltam muitos profissionais. Treinam ACS e capacitam coordenador, mas em uma área que deveria ter umas 6 equipes de ESF, estão com 2 médicos.

M: Então faltam recursos humanos também?

3: Faltam recursos humanos.

M: Por que faltam?

3: Pela saída constante...

2: E também porque estão implantando, até que seja efetivo leva um tempo.



4: Antes o cara chegava em um trabalho difícil e chegava a chefia do posto por mérito. Aí tiraram isso, puseram o político, daí acabou o serviço. O que eles queriam era eliminar a fila.

M: Mais alguma idéia para melhorar o sistema de encaminhamento?

5: A capacitação e formação contínua, principalmente dos técnicos do CAPS e da UB. Se a gente tiver um acesso, cada semana vai um conversar, mesmo que mude lá a gente está sempre atuando. Até que isso se torne rotina e faça parte do sistema.

M: E vocês já estão fazendo essa educação pro pessoal das unidades?

2: Não, a Dra Cristina primeiro está fazendo essa capacitação lá, pra daí a gente ter acesso. No começo de janeiro a gente já começa.

M: Vocês acham que a abordagem terapêutica recebida pelos pacientes neste CAPSad é eficaz?

4: Na minha área, a fisioterapia, a ginástica laboral vem para desintoxicar, é uma técnica respiratória que eles aprendem a se acalmar em determinadas horas em que a ansiedade aumenta. Então, o auto-controle físico leva a um equilíbrio dentro dessa desintoxicação.

2: O plano terapêutico era feito, mas com a saída do coordenador, com as mudanças que teve no CAPS isso parou de ser feito. A Denise, a coordenadora da regional, esteve aqui para que a gente mude o jeito de fazer isso. A Dra Cristina veio também para falar disso, para que a gente possa fazer isso de uma forma mais organizada. Então a gente quer ir em algum lugar em que tenha esse modelo que a Denise orientou. Antes o plano terapêutico era feito sem a presença do paciente, e a Denise orientou que o plano deve ser feito com a presença do paciente.

M: Para agilizar o processo vocês pegariam o modelo de um serviço em que já funcione?

2: Isso, em serviços que já conseguiram implantar e que estão fazendo corretamente como a regional propõe.

M: Nessa fase de transição vocês estão utilizando o modelo antigo ainda?

2: Ainda.

M: O plano em que o paciente não participa?

2: Atendendo atualmente sem plano, conversando com ele no individual, vendo as necessidades, até que a gente consiga adaptar isso aí. A gente chama, eles vêm, nós conversamos, conversa se ele tem alguma questão que deve ser orientada individualmente, até que isso seja implantado como a regional está pedindo.

M: O plano antigo não era eficaz?

2: Segundo a regional, não. A gente não sentia isso.

5: Nessa época do ano que é normal os abandonos, nós não tivemos nos outros anos aquele número elevado de abandono. Foi a época em que os pacientes foram melhores, mesmo o plano não sendo o adequado. Adequado de acordo com a regional.

1: No projeto terapêutico é legal você pegar paciente, juntar a equipe, mas uma coisa é a teoria, o que é exigido do CAPS, outra coisa é o que realmente funciona na prática. Eu já vi fazer isso, o projeto terapêutico junto como paciente, não modifica absolutamente nada. O trabalho que é feito com cada profissional acaba sendo individual, na TO é ela com a paciente, na enfermagem vai estar a enfermagem, na fisioterapia vai estar a fisioterapia, isso não vai modificar. O que eles querem é seguir um protocolo, o que está escrito e se determina que se faça daquela maneira, mas no resultado final isso não vai modificar. É só um projeto terapêutico que foi feito com o paciente presente e com os profissionais, nada além disso. Na prática, você vai estar só perdendo tempo em parar toda a equipe para estar junto com o paciente pra fazer aquilo ali, sendo que o trabalho posterior a esse projeto não vai modificar. Na sala dele vai estar ele, na dela vai estar ela...O que atrapalha, garante ou não a eficácia do projeto é o que cada um vai trabalhar, é a proposta do trabalho que cada um exerce e o resultado que isso traz, e as condições que eles têm para desenvolver o trabalho. Ela é TO, o que está sendo oferecido de estrutura, de espaço físico, de material para que ela possa desenvolver o trabalho com o paciente, isso é que vai trazer resultado.

2: Exatamente.

4: Excelente.

5: E daí o que acontece? Eu observo que tem que trabalhar tal, tal e tal coisa com o paciente, uma coisa é o projeto outra coisa é se estou mesmo trabalhando isso na minha prática.

1: Você sentou e fez um projeto, aí o paciente melhora, piora ou modifica, é outra coisa que você vai trabalhar com ele. Não vai dizer “agora eu vou fazer isso, porque no projeto terapêutico feito naquele dia, naquela ocasião, foi decidido que iria fazer isso”.

2: Até porque o tratamento é feito em grupo. Você vai trabalhar aqui com um paciente que precisa ser encaminhado para um emprego, e eu vou trabalhar com outro que precisa de integração na família, e isso no mesmo grupo. Tem que ser mágico.

M: Então esse modelo não tem efetividade? Cada um está em uma situação diferente...

5: No ano passado eu via, o projeto funcionava como um guia, mas não um guia que você vai seguir fielmente, ele dá mais ou menos uma idéia do que você está pensando para um paciente.

2: Na avaliação que cada um faz, a gente vê tudo que ele precisa. E o plano é baseado na avaliação, não tem como a gente fazer fugindo da avaliação dele. Daí a presença dele, o que ele vai falar para nós? Não, a família isso, aquilo, que ele também fala no grupo e a gente trabalha com ele.

1: Ele fala na consulta, que está no prontuário e toda a equipe tem acesso e está sempre passando um pro outro. A gente discute os casos entre a equipe também.

2: Na reunião clínica a cada 15 dias nós avaliamos todos os pacientes.

M: Juntos?

2: Juntos. E daí que a gente vê quem é necessário a gente chamar para conversar, uma afetividade maior, mais próxima. De acordo com a regional nós temos que fazer uma visita para cada um deles, a cada quinze dias. Então, é inviável, nós temos que ter uma equipe imensa. Eu, que assino como assistente social, um dia tenho que ir junto com o Marco, outro dia junto com o José...

5: Eu acredito que falta um pouco de suporte da secretaria para a capacitação nossa também. Até verificar o que está sendo atual e o que não está, discutir dependência química. A capacitação que eles mais fazem é violência doméstica, é importante, é claro, outras capacitações, mas diretamente ao ponto da dependência química em si é pouco. A gente fez por conta. Até começaram a fazer ano passado ou esse ano, mas daí não foi dado sequência, e é uma palestra para muitas pessoas, é diferente de se discutir dependência química.

M: Foram palestras, não capacitação?

5: Não é uma capacitação. Em cima disso, com essa dificuldade, acredito, a Dra Cristina veio e falou pra nós fazer aqui, entre nós, estudos...

2: Para poder propor a capacitação, porque segundo ela existe a verba, existe a disponibilidade para que eles possam capacitar as pessoas do município para que se possa integrar melhor dentro do tratamento de saúde mental. Que é o que está faltando.

M: Aproveitando o gancho, gostaria de saber o que vocês entendem por interdisciplinaridade ou multidisciplinaridade?

5: Multi pra mim significa que vários profissionais estão ali. E a interdisciplinaridade o trabalho já começa a ser integrado. Dentro da minha área o que eu posso fazer? Daí eu repasso para outro profissional e a gente vai trabalhando junto. Cada um na sua área, tentando trabalhar em conjunto. Na multidisciplinaridade eu faço o meu independentemente do que o outro está fazendo. Na interdisciplinaridade tem um foco em conjunto, tem uma troca.

1: A interdisciplinaridade está presente no dia-a-dia no corredor. Fulana, você acha legal fazer tal coisa pro paciente? Não é algo que tem que ter um dia, é a troca no dia-a-dia. Todo mundo está por dentro de todos os pacientes, sabem falar do paciente e determinam o que fazer para o paciente em conjunto.

M: A interdisciplinaridade existe nesse CAPS?

2: No meu modo de ver, existe. Porque a gente vive conversando, sempre trocando idéias e fazendo o melhor possível.

3: As vezes não dá pra esperar a reunião a cada 15 dias.

M: Como melhorar a eficácia dos CAPSad? Vocês conseguem identificar os principais problemas?

5: A adesão do paciente, porque saúde mental é um problema que leva tempo. E o paciente é muito imediatista. Então, eu acho que o CAPS tem que ser mais atrativo para melhorar a aderência do paciente ao tratamento.

4: Falta de horário noturno, vínculo com as empresas, ir nas empresas ver se o problema está lá e trazer pra cá, puxar o paciente. E conscientizar.

M: Então, ter um atendimento noturno também, pro paciente saber que tem um local que ele pode ir quando tiver vontade de usar?

2: A gente está tentando pro ano que vem de estender o horário até 21 h.

5: Faz parte dos atrativos.

2: Isso depende da secretaria.

5: Os grupos têm que ser mais atrativos, têm que se identificar bastante para eles permanecer e acreditar que eu posso ficar que vai ter resultado. Capacitar a equipe, eu acho que precisa também.

2: E a integração dos CAPS também, poder ver o que está acontecendo nos outros CAPS, se integrar, ver como funciona, para melhorar o fluxo e as atividades.

M: Você diz conhecer o trabalho de outros CAPS, mas não fazer parte de uma rede única?

2: Eu vejo assim, dentro da secretaria tem uma reunião mensal com os coordenadores de CAPS. Que isso fosse estendido para as equipes e não só para a coordenação. Para o trabalho ficar mais integrado dentro do estado. Com a região metropolitana, para que a gente pudesse fazer encontros de saúde mental para que fosse trocada experiência.

4: Por pertencer à saúde, tem esse fantasma que um não fala com o outro. Nas escolas todo mundo fala com todo mundo, uma escola é uma repetição da outra. Então, quando

surge um problema ele vai se repetindo e é fácil corrigir na origem. A troca de direção também acontece com uma repetição, troca todo mundo e volta todo mundo.

M: E por que nos CAPS não é como nas escolas?

4: Por causa da direção, é saúde, é outra visão.

5: Agora com o movimento do transtorno mental como questão de saúde, de doença que deve ser tratada...

1: O mais importante na equipe é o trabalho motivacional. Dentro do paciente buscar uma motivação para que ele não se utilize da substância e buscar os benefícios dele. Tem que motivar o paciente para ver o que serve e o que não serve, é isso que vai trazer resultado.

M: E como motivar o paciente?

1: Cada um dentro de sua área buscando ver junto ao uso do paciente, embora se sinta bem, embora dê prazer, o que perdeu? Vantagens e desvantagens, riscos e benefícios. Trabalhar no dia-a-dia...

45 min 4: É como na escola: prevenção já ficou chato, ninguém quer mais saber de prevenção, já tem que ir atuar, já tem que ir lá fazer alguma coisa pra eles melhorarem. E na escola tem muito dependente, e chega de prevenção. É igual a AIDS, não adianta só explicar, tem que dar preservativo, tem que atrair mesmo.

M: O que vocês acham da reinserção psicossocial do paciente que recebe alta no CAPSad? Vocês acreditam que está ocorrendo?

2: Eu acho que sim.

3: Também acho que sim.

5: Eu acho que pouco.

M: Por quê?

5: Tem pacientes nossos que já são bem crônicos, já estão com a gente há bastante tempo e a gente tem dificuldade de fazer a reinserção porque tem pessoas que não aceitam. Vai fazer horta comunitária, não! Ele sempre com alguma justificativa...ahh, o paciente tem algum problema físico e não pode participar da horta, mas participa aqui, porque não pode participar lá. Temos um paciente que a gente trabalha há bastante tempo que tem já uma deficiência mental associada, mas horta ele consegue trabalhar bem, ele funciona bem, dá um retorno, mas a gente não consegue incluir.

2: É o que a gente está falando: é a falta de capacitação dos profissionais que estão lá na ponta. Eu sou assistente social da comunidade e a gente sente das colegas a dificuldade no atendimento dos pacientes com transtorno mental. Elas não conseguem chegar perto,

não conseguem acolher. Até mesmo por outros motivos, prestação de serviço comunitário, quando paga pena alternativa, tem dificuldade, tem medo, tem receio de chegar perto.

1: Eles saem daqui, até podem ser preparados de alguma forma, mas não tem ajuda fora.

M: Não tem quem dê emprego para ele?

Afirmações com a cabeça de todos da equipe.

4: Como trata de um trabalho teria que ver a idade do paciente, se é jovem ele vem pra cá, se adulto ou se é idoso. Então, tem o contexto socioeconômico também. Um jovem tem que voltar, é uma necessidade, senão ele está morto. Um adulto já pode até ir para uma outra atividade, mudar o ramo. Agora, o idoso também tem uma condição péssima de retorno. Ele está praticamente excluído da família, ninguém aceita mais ele.

2: Aí que a gente percebe que na reinserção a dificuldade é dos profissionais da equipe.

M: Mas como o profissional de ponta poderia ajudar o paciente a encontrar um emprego?

2: Eles têm acesso... que nós vamos procurar isso através do SIME, para fazer direto o encaminhamento daqui para um trabalho, para outras situações, mas para encaminhar para cursos por exemplo... os cursos são oferecidos através do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Então, nós temos que encaminhar pro CRAS para que o CRAS encaminhe para algum curso.

M: São eles que encaminham?

2: Para cursos, sim.

M: Será que o CRAS também não está preparado para receber o paciente dependente de álcool e drogas ?

2: Também. Então, tem a dificuldade na tampa porque eles têm a preocupação do retorno ao uso, por não acreditar que ele vá ficar em abstinência....Esses dias eu falei com uma das coordenadoras e disse que quando tivesse uma reunião eu iria pedir uma pauta porque a idéia era fazer uma lista de pacientes para que ela possa acompanhar lá. A gente trata aqui e elas acompanham lá, porque visita social quem faz são elas. Nós fazemos outro tipo de visita, nós não vamos lá ver a situação social deles. E a coordenadora disse que está faltando assistente social, falta profissional na área e não vão dar conta de fazer isso. Como se fosse 80 pacientes para cada comunidade. Não é.

4: Tem uma paciente que saiu daqui no começo de 2007 e ela está até hoje bem, ela vem de vez em quando e toda vez que ela vem ela fala dessa dificuldade, até hoje. Ela foi participar de um grupo de pintura em tela e ela encontrou preconceito no grupo. Não só a professora com dificuldade de lidar com o preconceito, mas a comunidade que

participava do grupo não queria aceitar ela lá. Ela era dependente de álcool, está abstinente há 4 anos e teve essa dificuldade de encontrar essa inserção.

M: E o grupo sabia que ela era dependente?

51 min 5: Ela fala. Ela fala que tem que aceitar assim. E o pessoal tem dificuldade para aceitar ela. Ela sentiu essa dificuldade até no grupo psicoterapêutico que ela participou, que o grupo também não aceitou. E as terapeutas tentando manejar isso, não só pelas terapeutas como pela própria comunidade que ela participava. A comunidade tem uma visão de dependência química complicada, segundo o que ela fala, não sei se procede, mas acredito que sim, com relação à mulher é muito forte. Então ela fala: “não sei se sou eu ou se é por ser mulher, mas eu tenho dificuldade”. A convivência familiar está excelente, mas ela tenta entrar assim, todo lugar que ela vai ela sente barreira. Quando eles estão para ter alta eles perguntam: “eu vou para uma entrevista de emprego, eu fala ou não que sou dependente químico? Porque não vão me aceitar”. A gente até incentiva fazer curso disso, curso daquilo, pra que lado você vai. Mas eles ficam assim...como vai ser essa mudança para mim? Como vão me aceitar lá fora? É difícil pra mim.

4: Mesma coisa aquilo que falamos, um deficiente físico...vai entrar uma lei que vai obrigar a empresa a ter 20% de dependentes químicos no seu quadro. Só vai resolver assim, como no deficiente físico.

1: Vai ter cota de reinserção...só dependentes podem concorrer àquelas vagas.

Risos

3: Daí é um estímulo.

2: A gente teve a oportunidade de encaminhar 8 pacientes daqui para o SENAI, e eles foram extremamente bem acolhidos, dentro do SENAI eles não tiveram nenhuma questão de que não aceitaram, de que não foram aceitos. Eles sabiam que eram pacientes nossos, eles conseguiram terminar o curso.

5: E pelo contrário, ela chamou lá pra conversar sobre isso, na formatura falaram sobre a dependência, parabenizando eles. E pediu para fazer mais palestras lá pra poder orientar eles lá. Ela diz que volta e meia chega gente lá...e para tentar manejar de uma forma positiva, acolhedora.

2: Então, existem as exceções.

M: Sobre auxílio-doença do INSS, vocês acham que tem muita gente se aproveitando do benefício, como um incentivo para continuar usando álcool e drogas?

2: Eu, na minha percepção social, existe sim. O que a gente está vendo também é o INSS cortando o benefício. Eles dão os 3 primeiros meses no intensivo, depois dão só 1 ou, no máximo, 2 no semi-intensivo e cortam o benefício. Isso atrapalha a continuidade

do tratamento, porque eles não tem o benefício e se afastam do tratamento. Por isso a idéia é de ampliar o turno pra noite, para que eles não tenham essa desculpa. Voltar a trabalhar durante o dia e vir para o tratamento a noite.

M: Aí seria um tratamento de 3 horas mais ou menos?

2: É, mais ou menos.

5: É estranho, porque a gente vê pacientes que realmente estão fazendo um bom trabalho e aí o benefício é cortado...mas tem bastante que vai e volta e que falta motivação, falta interesse as vezes, “porque pra mim é mais fácil receber o auxílio”.

2: Se percebe assim, quando eles cortam o auxílio, ele vai e faz uso da substância pra voltar para o intensivo e voltar a receber novamente.

M: Vocês tem notado isso em alguns pacientes?

2: Sim.

5: Sim.

1: A questão de se aproveitar do benefício, isso em toda área, em todo o lugar. Mas tem paciente que se utiliza desse recurso para a sua manutenção da sua dependência.

5: Acho que até há um tempo atrás era passível de aposentar, gerava esse ciclo ainda maior, daí caio, volto e aí volto a receber auxílio, aí vai vai vai e volto para o tratamento, até dar o tempo para se aposentar. Acho que agora não tem mais isso...

2: Não, agora a rede do INSS tem assistente social (AS) próprio. Primeiro nós fazíamos esse trabalho, agora eles têm assistente social, e ele veio aqui conversar e um dos assuntos é que eles...o assistente social precisa fazer hoje a avaliação do paciente que recebe o benefício de deposição continuada (BDC). Antes, nós fazíamos isso, mas agora passou pro assistente social do INSS. Daí, ele faz um relatório da visita social para que eles possam receber ou não esse benefício. E agora eles estão tentando fazer isso com o auxílio-doença. Que o AS faça essa avaliação e o médico tem que ler a avaliação, porque o BDC conta. Eles entendem que se o médico entende da dependência química, o paciente dependente químico tem mais chance de receber o benefício. Eles fazem assim: se o médico não conhece ou tem algum preconceito ele tem menos chance de receber o benefício. Não é por má fé, é por desconhecimento como um quadro de doença. Eles estão tentando fazer com que a avaliação esteja inclusa no auxílio, aí já vem na avaliação se ele recaiu, quantas vezes ele fez uso, por que ele retorna ao uso, o que acontece na família, aí o AS vai ter a oportunidade de avaliar junto com o médico.

M: O que vocês acham do grande número de pacientes que abandonam o CAPSad?

2: Por causa do que a gente acabou de falar: da reinserção, do auxílio doença...



4: Pouco atrativo, horário.

2: O horário de funcionamento, tudo que a gente falou aí que faz com que eles desistam.

M: O que vocês sugerem para melhorar o atendimento dos CAPS? Algumas coisas vocês já falaram.

5: O trabalho de motivação é extremamente importante, ter a integralidade maior da equipe, até nos grupos, fazer uma transdisciplinaridade na verdade, não seria uma interdisciplinaridade, eu acho que na dependência química funciona melhor. Mas é difícil fazer.

M: Como assim...na prática, entrar todos juntos no mesmo grupo?

5: Não necessariamente todos juntos, mas um grupo que complemente outro grupo dentro de cada área, um suporte, uma comunicação da própria equipe para chegar naquele paciente de uma forma mais direcionada, com o mesmo foco.

2: Ou seja, melhorar o plano de trabalho.

5: Ter mais material para trabalhar. A gente tem uma sala ali, mas temos um grande número de pacientes, acho que não é tão grande assim, comparando com outros CAPS, mas você não tem estrutura de pessoas para trabalhar, por exemplo, para fazer várias oficinas ao mesmo tempo, não tem por quê eu colocar o paciente obrigatoriamente para fazer oficina tal, pra mim isso é contraproducente, pra mim como TO, pelo contrário, isso é antiterapêutico. Mas a gente não tem várias salas, nem várias pessoas para fazer várias oficinas ao mesmo tempo, então o paciente tem que fazer aquilo lá e, é claro, que o paciente desmotiva, atrapalha aqueles que querem fazer. Também falta uma estrutura melhor, uma equipe maior pela quantidade de pacientes que a gente tem.

4: Falando em reabilitação, todo o processo de uma clínica era adaptada de um hospital, não tinha condições de andar um cadeirante, uma prancha ortostática, então o Sara Kubitschek inventou um ambiente para representação, ele projetou sacadas, varandas para tomar sol, banheiros adaptados, por que não faz isso com dependente? Teria que ver as necessidades de um dependente primeiro para adaptar um projeto.

2: Ontem eu fui no Bom Retiro e eles estão implantando um Centro de Convivência, onde vão ser desenvolvidas oficinas, atividades, dentro das unidades, um centro só de convivência, para que todos os pacientes tenham uma integração dentro daquele centro. Eu achei uma idéia muito boa. O que eles estão pensando é assim: eu entro, fico 30 dias na unidade, aí eu tenho lá dentro um professor de educação física específico daquela unidade, um TO só daquela unidade, e não acontece essa integração, eles saem de lá e não se adaptam com a comunidade, não conseguem a reinserção. Quanto menos tempo ele ficar dentro da unidade, para ele vai ser melhor. Então, um centro de convivência lá dentro para integrar junto com o pessoal que vem do CAPS, porque lá tem CAPS ad, CAPS II e HD. Então, para integrar o pessoal todo, então eu estou fora e posso te contar

isso, você está dentro e me conta aquilo dentro das oficinas em comum. Eles estão criando isso, vão inaugurar dia 7 o Centro de Convivência do Bom Retiro. É possível que a gente dê uma visitada.

5: Falta também material para grupos e para oficinas. É uma coisa que atrapalha.

M: Cada profissional aqui dentro do CAPS sabe o seu papel e o papel dos outros profissionais?

2: Pelo menos a gente tenta.

## ANEXO 11

## Questionários de Crenças e Atitudes dos Profissionais de Saúde

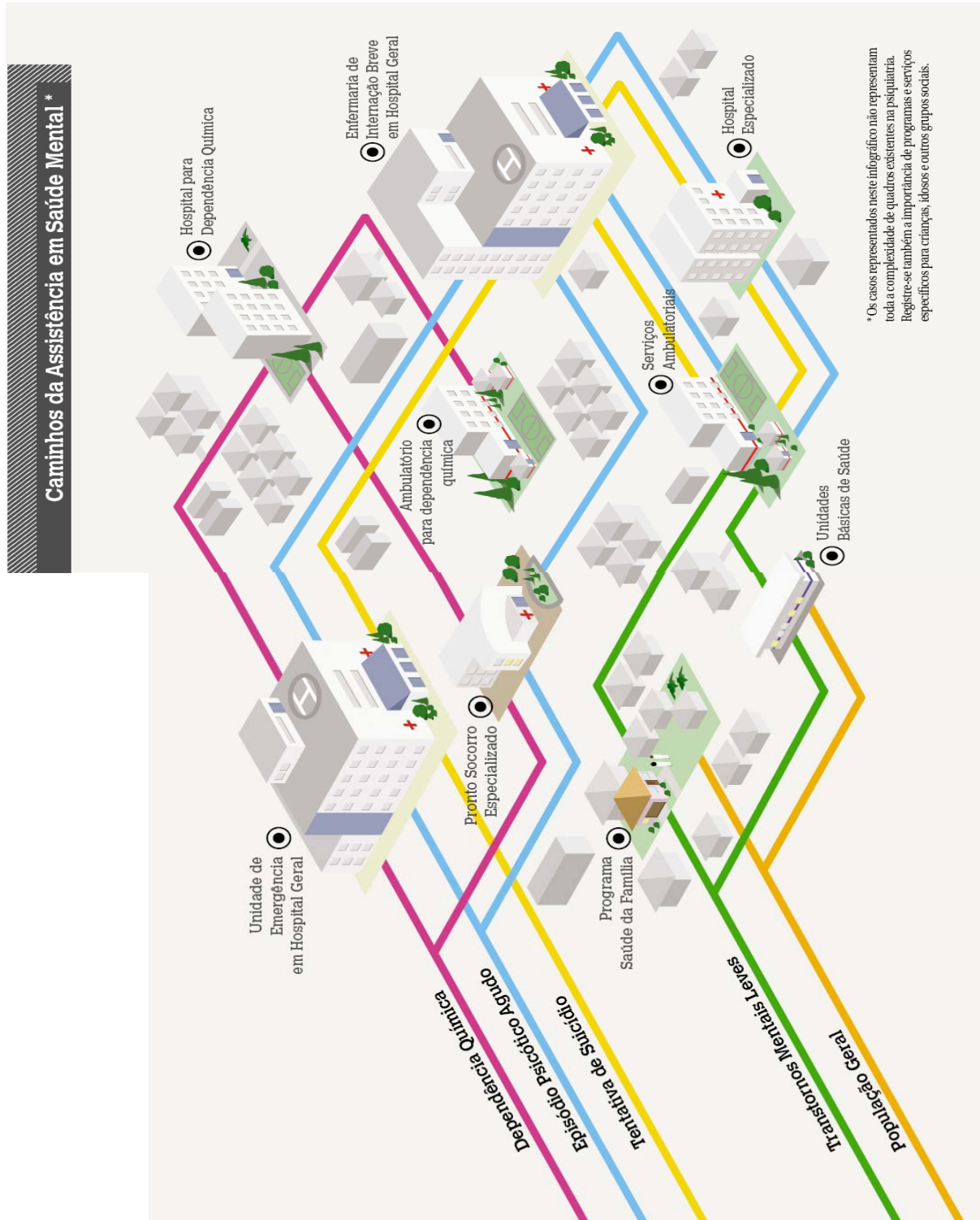
Questionário	Concorda Totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
<i>Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Usuários problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber/usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco de álcool/drogas.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>As Instituições de Saúde devem ter um protocolo formal para esse tipo de intervenção</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool/drogas com os quais um profissional da saúde tem que lidar na prática.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Inclua a seguir qualquer comentário sobre as afirmativas anteriores:</i>					
Questionário	Concorda Totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
<i>A abordagem terapêutica dos CAPS é adequada para recuperar o paciente dependente de álcool/drogas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para a reinserção do usuário no mercado de trabalho</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para a reinserção do usuário na família</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>O plano terapêutico dos CAPS é suficiente para o usuário readquirir sua autonomia e auto-estima</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Inclua a seguir qualquer comentário sobre as afirmativas anteriores:</i>					

Questionário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na sua opinião, quais são as causas das doenças mentais ?	Concorda Totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
Isolamento					
Desemprego					
Excesso de trabalho					
Alimentação pobre					
Uso de drogas					
Problemas na infância					
Traumatismo craniano					
Situação estressante recente					
Fraqueza de caráter ou falta de vontade					
Ausência de auto-estima					
Ser uma pessoa nervosa					
Influência de mau olhado ou bruxaria					
Ausência de fé em Deus					
Destino ou predestinação					
Vírus ou infecção					
Problemas genéticos					
Problemas no sistema nervoso central					
Problemas de relacionamento familiar ou amoroso					

<b>Questionário</b>										
<b>Quais reações ou sentimentos uma pessoa com depressão provoca em você?</b>	<table> <tr> <td><b>Desejo de ajudar</b></td> <td><b>Simpatia</b></td> <td><b>Calor</b></td> </tr> <tr> <td><b>Necessidade de distância</b></td> <td><b>Pena</b></td> <td><b>Medo</b></td> </tr> <tr> <td><b>Irritação</b></td> <td><b>Indiferença</b></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>	<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>	<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>	
<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>								
<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>								
<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>									
<b>Quais reações ou sentimentos uma pessoa com esquizofrenia provoca em você?</b>	<table> <tr> <td><b>Desejo de ajudar</b></td> <td><b>Simpatia</b></td> <td><b>Calor</b></td> </tr> <tr> <td><b>Necessidade de distância</b></td> <td><b>Pena</b></td> <td><b>Medo</b></td> </tr> <tr> <td><b>Irritação</b></td> <td><b>Indiferença</b></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>	<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>	<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>	
<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>								
<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>								
<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>									
<b>Quais reações ou sentimentos uma pessoa dependente de álcool provoca em você?</b>	<table> <tr> <td><b>Desejo de ajudar</b></td> <td><b>Simpatia</b></td> <td><b>Calor</b></td> </tr> <tr> <td><b>Necessidade de distância</b></td> <td><b>Pena</b></td> <td><b>Medo</b></td> </tr> <tr> <td><b>Irritação</b></td> <td><b>Indiferença</b></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>	<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>	<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>	
<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>								
<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>								
<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>									
<b>Quais reações ou sentimentos uma pessoa dependente de drogas provoca em você?</b>	<table> <tr> <td><b>Desejo de ajudar</b></td> <td><b>Simpatia</b></td> <td><b>Calor</b></td> </tr> <tr> <td><b>Necessidade de distância</b></td> <td><b>Pena</b></td> <td><b>Medo</b></td> </tr> <tr> <td><b>Irritação</b></td> <td><b>Indiferença</b></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>	<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>	<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>	
<b>Desejo de ajudar</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Calor</b>								
<b>Necessidade de distância</b>	<b>Pena</b>	<b>Medo</b>								
<b>Irritação</b>	<b>Indiferença</b>									

ANEXO 12

**Fluxograma da Assistência em Saúde Mental – Associação Brasileira de Psiquiatria**



## ANEXO 13

**AVALIAÇÃO DOS CAPS PELOS PACIENTES****CARACTERÍSTICAS**

Nome/número do paciente:

Nome da Unidade:

Cidade:

Unidade básica de saúde da qual o paciente foi referenciado:

**PROJETO TERAPÊUTICO**

O que acha do tratamento recebido do CAPS?

Quais atividades individuais você participou ? O que faltou nessas atividades?

Quais atividades de grupo você participou? O que faltou nessas atividades?

Participou de atividades junto à comunidade? Quais atividades você acha que deveria ter participação de pessoas de fora do CAPS?

O que achou das oficinas? Elas o ajudaram de alguma forma?

Quando precisou de desintoxicação ou de atendimento por outro motivo que não o uso de álcool e drogas você o recebeu no próprio CAPS?

O CAPS fez contato com seus familiares para explicar a eles sobre seu problema? Como os profissionais do CAPS podem ajudar seu relacionamento com sua família?

Como o CAPS pode ajudá-lo a encontrar um emprego?

Como o CAPS pode ajudá-lo a voltar a estudar?

**AVALIAÇÃO**

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

Ter um bom relacionamento com sua família?

Encontrar ou voltar ao trabalho/escola?

Voltar a ter proximidade com os amigos?

O que você acha que falta no CAPS para ajudar as pessoas a superar suas doenças?

**COMENTÁRIOS**

## ANEXO 14

**AVALIAÇÃO DOS CAPS PELOS PROFISSIONAIS****CARACTERÍSTICAS**

Nome da Unidade:

Cidade:

Unidades básicas de saúde que referenciam pacientes:

**PROCESSO:**

Como acontece a integração com as UBS e outros serviços da rede de saúde e quais as dificuldades encontradas?

Existe um projeto terapêutico para os pacientes? Como ele é realizado?

Como vocês tratam ou para onde encaminham os casos graves (doenças clínicas ou psiquiátricas concomitantes, intoxicação etc)?

As oficinas terapêuticas são suficientes para os pacientes? Quais outras você poderia sugerir?

Como melhorar as atividades grupais para que todos os pacientes possam participar e ter benefícios com elas?

As visitas domiciliares aos pacientes e seus familiares estão ocorrendo a contento?

As famílias dos pacientes estão participando das reuniões? Como melhorar a participação da família?

Como ajudar o paciente a encontrar ou voltar ao trabalho/escola?

Existe projetos de geração de renda no CAPS?

Existe vínculo do CAPS com empresas, escolas, universidades, cursos profissionalizantes ou outras instituições? Como melhorar esse vínculo?

Como funciona o contato com a UBS, com relação à referência e contra-referência e o contato com pacientes que já saíram do CAPS?

Como vocês acompanham o paciente que tem alta (por qualquer causa) do CAPS?

O que falta na equipe de saúde para uma melhor resolutividade do CAPS?

Como é feita a supervisão da equipe técnica? O que falta para ela ser efetiva?

Como melhorar as reuniões clínicas e administrativas para melhorar o aproveitamento da equipe?

**COMENTÁRIOS**