

KELY NASCIMENTO SILVA LOUZA

**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS (CAPS AD) DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA

2018

KELY NASCIMENTO SILVA LOUZA

**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS (CAPS AD) DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Pollyanna Santos da Silveira.

JUIZ DE FORA

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Louza, Kely Nascimento Silva.

AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD) DO ESTADO DE
MINAS GERAIS / Kely Nascimento Silva Louza. -- 2018.

80 p. : il.

Orientadora: Pollyanna Santos da Silveira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2018.

1. Avaliação em Saúde. 2. Avaliação de Serviços. 3. CAPS AD. I. Silveira, Pollyanna Santos da , orient. II. Título.

KELY NASCIMENTO SILVA LOUZA

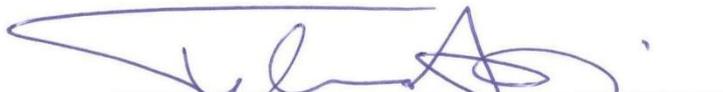
**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS (CAPS AD) DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por **Kely Nascimento Silva Louza**

Dissertação defendida e aprovada em 26 de março de dois mil e dezoito, pela banca constituída por:



Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Santos da Silveira
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Daniela Cristina Belchior Mota
Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora- CES

Dedicatória

A um tal seu “Roberto” que marcou minha vida para sempre, o encontrei a vender sorrindo seus panos de pratos na calçada para ajudar nas despesas do filho autista, sequer imaginava que havia acabado de ingressar no mestrado, após me contar a experiência do filho no CAPS, entre lágrimas, perguntou se poderia fazer um pedido: “Estude minha filha! Nós não temos estudo, nós não somos ouvidos! Estude para que as nossas vozes sejam ouvidas!” Nunca mais o encontrei, mas das vezes que pensei em desanimar, o pedido do seu “Roberto” ecoou dentro mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo sustento em cada passo, por me fazer transpor obstáculos e me mostrar que Seus planos são sempre tão maiores que os meus.

À virgem Maria, minha seta tão linda, por ter feito das entrelinhas motivo para que eu pudesse experimentar violentamente os carinho e cuidado de Deus.

A meu esposo Nelson, por todo cuidado, paciência... Por ser abrigo, colo, por me inspirar e cuidar tão bem de mim!

À minha mãe Dulcinéa, a meu irmão Caio, ao Brites e a Suzy, que com todo amor suportaram a saudade e minhas infinitas ausências: vocês são a minha mais linda torcida.

À minha querida “Toinha”, meu tesouro pequenino, que nesses tempos difíceis e dolorosos, me fez sofrer, chorar, querer largar tudo: como foi difícil estar distante vó, quanta gratidão saber que agora poderei te aproveitar um pouco mais!

A meu pai Cides e minha avozinha Elza, que com toda simplicidade e pureza, foi sustento nas orações diárias de seu humilde tercinho.

Aos presentes lindos que esse mestrado trouxe, aos laços de vida que eu construí, que me fez compreender que o caminho é mais doce quando não se está só!

Aos amigos de vida, de comunidade, de fé... Por todo sustento, carinho, amparo... Por serem sempre esse cuidado e bálsamo para o meu coração.

Ao grupo do estigma pelos cafés, risadas, pelo carinho e, as meninas, pela colaboração e suporte em cada fase do estudo.

À minha orientadora Pollyanna Santos da Silveira pelo cuidado e parceria ao longo desses dois anos de pesquisa.

Ao professor Telmo Mota Ronzani, a professora Daniela Belchior Mota e ao professor Leonardo Martins pelas contribuições que enriqueceram esse trabalho.

Aos participantes da pesquisa pela disponibilidade, acolhida e colaboração que viabilizaram essa pesquisa.

Ao programa de Pós Graduação em Psicologia da UFJF, pela estrutura e suporte necessários que tornaram possível essa conquista.

À CAPES pela bolsa concedida.

À FAPEMIG pelo fomento a pesquisa.

“É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista com o uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas”

(Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Pineault, 1997, p.45)

RESUMO

O redirecionamento da saúde mental, marcado pela criação de uma rede de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, conferiu aos Centros de Atenção Psicossocial papel central na organização e sustentação da rede. Em termos de cuidado em saúde, a instauração dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) representou um marco, visto que, durante muito tempo, a questão das drogas ficou associada a criminalidade e os tratamentos disponíveis pautados em modelos de exclusão/separação. Sabe-se que para garantir a qualidade e efetividade dos CAPS AD é importante que se preze por uma prática baseada em evidências. Nesse sentido, o presente estudo objetivou realizar uma avaliação com os serviços de CAPS AD de Minas Gerais, contemplando questões como a redução de danos, o tratamento, a inclusão social, a articulação dos serviços e os direitos humanos em saúde mental. Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido online. Participaram da pesquisa 31 coordenadores responsáveis pelas unidades de CAPS AD do estado. O convite foi realizado através de e-mail e contato telefônico, utilizando-se a estratégia de censo. Para cada coordenador foi disponibilizado um questionário semi estruturado online de avaliação, elaborado através da ferramenta *Google Forms*. Os resultados preliminares indicam que todos possuem formação superior e que a maioria (80,6%) dos coordenadores teve alguma experiência profissional na área de drogas antes do atual cargo. Em relação às instalações e equipamentos adequados para atender as metas almejadas, 45,2% afirmam não possuir. Ademais, 51,6% afirmam não fornecer programa de treinamento e atualização periódica para profissionais. Espera-se, ao final, contribuir para fomentar as discussões na área.

Palavras-chave: avaliação em saúde, avaliação de serviços, saúde mental, CAPS AD.

ABSTRACT

The redirection of the mental health care system, marked by the creation of a network of substitutive devices to the psychiatric hospital, gave the Centers of Psychosocial Care a central role in the organization and support of the network itself. In terms of health care, the establishment of the Centers for Psychosocial Care - Alcohol and Drugs (CAPS AD) represented a milestone, since for a long time the drug issue had been associated with crime and the treatments available based on exclusion / separation.

It is well known that in order to guarantee the quality and effectiveness of CAPSad it is important to pay attention to an evidence-based practice. Hence, the present study aimed to conduct an evaluation of the services of CAPS AD in Minas Gerais, addressing issues such as damage reduction, treatment, social inclusion, service management and human rights in mental health. It is an exploratory descriptive study developed online. 31 coordinators responsible for the state's CAPS AD units have taken part in the research. The invitations were made through e-mail and telephone, using the census strategy. For each coordinator, a semi-structured online evaluation questionnaire was made available through Google Forms. Preliminary results indicate that all have completed higher education and that the majority (80,6%) of the coordinators has had some professional experience in the area of drugs before taking over the current position. Regarding facilities and proper equipment to meet the intended goals, 45,2% say they do not have access to them . In addition, 51,6% said they do not provide training programs or eventual updating for their professionals. This study is expected, ultimately, to contribute and encourage the discussions in the area.

Keywords: health evaluation, evaluation of services, mental health, CAPS AD.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Mapa de distribuição das respostas dos coordenadores.....	28
Figura 02	Distribuição dos serviços participantes da pesquisa por ano de criação.....	34
Figura 03	Serviços oferecidos de acordo com a coordenação.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Caracterização e distribuição dos CAPS AD por macrorregião de saúde.....	33
Tabela 02	Caracterização dos coordenadores quanto aos dados sociodemográficos.....	34
Tabela 03	Recursos humanos.....	35
Tabela 04	Acessibilidade aos serviços.....	36
Tabela 05	Princípios éticos e direitos dos usuários do serviço.....	36
Tabela 06	Direitos dos pacientes.....	37
Tabela 07	Aspectos Normativos e Financeiros.....	38
Tabela 08	Sistemas de informação e documentação.....	39
Tabela 19	Organização dos Serviços.....	40
Tabela 10	Processos Assistenciais Chave.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Mapa de distribuição das respostas dos coordenadores
CAPS	Distribuição dos serviços participantes da pesquisa por ano de criação
CAPS AD	Serviços oferecidos de acordo com a coordenação
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COPOLAD	Cooperação entre América Latina e a União Européia em Políticas sobre Drogas
CREPEIA	Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas
CRRD	Critérios de redução de demanda de drogas
CREMESP	Conselho Regional de Medicina
CT	Critérios tratamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PPSUS	Programa de pesquisa para O SUS
PRDD	Programas de redução de demanda de Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. FRAGMENTOS DE UM MODELO PROIBICIONISTA: BREVE HISTÓRICO SOBRE AS BASES DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS ANTIDROGAS.....	15
2. A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: BREVE HISTÓRICO.....	17
3. AS AÇÕES DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS: O RECONHECIMENTO DAS DROGAS COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	19
4. OS CAPS AD COMO DISPOSITIVO DA RAPS: REVISITANDO PAPÉIS.....	21
5. OS CAPS AD E A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES.....	23
6. OBJETIVOS.....	27
7. MÉTODOS.....	28
8. RESULTADOS.....	33
9. DISCUSSÃO.....	44
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICES.....	57
ANEXOS.....	75

INTRODUÇÃO

No Brasil, o cuidado em saúde a usuários de álcool e outras drogas não acompanhou, de forma proporcional, o progresso da reforma psiquiátrica. As questões relativas ao uso de drogas, estiveram por muito tempo associadas à práticas de criminalidade e de condutas antissociais, o que contribuiu por incentivar a disseminação de um modelo de assistência de caráter total, fechado, cujo tratamento, de cunho médico, religioso, psiquiátrico, tinha por foco principal a abstinência (Ministério da Saúde, 2003, 2005).

Até 1998, não se tinha disponível nenhuma política específica sobre drogas. As primeiras políticas, de saúde traçadas na área, nascem inspiradas na Política Nacional (antidrogas) pautada na abstinência e no combate às drogas e somente tornam possíveis as ações de redução de danos pelo receio de um surto HIV/AIDS (Souza, 2015, pp. 269-271).

A partir dos anos 2000, transformações na legislação brasileira sobre drogas são importantes para área. De acordo com Alves (2009), ainda que alinhadas ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser um anexo e, mesmo mergulhada em uma estrutura político organizacional de inúmeras contradições, o enfrentamento das questões relacionadas às drogas ganham cada vez mais visibilidade.

Em 2002, com a implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas pela Conferência Nacional de Saúde Mental, reconhece-se a questão do uso prejudicial de substâncias como importante problema de saúde pública. No mesmo ano é instituído pela portaria 336/02 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, dentre as modalidades, é instituído um dispositivo específico, aberto, para assistência aos usuários de substâncias. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), pautados na abordagem de redução de danos, desde então, passaram a ser destinados não somente a prestação de cuidados, mas a ocupação de um papel estratégico na operacionalização de uma rede de serviços.

O presente trabalho é um estudo preliminar de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do estado de Minas Gerais, 15 anos se passaram e não são poucos os desafios que atravessam a prática dos serviços. Desafios agregados pela a complexidade de um contexto atravessado por profundas desigualdades sociais. O primeiro capítulo aborda os fragmentos de um modelo de proibicionista, seu percurso de legitimação, as consequências e primeiras ações de redução de danos no contexto

da saúde. O capítulo segundo traça um breve histórico sobre a reforma psiquiátrica brasileira, seus pressupostos e a criação de um modelo de assistência substitutivo ao hospital psiquiátrico.

O capítulo três contempla sucintamente as primeiras políticas de saúde específicas sobre drogas, as conquistas e transformações de um contexto permeado de complexidades, resistências, incoerências e contradições políticas. O quarto capítulo trata das atribuições dos CAPS AD, do seu papel central em uma rede tão ampla e reforça a importância do suporte “*real*” dessa rede para lidar com uma demanda tão complexa. Finalmente, o capítulo quinto, expõe o contexto de fragilidades e desafios que imperam na prática dos serviços e as possibilidades da ferramenta de avaliação de serviços para que se busque garantir uma prática baseada em evidências. Segue-se, posteriormente para parte específica do estudo que foi desenvolvido de forma online com a coordenação dos serviços de CAPS AD do estado. Espera-se contribuir com elementos que complementem as investigações na área, possibilitando, a reformulação e busca de meios mais efetivos que para, além da qualidade dos serviços, busquem zelar pelos direitos humanos, pela a dignidade, pela autonomia e pelas necessidades dos usuários do serviço.

CAPÍTULO 1 - FRAGMENTOS DE UM MODELO PROIBICIONISTA: BREVE HISTÓRICO SOBRE AS BASES DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS ANTIDROGAS

O uso de drogas seja para fins medicinais, de rituais ou recreativos, sempre esteve presente na história de diferentes culturas, povos e sociedades. O termo “droga”, possivelmente derivado do holandês “*droog*”, nos séculos XVI e XVII, se referia ao conjunto de substâncias naturais utilizadas na alimentação e medicina, mas também utilizado na tinturaria como substância que poderia ser consumida tendo prazer como finalidade (Carneiro, 2005, p. 11). Não existiam formas de regulação do uso, até o século XIX, as formas de controle eram socialmente informais ou por autocontrole (Trad, 2009, p. 97).

Com a explosão da revolução industrial no século XIX, a necessidade de controlar a disciplina do trabalho nas fábricas e amenizar os efeitos do uso de drogas nos contextos sociais, fez surgir tratados internacionais com as primeiras medidas de proibição e de repressão ao uso. Destaca-se, a “lei seca” nos EUA que em 1920 proibiu o consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro em alguns estados e que, em 1933, foi revogada por pressão popular, mas manteve a proibição para drogas ilícitas (Ministério da Saúde, 2014, p. 23).

No contexto brasileiro, criou-se aparato jurídico institucional para controle de drogas e a questão passou a ser abordada de duas formas: a primeira liberal, para drogas legais, cujo consumo era mais frequente; e a outra, intervencionista e punitiva, para drogas ilícitas, na época, ainda incipientes no país (Machado & Miranda, 2007; Trad, 2009, p. 98). Assim, sem compreender as demandas do próprio contexto, o país deixou-se seduzir por interesses internacionais.

As medidas de proibição, de repressão e criminalização do uso, desencadearam a transferência do controle do mercado das drogas para mãos de criminosos. Desse modo, no mercado ilegal, sem qualquer tipo de fiscalização e com a possibilidade de adulteração das substâncias, a potencialização das drogas viabilizou um aumento expressivo do número de mortes, da violência e o enriquecimento de grupos criminosos (Ministério da Saúde, 2014, p. 23).

Para agravar a situação, o discurso médico, as “medidas de internação compulsória”, destilados por uma égide higienista, reforçaram os modelos moralistas e proibicionistas vigentes. O enquadre do modelo médico ao modelo jurídico, inseriram as idéias proibicionistas sob a lógica do paradigma médico-moral (Trad, 2009, p. 106). Dessa maneira,

a influência da ordem médico-psiquiátrica, introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas (Machado & Miranda, 2007).

Em 1976, com a lei nº 6368, foi extinto o caráter compulsório das internações que até então considerava a “toxicomania” como “doença de notificação compulsória”, inviável de tratamento domiciliar (Machado & Boarini, 2013). Contudo, modificações, como a substituição do termo ‘viciado’ por ‘dependente de drogas’, segundo Machado e Miranda (2007) reafirmava a tendência à medicalização dos modelos assistenciais. Para as autoras, a lei foi importante para abrir as portas da assistência aos dependentes de substâncias, no entanto acabou delegando maior força a justiça no controle do uso e do tráfico de drogas.

Nos anos 1980, em contraposição à política repressiva da ditadura militar, novos discursos sobre as drogas e a prevenção, viabilizaram a problematização do modelo proibicionista incorporado a saúde (Trad, 2009, p. 98). As altas exigências do modelo de abstinência reproduziam um cenário de censuras, recriminações e estigmatizações, deflagrando em espaços de assistência pouco acolhedores (Alves, 2009). Assim, ante o aumento da variedade, do uso e da precocidade do consumo, e com a constatação do fracasso das estratégias de guerra às drogas, foi urgente incentivar a criação de políticas, apoiadas por movimentos sociais em prol dos direitos humanos (Machado & Boarini, 2013).

A eclosão da epidemia de AIDS nos anos 80 demandou a formulação de intervenções eficazes no controle da proliferação do vírus e, no campo das drogas, as primeiras ações de redução de danos, foram viabilizadas pelo receio de surto de HIV/AIDS (Machado & Boarini, 2013; Souza, 2015, p. 271). Somente, depois, as ações de redução de danos seriam utilizadas com a compreensão integral e dinâmica da questão (Ministério da Saúde, 2005).

O modelo de estratégias de redução de danos, não foi bem recebido pela sociedade. Sob a justificativa de incitar ao uso de drogas e de gerar gastos indevidos nos cofres públicos, gerou polêmicas e resistências (Machado & Boarini, 2013). No entanto, abriu novos horizontes para se pensar prevenção. A simples troca de conceitos como *comportamento de risco* por *situação de vulnerabilidade* fez ampliar a compreensão de que, para além da perspectiva individual, as questões das drogas estavam atreladas a outras esferas (Machado & Boarini, 2013). Assim, as pesquisas tiraram o foco da substância para compreensão, de forma ampliada, da realidade, do contexto e da dinâmica do consumo (Trad, 2009, p. 108).

O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) criado inicialmente para repressão e controle do tráfico de drogas, passou a apoiar as práticas de redução de danos (Machado &

Miranda, 2007; Machado & Boarini, 2013). O órgão viabilizou não somente os projetos de redução de danos, bem como a pesquisa e as práticas de prevenção, passando a influenciar as políticas sanitárias do país (Machado & Miranda, 2007). O CONFEN, extinto em 1998, foi substituídos pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD).

CAPÍTULO 2 - A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: BREVE HISTÓRICO

Como explicitado, as políticas públicas voltadas para o consumo de drogas, durante muito tempo, foram inspiradas por medidas de repressão ao uso e vinculadas a justiça e não a saúde pública. Desse modo, associada à criminalidade e a transtornos de condutas, o uso problemático de substâncias, inspirou tratamentos, pautados em modelos de exclusão/separação dos pacientes e práticas cujo modelo médico, religioso, psiquiátrico, tinha por foco principal a abstinência (Ministério da Saúde, 2003, 2005). Com o advento da Reforma Psiquiátrica, as questões associadas ao uso de drogas passaram a ser, gradualmente, introduzidas na agenda da saúde mental (Dias, 2014, p. 42).

O movimento da Reforma psiquiátrica encontrou suas origens nas transformações ocorridas nos países da Europa e nos EUA no período posterior à Segunda Guerra Mundial (Yasui, 2011). De forma particular, na Itália, o movimento se destacou por sistematizar uma complexa mobilização social e por incentivar: as transformações nas relações de poder; a criação de estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico; a autonomia dos sujeitos como atores ativos da reforma (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 1990, p. 18). No Brasil, o movimento, constituiu-se ao longo de décadas, marcado por lutas, personagens; trajetórias; mobilizações, discussões e rupturas (Amarante, 2008). O movimento, que provocou a crise do modelo asilar nos anos 70,

veio para protagonizar e construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

Inspirada na experiência italiana, a Reforma Psiquiátrica brasileira, fortalecida pelo contexto de lutas que impelia a reforma sanitária no país, emerge para denunciar um modelo que via no hospital psiquiátrico a única opção possível de tratamento (Gonçalves & Sena, 2001). Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) organizaram o movimento no contexto brasileiro em duas fases: a primeira (1978 a 1991) se traduz por uma crítica ao modelo hospitalocêntrico e a segunda (1992 aos dias atuais) pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares.

Um marco expressivo na primeira fase dessa trajetória é a criação do Projeto de Lei Paulo Delgado 3.657/89 que propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência. Outros marcos teóricos e políticos da saúde são apontados por Hirdes (2009): a 8ª conferência de saúde (1986), que culminou na 1ª conferência de saúde mental (1987), a 2ª conferência em saúde mental (1992) e a 3ª conferência em saúde mental (2001). Desse modo, viu-se germinar os processos que fazem parte do atual cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A “Declaração de Caracas” em 1990, com a participação brasileira, foi marcada por uma revisão crítica do modelo hospitalocêntrico e discussão sobre dignidade, garantia dos direitos humanos e importância da manutenção dos pacientes psiquiátricos em seu meio comunitário (Dias, 2014, p. 30). Vê-se incorporar um novo tempo para a saúde mental, um novo olhar sobre a loucura, não mais inspirado nos estigmas e no medo (Tenório, 2002). Prioriza-se: “o fechamento dos velhos manicômios ou asilos e a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de unidades de atendimento ambulatorial e os centros de atendimento psicossocial, os chamados CAPS” (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Cremesp], 2010, p. 12)

Os Centros de Atenção Psicossocial da Saúde (CAPS) nascem inspirados pela experiência pioneira do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos-SP e despontam de um período de redemocratização, de um processo de transição entre uma fase sanitarista para outra denominada “desinstitucionalização” (Amarante & Torre, 2001). Fase essa, marcada pela lógica da desconstrução, pela mobilização de um processo social amplo que envolveu a participação popular, a territorialização dos serviços e transformações nas relações da sociedade com o fenômeno da loucura (Dias, 2014, p. 33). Assim, o modelo de assistência, antes pautado na exclusão, no isolamento e violação dos direitos básicos do indivíduo, passa a ser norteado pela perspectiva do cuidado e inclusão.

A criação de uma rede de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, reorganiza a saúde mental e passa a oferecer à população atendimentos de maneira aberta, comunitária, integrada e territorializada (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2015). Em termos legais, destacam-se: as portarias 189/91 e 224/92, fundamentais por incentivarem a melhoria dos atendimentos a pacientes com transtornos mentais e organizarem os novos serviços do SUS; a portaria 336/99 que regulamentam os Centros de Atenção Psicossocial; a portaria 106/00 que regulamentam a construção de serviços tipo Residências Terapêuticas; a Lei nº 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e consolida as diretrizes da reforma no país; a Lei 10.708/2003 referente ao Programa de Volta Pra Casa;

Os CAPS passam a funcionar como estruturas intermediárias entre o hospital e a comunidade e sua regulamentação pela portaria 336/2002 traz consigo uma expansão substancial, imprimindo mudanças significativas no cenário da assistência em saúde mental (Costa, Siqueira, Uhr, Silva, & Molinaro, 2011). Organizam-se nas modalidades: CAPS (I, II ou III) definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; infanto-juvenil (CAPSI) específico para atendimento de crianças e adolescentes; e Álcool e Drogas (CAPS AD) destinado a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, 2002).

De acordo com Moraes (2008) a instauração dos CAPS evidencia a passagem da ideia de doentes para a de cidadãos. Tais dispositivos passam a representar uma nova maneira de operacionalizar o cuidado e a assistência em saúde mental, sendo responsáveis pelo acolhimento de pessoas com sofrimentos mentais, pelo trabalho com a autonomia e integração social e familiar dos pacientes (Ministério da Saúde, 2004).

CAPÍTULO 3 - AS AÇÕES DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS: O RECONHECIMENTO DAS DROGAS COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O SISNAD, composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), passou a concentrar as atividades dos setores de repressão (ao uso indevido, tráfico e produção) e de prevenção (tratamento, recuperação e reinserção social) (Machado & Miranda, 2007). Com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas

(SENAD) uma política nacional foi estabelecida, antes disso, as políticas disponíveis eram atreladas a prevenção da disseminação de HIV/AIDS, o país não dispunha de uma política específica sobre drogas (Souza, 2015, p. 269; Dias, 2014).

Em 2002, com a instauração da Política Nacional Antidrogas (PNAD), evidencia-se a fiel posição do Estado brasileiro ao modelo moralista de guerra às drogas. Entretanto, no mesmo ano, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo a questão do uso prejudicial de substâncias como importante problema de saúde pública. No mesmo ano, como supracitado, é instituído na saúde, pela portaria 336/2002, um dispositivo específico para assistência aos usuários de substâncias, os CAPS AD.

Em 2003, em resposta a necessidade de definições de estratégias específicas na área, é formulada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Barbosa et al., 2015). De acordo com as diretrizes da política setorial de saúde, de construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, confere-se aos CAPS AD papel estratégico na organização e articulação de diferentes dispositivos. Tais transformações fomentam a expectativa de um modelo de assistência inspirado na concepção ampliada de redução de danos e no compromisso ético com os direitos dos usuários de substâncias (Alves, 2009).

A Política Nacional sobre Drogas conflui com a política do Ministério da Saúde em 2005, reforçando o objetivo de implantar e colocar em prática uma rede de assistência para os usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009). A política nacional, inspirada em evidências científicas, é atualizada e o prefixo “anti” é substituído por “sobre” ficando Política Nacional sobre Drogas (Souza, 2015, p. 271). Desse modo, as drogas, antes concebida como ameaça, passam a ser compreendidas pelo discurso político emergente como uma questão social complexa (Alves, 2009).

Em 2006, a instituição da Lei nº. 11.343/2006, que revoga as existentes, evidencia um marco significativo na nova legislação brasileira sobre drogas, a nova lei, marcada por modificações importantes, imprime a distinção de usuários/dependentes dos traficantes (Souza, 2015, p. 272). Assume-se uma posição política mais “ponderada” para tratar a questão, aborda-se de forma mais expressiva que anteriormente, as atividades de prevenção ao uso indevido, de atenção à saúde, de reinserção social, bem como são estabelecidas penas alternativas para o crime de porte de drogas para consumo pessoal (Alves, 2009).

A complexidade da questão, o aumento do consumo e a falta de formação de profissionais para lidarem com as especificidades da área, exigem novas estratégias. Assim, em 2010, é instituído o plano de enfrentamento, ao crack, o qual passa a contemplar os Centros Regionais de Referência para formação permanente de profissionais, com intuito de capacitar profissionais do SUS e SUAS e, em uma segunda modalidade, profissionais do meio jurídico (Souza, 2015, p. 272). No mesmo ano, é instituído a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento, transtorno mental e necessidades associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas – RAPS (Portaria 3.088) e CAPS AD passam a assumir papel central na operacionalização de uma rede de serviços.

CAPÍTULO 4 - OS CAPS AD COMO DISPOSITIVO DA RAPS: REVISITANDO PAPÉIS

Com intuito de contemplar não somente o cuidado clínico, mas a reabilitação psicossocial e a organização da rede (Ramminger & Brito, 2011), a implantação dos CAPS AD se traduz na saúde pública em uma tentativa de ultrapassar as abordagens moralistas vigentes (Santos & Oliveira, 2012). Em comparação prévia com os gastos decorrentes das internações nos anos de 2002, verificou-se que tais dispositivos possibilitam dez vezes mais atendimentos, a um custo cinco vezes menor, e com maior qualidade de assistência (Ministério da Saúde, 2003, p. 42).

Inspirados na abordagem de redução de danos, pautados por uma política antagônica ao modelo de abstinência de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (Alves, 2009), o novo modelo assistencial, vem substituir a lógica, cujo paciente passivo passa a protagonista de sua condição de vida e cuidado (Ronzani et al., 2015). Desse modo, propõe-se a ruptura do modelo de cuidado tradicional, modifica-se a maneira de lidar com sofrimento mental (Lacerda, 2016, p. 33).

A fim de almejar a reinserção familiar, social e comunitária, os CAPS AD passam a contemplar a intersectorialidade, a multidisciplinariedade, o acompanhamento em território, além de incluir intervenções precoces para contenção do estigma associado ao tratamento (Lacerda, 2016, p. 40; Ministério da Saúde, 2003, p. 26). Os atendimentos, disponibilizados

nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, são ainda concebidos dentro de um plano terapêutico individualizado (Ministério da Saúde, 2003, p. 24), passam a contemplar

uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (Ministério da Saúde, 2004, p. 24).

Como eixo articulador entre os demais dispositivos, os CAPS AD assumem papel fundamental na proposta organizativa das RAPS (Trapé, 2015, p. 46). Incluída no “conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do SUS” (Costa, 2014, p. 25), a implantação da RAPS pela Portaria 3088 em 2011, reforça a relevância de um modelo de atenção à saúde mental dentro de uma ótica ampliada da assistência (Trapé, 2015, p. 45).

Assume-se por prioridade a atenção comunitária, a participação social e a ênfase na assistência ao usuário de crack, álcool e outras drogas (Trapé, 2015, p. 45). A RAPS passa a compreender os seguintes pontos de atenção: a) atenção básica em saúde; b) atenção psicossocial especializada; c) atenção de urgência e emergência; d) atenção residencial de caráter transitório; e) atenção hospitalar; f) estratégias de desinstitucionalização; g) reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Tais níveis e seus dispositivos, não podem ser compreendidos de forma isolada e sim como “articulações permanentes” concebidos pela lógica da construção contínua de vínculos do cuidado (Costa, 2014, p.27). Como grandes teias, compostas de centros e nós que as tornam complexas e resistentes, nas redes é importante que *“não se perca a dimensão de que o seu eixo organizador são as pessoas, sua existência, seu sofrimento”* (Ministério da Saúde, 2004, p.12).

Os CAPS AD, ao assumir papel estratégico na articulação e organização do grande tear que são essas redes (Ministério da Saúde, 2004, p.12), não devem ser vistos como responsáveis sozinhos pela assistência. O esforço isolado de um setor é mínimo para envolver a complexidade dos componentes de uma demanda tão complexa como as drogas (Costa, 2014, p. 32). Por isso é fundamental a responsabilização compartilhada entre os diferentes dispositivos (Ministério da Saúde, 2004, p. 11). Em outras palavras,

nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se

enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (Ministério da Saúde, 2003, p. 11).

CAPÍTULO 5- OS CAPS AD E A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES.

Como supracitado, os CAPS AD, possuem papel estratégico, que ultrapassa o cuidado clínico, contemplando a reabilitação psicossocial e a organização de uma rede de serviços (Ramminger & Brito, 2011). Para que consigam transpor os obstáculos de uma prática fragmentada, o suporte “real” dessa rede, torna-se condição *si ne qua non*. A falta de estrutura, de cobertura, de capacitação, de recursos financeiros e humanos é ainda uma realidade dos serviços. Um estudo de referência realizado nos CAPS do estado de São Paulo pelo Conselho Regional de Medicina – CREMESP (2010) evidenciou lacunas nos serviços como cobertura insuficiente, estrutura inadequada, carência de leitos, quadro de profissionais incompleto, problemas na acessibilidade, dificuldade na articulação com outros serviços, dentre outros. Esses achados coadunam com a pesquisa de Bernardi e Kanan (2015) no estado de Santa Catarina, que apontou deficiências na estrutura, no número de leitos, no quadro de profissionais, inclusive médicos em serviços de CAPS AD.

Um levantamento realizado pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado federal em 2011 constatou ainda que, além da falta de dados atualizados sobre dependência de substâncias no país,

a rede pública de atendimento a dependentes químicos é mínima, desarticulada e, via de regra, não oferece possibilidade de internação. Assim, fica ainda mais difícil a recuperação de quem está aprisionado pelas drogas, entre elas o álcool, cujos riscos para os usuários e disseminação são superiores aos de qualquer outra substância. Na ausência do Estado, comunidades terapêuticas, geralmente ligadas a religiosos, oferecem alternativas às famílias para o tratamento dos seus dependentes químicos. Porém, os serviços dessas entidades não obedecem a padrões e, por isso, ficam sem apoio público (Brasil, 2011)

Relatos da Organização Mundial da Saúde (2012) apontam para a irônica existência de violações de direitos humanos e de discriminação dentro de serviços de saúde, dentre os quais

serviços especializados na assistência de álcool e outras drogas (WHO, 2012). No Brasil, um levantamento realizado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (2011), em locais de internação para usuários de drogas, evidenciou em todo país práticas que, frequentemente travestidas de proteção e cuidado, ocultavam graves violações de direitos humanos e maus-tratos.

Nesse sentido, a avaliação de serviços é importante para assegurar a qualidade e efetividade dos serviços. A mera redução da reforma psiquiátrica a um simples processo de desospitalização, sem a completa desconstrução do hospital psiquiátrico e a total transferência da atenção em saúde mental para serviços substitutivos da rede seria falível (Amorim & Dimenstein, 2009). O insucesso de práticas, muitas vezes “bem intencionadas”, porém não pautadas em critérios de efetividade, atrelado a preocupação com a percepção da violência e a morbimortalidade tem contribuído para fomentar pesquisas, estudos de amplo alcance na área de avaliação de serviços (COPOLAD, 2014). O interesse dos pesquisadores em se debruçar, investigar e avaliar as políticas públicas voltadas a questão do cuidado em álcool e outras drogas provém da complexidade e das lacunas ainda existente entre o conhecimento científico e as práticas implementadas (Bello, 2015, p. 20).

Dessa maneira, destaca-se a importância da avaliação, reavaliação e reformulação dos serviços a fim de contribuir para assegurar o melhor tratamento disponível (OMS, 2001, p.25). A avaliação é uma ferramenta que possibilita acessar as necessidades, prioridades, sondar a efetividade (Bandeira, 2015, p. 20) e auxiliar nos processos decisórios (Almeida & Escorel, 2001; Dantas & Oida, 2014). É singular por permitir responder às demandas de forma transparente (Almeida & Escorel, 2001). Vista como um processo, é fundamental por auxiliar na busca de transformações em direção a qualidade almejada (Akerman & Nadanovsky, 1992).

Contandriopoulos, Champagne, Denis, e Pineault (1997) salientam que as definições de avaliação são tão numerosas que seria possível afirmar que cada avaliador constrói a sua. Entretanto, os autores afirmam que é consensual considerar que avaliar possui por fundamento principal fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com intuito de auxiliar na tomada de decisões. Os autores destacam quatro tipos de objetivos oficiais de uma avaliação:

ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);

contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental) (p.34).

Guba e Lincoln (1989) historicamente identificam quatro gerações distintas de avaliações: a primeira, classificada como mensuração, muito utilizada para medir (seja a produção, o conhecimento, a inteligência etc), possui por foco principal os resultados e a utilização de instrumentos para aferir os fenômenos investigados; a segunda geração, definida por descrição, não aborta, mas supera a anterior ao conferir ao avaliador papel de descritor, o qual descreve os pontos fortes e fracos no decorrer processo avaliativo (emerge nesse período à avaliação dos programas); na terceira geração, julgamento, o avaliador, soma as funções anteriores, o papel de juiz, além de medir e descrever o processo de avaliação, o mesmo é incumbido de estabelecer julgamentos a partir desse processo; Tais gerações, embora apresentem avanços em relação à fase anterior, possuem uma série de limitações, dentre as quais: a tendência a supremacia do ponto de vista gerencial; o desprezo do contexto; a supremacia dos métodos quantitativos; a desresponsabilização moral e ética do avaliador nos processos envolvidos (Guba & Lincoln, 1989). Assim, em resposta a essas limitações, é proposto pelos autores a quarta geração, avaliação responsiva que, diferente das gerações anteriores, não se utiliza de parâmetros e limites estabelecidos *a priori*, inspirada no construtivismo, os parâmetros e limites da avaliação são determinados dentro de um processo de interação entre os diferentes atores envolvidos no processo de avaliação.

A instauração do campo de avaliação em saúde, como objeto de investigação científica, vê incorporar gradativamente as ampliações e sofisticções que organizam o campo atual em das três grandes vertentes: a avaliação tecnológica (focada sobretudo na segurança, efetividade e custo de tecnologias de produto ou de processo), a avaliação de programas (focada em conjuntos articulados de atividades voltados para uma população alvo), e a avaliação de qualidade (focada em serviços assistenciais de saúde, especialmente médicos) (Nemes, 2001, p. 7).

Na América Latina, devido às pressões por melhorias e programas na área da saúde, correntes recentes se diferenciam quanto às medidas adotadas: a primeira, tem por objetivo garantir a eficiência de programas com menor recurso; a segunda, considera a importância do aumento de investimentos de acordo com os padrões internacionais; a última, possui por pretensão zelar pela melhoria dos serviços por meio de lutas por processos de democratização e de empoderamento dos grupos envolvidos (Bosi & Mercado-Martinez, 2011, p. 39).

Contandriopoulos et al. (1997) dividem a avaliação de serviços em dois tipos: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira, geralmente realizada por órgão reguladores, investiga os componentes da intervenção de acordo com normas e critérios, comparando a forma como os recursos são empregados, sua organização, produção e os resultados produzidos. A segunda, pesquisa avaliativa, frequentemente confiada a pesquisadores externos, utiliza-se de métodos científicos para elaborar julgamento posterior a uma intervenção, analisando as relações que existem entre os diferentes componentes da mesma.

Os autores definem por pesquisa avaliativa o procedimento que possui por objetivo um julgamento ex-post de uma intervenção utilizando métodos científicos. De outro modo,

trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (Contandriopoulos et al., 1997, p. 37).

As pesquisas avaliativas podem ser de dois tipos: pesquisa formativa e pesquisa somativa. Denominada também como pesquisa de processo, a pesquisa formativa trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa que utiliza diversas fontes de dados para compreender o funcionamento do serviço. A pesquisa somativa, denominada pesquisa de resultados, realizada após certo tempo de funcionamento do serviço, faz uso de uma metodologia quantitativa para avaliar os efeitos de um programa ou serviço e investigar se está sendo efetivo, se precisa de reformulações (Smith como citado em Bandeira, 2015, p. 25)

Por não se ter uma cultura avaliativa local, no Brasil, o campo de avaliação em saúde, encontra resistências (Furtado & Lapière, 2011, p. 19). Existem muitos movimentos, esforços, pesquisas, no entanto, em uma cultura que por tanto tempo negligenciou as práticas em saúde, a avaliação de serviços consiste ainda em um árduo desafio. Desafio que necessita ser superado, uma vez que se verifica ser cada vez mais consensual a importância da investigação científica e suas possíveis contribuições para o planejamento e implementação de políticas mais efetivas no que tange ao uso de substâncias psicoativas (Bello, 2015, p. 20). Desse modo, compreendendo as dificuldades, mas também a importância da avaliação de serviços para um campo de uma demanda tão complexa como das drogas, o presente estudo pretende contribuir com elementos que inspire reflexões e estratégias que busquem garantir, não somente a qualidade e efetividade desses dispositivos, mas que zelem pelos direitos humanos, pela dignidade, autonomia e atenda as reais necessidades dos usuários do serviço.

CAPÍTULO 6 – OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivo geral avaliar os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de Minas Gerais contemplando questões como a acessibilidade, tratamento, inclusão social, articulação dos serviços e direitos humanos em saúde mental.

Os objetivos específicos consistem em:

- A) Verificar os aspectos estruturais dos serviços, tais como as condições de acesso, instalações e equipamentos adequados;
- B) Investigar se o serviço reconhece os direitos do indivíduo, pautados na autonomia e na participação do usuário;
- C) Identificar aspectos sobre o processo de tratamento, a disponibilidade de serviços e a articulação com os demais dispositivos;
- D) Verificar os aspectos normativos e organizativos do serviço, de recursos humanos, bem como se existem critérios de avaliação nos serviços.

CAPÍTULO 7 – MÉTODO

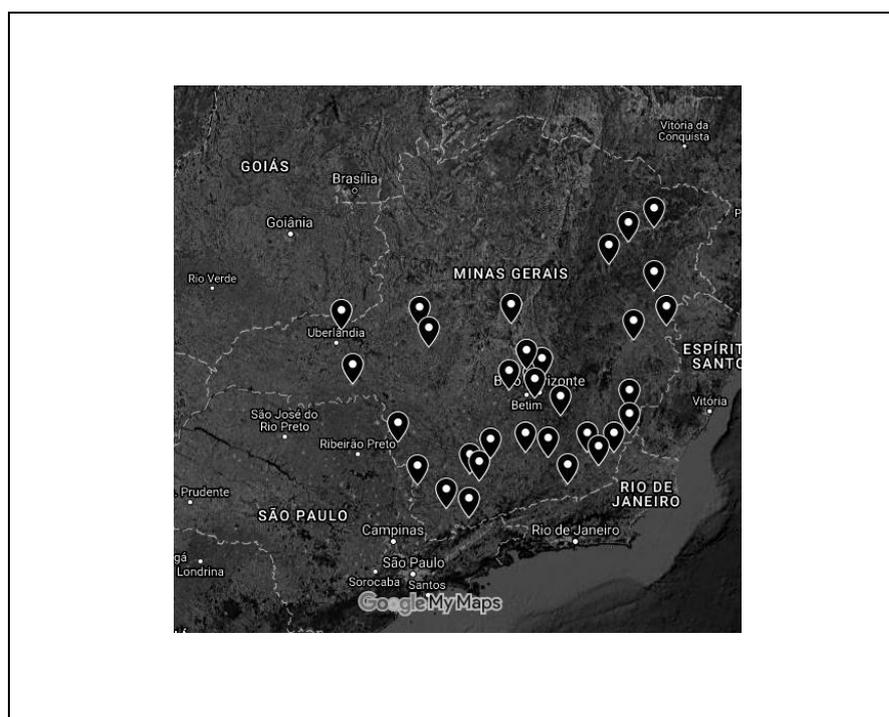
Trata-se de um estudo transversal descritivo desenvolvido através de um censo online com a coordenação dos CAPS AD do estado de Minas Gerais. O estudo tomou por referência o programa “Calidad y Evidencia en Reducción de la demanda de Drogas” elaborado pela Cooperação entre América Latina e a União Européia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD).

7.1 Participantes

Participaram, da presente pesquisa, a coordenação de 31 CAPS AD do estado de Minas Gerais. O convite foi realizado através de e-mail e contato telefônico. Foram considerados inelegíveis para o presente estudo os participantes afastados ou de licença médica e aqueles em férias no período da coleta.

Figura 01

Mapa de distribuição das respostas dos coordenadores



Nota: elaboração própria pela ferramenta *Google Maps*.

7.2 Instrumentos

Optou-se por escolher uma ferramenta atual que trata com sensibilidade a questão da acessibilidade ao tratamento, da discriminação, se configurando como projetos de referência no que tange a questão dos Direitos Humanos e que possuem por finalidade avançar em pontos que garantam a maior liberdade, segurança e efetividade dos serviços:

1) *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas: marco de referencia*

para la acreditación de programas – o programa possui por finalidade identificar, acordar e difundir critérios que possibilitam considerar qualidade e evidência na implementação de programas de redução de demanda de Drogas (PRDD), sendo sistematizado por seis critérios e em duas partes: uma *básica e*, outra, que contém a primeira, *avanzada*. Optou-se por trabalhar com a parte mais completa do instrumento, parte avançada. Dos seis critérios disponíveis no instrumento, foram eleitos dois. As questões do programa são distribuídas por eixos temáticos conforme explicitado nos critérios selecionados:

a) *critérios comuns a todos os programas de redução de demanda de drogas (CRRD);*

Critérios Estruturais: (15 questões na parte avançada)

- Princípios éticos e direitos das pessoas beneficiárias do programa;
- Aspectos normativos;
- Aspectos Financeiros;
- Recursos Humanos;
- Infraestruturas e instalações;
- Mecanismos de coordenação e colaboração;

Critérios Funcionais do Processo: (8 questões na parte avançada)

- Aspectos organizativos;
- Sistemas de informação e documentação;

Critérios de avaliação: (2 questões na parte avançada)

b) *critérios para acreditação dos programas de tratamento (CT);*

Critérios Estruturais: (16 questões na parte avançada)

- Aspectos normativos;
- Direitos dos pacientes;
- Acessibilidade aos serviços e programas de tratamento;
- Recursos humanos;
- Infraestruturas e Instalações;
- Mecanismos de colaboração e coordenação;

Critérios Funcionais ou de Processo: (32 questões na parte avançada)

- Organização dos serviços;
- Carteira de apresentação dos serviços;
- Processos Assistenciais chave;

Critérios de avaliação de resultados: (5 questões na parte avançada)

Como é possível observar, cada um dos critérios do instrumento organizam-se em eixos que se referem a sua natureza: o eixo *critérios estruturais* inclui questões referentes aos aspectos materiais e financeiros dos serviços, sua composição, qualificação, equipe etc; o eixo *critérios funcionais ou de processo* abarca questões referentes a acessibilidade, a organização, coordenação dos serviços e seus objetivos; por fim, o eixo de *avaliação* engloba os mecanismos de avaliação interna e externa que permitem conhecer a efetividade das intervenções;

7.3 Procedimentos

O estudo de desenho transversal descritivo foi desenvolvido de forma *online*. Para Freitas, Janissek-Muniz, Andriotti, Freitas e Costa (2004) a pesquisa via web possui como vantagens, a dinamicidade e o baixo custo. Segundo os autores, ela permite que mais pessoas tenham acesso ao instrumento, fornecendo maior flexibilidade, uma vez que a pesquisa disponibilizada na internet é possível ser acessada no momento mais oportuno. Nesse sentido, os coordenadores de CAPS AD, após convidados por telefone a participarem da pesquisa, receberam por e-mail um link de acesso ao formulário elaborado a partir da ferramenta *Google Forms*, juntamente com o termo de consentimento livre e a carta de apresentação da pesquisa.

O estudo é um trabalho preliminar desenvolvido pelo Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) da Universidade

Federal de Juiz de Fora, entre os períodos de março 2016 a fevereiro 2018, com a coordenação de serviços de CAPS AD do estado de Minas Gerais. Foram considerados elegíveis para a pesquisa os serviços inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) até julho de 2016, credenciados pelo subtipo “Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas”.

A pesquisa passou por uma fase piloto no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017, contou com a participação da coordenação da saúde mental de Juiz de Fora, professores, funcionários do CAPS AD e uma ex coordenadora de CAPS AD para auxílio e adaptações das questões do instrumento conforme a realidade brasileira. Após essa fase, iniciaram-se os contatos com as coordenações.

Os questionários ficaram disponíveis para resposta na plataforma no prazo de abril a novembro de 2017. Das coordenações de CAPS AD elegíveis para a pesquisa: 31 enviaram os questionários dentro dos prazos acordados ou após envio dos lembretes; Oito instituições que disseram consentir participar, não enviaram os questionários, mesmo mediante lembretes, contato telefônico e extensão dos prazos; Oito serviços¹ não conseguiram responder pelo atraso de autorização de terceiros, como secretarias municipais, gerências de educação em saúde, entre outros; Três municípios se recusaram a participar da pesquisa em função da troca recente de coordenação ou outro impedimento; Um serviço, embora disponível e cadastrado como CAPS AD, não foi elegível para pesquisa por informar funcionar como um serviço de CAPS tradicional; Cinco unidades não conseguiram ser contatadas (não tinham telefone ou não completava chamadas ou ligações não eram atendidas). Todos os recursos possíveis, por meios e estratégias de comunicação diferentes (facebook, whatsapp, celular, contato com as secretarias e prefeituras) foram utilizados para assegurar a inclusão do maior número de coordenadores na pesquisa.

7.4 Análise dos dados

Os dados, após importados pelo *google drive*, foram compilados, organizados e analisados, utilizando-se por medida a estatística descritiva. As variáveis numéricas foram

¹quatro de Belo Horizonte: o estudo foi inviabilizado pelos trâmites de análises da gestão de educação em saúde do município, que mesmo ante conformidade do projeto com os critérios éticos estabelecidos, exigiu nova submissão do projeto ao comitê de ética da capital e inclusão da co-participação do órgão na pesquisa, contudo os prazos já haviam sido extrapolados.

descritas utilizando-se mínimos, máximos, mediana, desvio padrão e uso de intervalos e frequência relativa e absoluta para as questões específicas do instrumento. As análises foram realizadas pelo *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 22.0.

7.5 Aspectos Éticos

O estudo é um desdobramento do projeto intitulado “Avaliação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas no Sistema Único De Saúde” o qual é financiado pelo “Edital 14/2013 – Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS”, processo nº APQ-03256-13, com duração de 24 meses. A pesquisa contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF conforme parecer em anexo. Todos participantes consentiram sobre a realização da pesquisa, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A realização da coleta foi efetuada conforme prazo e disponibilidade dos participantes. Os resultados serão divulgados em meios públicos, com honestidade científica, mantendo o nome dos participantes em anonimato. O retorno dos resultados será disponibilizado aos participantes por e-mail.

CAPÍTULO 8 – RESULTADOS

A tabela 1 apresenta uma caracterização da distribuição dos CAPS AD de Minas Gerais distribuídos entre as 13 as macrorregiões de saúde do estado:

Tabela 01

Caracterização e distribuição dos CAPS AD por macrorregião de saúde

Macrorregiões de saúde MG	Extensão Territorial*	Nº de Municípios por região de abrangência**	Pop. Estimada** 2016	Nº de CAPS AD cadastrados até 2016 ***	Nº de CAPS AD participantes da pesquisa
Centro	58.12	103	6.574.968	14	4
Centro Sul	15.811	51	788.353	4	2
Jequitinhonha	20.567	23	298.645	3	2
Leste	32.447	86	1.536.591	3	2
Leste do Sul	15.169	53	699.751	1	1
Nordeste	56.641	63	935.587	3	2
Noroeste	79.594	33	699.974	3	2
Norte	122.88	86	1.678.958	6	1
Oeste	28.552	54	1.276.557	5	1
Sudeste	24.665	94	1.669.802	5	5
Sul	53.766	153	2.787.614	10	7
Triângulo do Norte	42.784	27	1.281.989	4	1
Triângulo do Sul	35.535	27	768.771	1	1

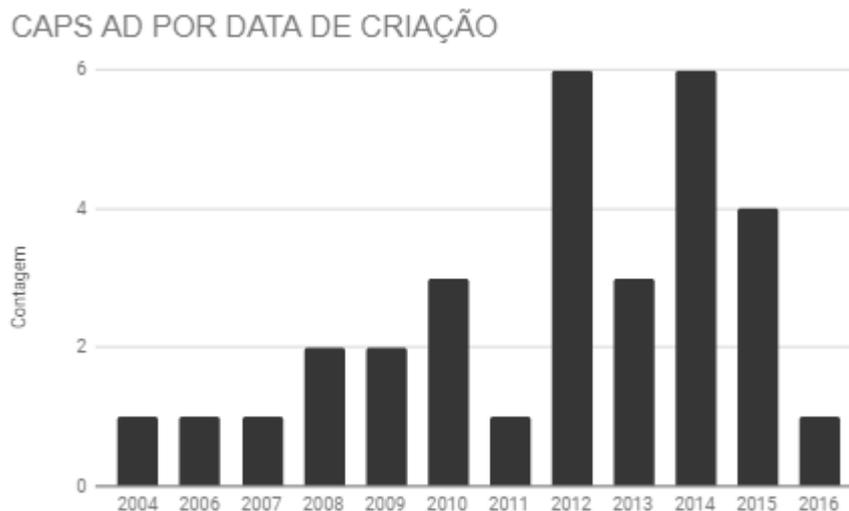
Nota: dados extraídos de *IBGE-População Estimada; **PDR-SUS/MG; ***CNES/DataSus, tabela elaborada pela autora.

Conforme é possível visualizar na tabela 01, dos CAPS AD cadastrados até julho de 2016, as macrorregiões que mais tiveram maior participação na pesquisa, em ordem decrescente foram: sudeste (100%); triângulo do sul (100%); leste do sul (100%); sul (70%); jequitinhonha (66%); leste (66%); nordeste (66%); noroeste (66%); centro sul (50%); Dentre as regiões que tiveram menor participação na pesquisa estão incluídas, centro (28,5%); oeste (20%); norte (16,6%);

Pela figura 02, observa-se que dos serviços que colaboraram com pesquisa, a grande maioria (n=22), possui menos de seis anos de funcionamento.

Figura 02

Distribuição dos serviços participantes da pesquisa por ano de criação



Nota: Elaboração própria, dados extraídos pelo CNES/DataSus.

Com base nos questionários respondidos (n=31), os resultados específicos do questionário referentes à parte sociodemográfica do estudo, no que se refere ao tempo de ocupação no cargo de coordenação do serviço, em meses, houve variação de 1 a 84 meses, com média de 24,9, mediana de 12 e desvio padrão de 25,6 meses. Os dados sobre os aspectos sociodemográficos são expostos pela tabela 02.

Tabela 02

Caracterização dos coordenadores quanto aos dados sociodemográficos.

Variáveis	Categoria	n =31	%
Profissão anterior ao cargo da coordenação	Enfermeiro	15	48,39%
	Psicólogo	7	22,58%
	Terapeuta Ocupacional	2	6,45%
	Outros	5	16,13%
Escolaridade	Pós-graduação completo	22	70,97%
	Ensino Superior completo	7	22,58%
	Pós-graduação incompleto	2	6,45%
Tempo de coordenação	Até 1 ano	17	54,80%
	Mais que 1 ano até 2 anos	3	9,70%
	Mais que 2 anos até 3 anos	1	3,20%
	Mais que 3 anos até 4 anos	4	12,90%
	Mais que 4 anos até 5 anos	3	9,70%
	Mais que 6 anos até 7 anos	3	9,70%
Experiência profissional anterior em AD	Sim	25	80,60%
	Não	6	19,40%

No que se refere às questões específicas do instrumento, dentro dos critérios estruturais, no que se refere ao eixo de recursos humanos, sobre o serviço dispor de recursos humanos suficientes (número de funcionários) para garantir a realização das atividades, 58,1% dos coordenadores concordaram garantir, 38,7% não concordaram e 3,2% não souberam informar. A maioria dos respondentes (83,9%) concorda que os profissionais que integram a equipe responsável pelo desenvolvimento do serviço têm as habilidades necessárias para desenvolver suas funções, 9,7% discordam e 6,5% não souberam informar. Na tabela 03 são expostos os escores sobre a disponibilidade de programas de formação e treinamento de profissionais.

Tabela 03

Recursos humanos

Variáveis	Categorias	n	%
Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar possuem experiência e formação específica reconhecida na área de dependência de substâncias?	Sim	20	64,5%
	Não	8	25,8%
	Não soube informar	3	9,7%
Os profissionais dispõem de um programa de formação continuada e reciclagem permanente?	Sim	13	41,9%
	Não	16	51,6%
	Não soube informar	2	6,5%
É fornecido a todos os funcionários recém-contratados pelo serviço treinamento e atualização periódica em termos de procedimentos terapêuticos, gestão e avaliação dos problemas associados com o abuso de substâncias?	Sim	17	54,8%
	Não	13	41,9%
	Não soube informar	1	3,2%

No tocante aos aspectos de infraestrutura e instalações nos serviços, 51 % dos respondentes concordam que o serviço dispõe de instalações e equipamentos adequados para atender as metas do programa, 45,2% não concordam e 3,2% não souberam informar; Grande parte dos coordenadores (67,7%) afirmam que o tamanho das instalações está adequado ao volume de usuários atendidos, porém 32,3% confirmam ser ainda inadequado; A maioria dos coordenadores (71,0%) confirma que o serviço de tratamento dispõe de um estoque de medicamentos corretamente autorizados, uma área segura para os arquivos dos históricos clínicos, no entanto, 29,0% disseram ainda não possuir.

Para os critérios de acessibilidade aos serviços, 96,8% dos coordenadores confirmam que o serviço contempla diferentes vias que permite o acesso ao tratamento, 3,2 % não soube responder; A grande maioria (93,5%) confirma que o serviço dispõe de critérios de indicação terapêutica definido e por escrito, baseados em um diagnóstico biopsicossocial dos usuários,

6,5% responderam não dispor de tais critérios. Os resultados sobre os critérios de inclusão e exclusão dos usuários nos serviços os dados são expostos pela tabela 04.

Tabela 04

Acessibilidade aos Serviços

Variáveis	Categorias	n	%
No serviço há critérios de inclusão e exclusão que definem adequadamente o acesso de usuários para diferentes modalidades de tratamento?	Sim	27	87,1%
	Não	4	12,9%
	Não soube informar	0	0%
Existem critérios definidos de referência, inclusão, indicação terapêutica e exclusão para desintoxicação em ambientes hospitalares?	Sim	22	71,0%
	Não	5	16,1%
	Não soube informar	4	12,9%
Há critérios (inclusão/ exclusão) definidos para o encaminhamento para comunidade terapêutica?	Sim	21	67,7%
	Não	6	19,4%
	Não soube informar	4	12,9%

No que se refere a parte de princípios éticos e direitos dos pacientes, todos os coordenadores concordaram que as condições de acesso e permanência no serviço estão disponíveis igualmente para todos os participantes, independente de sexo, idade, raça, opiniões políticas, status legal ou social, religião, condições físicas ou psicológicas ou oportunidades socioeconômicas e que o programa trata as informações de forma confidencial, totalizando 100% das respostas;

Tabela 05

Princípios éticos e direitos dos usuários do Serviço

Variáveis	Categorias	n	%
São oferecidas intervenções baseadas em evidências, adaptadas de acordo com a realidade pessoal de cada indivíduo?	Sim	30	96,8%
	Não	0	0,0%
	Não soube informar	1	3,2%
São informados os possíveis riscos e desvantagens antes de obter do usuário seu consentimento para intervenção?	Sim	27	87,1%
	Não	2	6,5%
	Não soube informar	2	6,5%
A participação dos menores de idade nos programas e serviços incluem autorização prévia dos pais ou responsáveis?	Sim	29	93,5%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	1	3,2%
O serviço garante o tratamento adequado e busca garantir aos usuários direitos: a livre escolha entre diferentes opções terapêuticas.	Sim	30	96,8%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	0	0,0%

Ainda sobre os direitos dos pacientes, todos os respondentes concordam que o serviço garante aos usuários o tratamento adequado e busca garantir aos usuários o direito a: acesso e a prestação de serviços de saúde, psicológico e social que integram o processo assistencial com prazos definidos e conhecidos (n=31); voluntariedade para iniciar, manter um processo terapêutico e interromper, exceto em casos previstos por lei (n=31); receber informe de alta, uma vez finalizado o processo assistencial (n=31); conhecer as regras do centro (regulamento interno), em todos os aspectos que pode afetar-lhe, bem como o nome e as qualificações dos profissionais responsáveis por sua assistência (n=31); Totalizando 100% das respostas. Os demais resultados são expostos pela tabela 06.

Tabela 06

Direitos dos Pacientes

Variáveis	Categorias	n	%	
O serviço garante o tratamento adequado e busca garantir aos usuários direitos:	Sim	30	96,8%	
	Não	1	3,2%	
	• a livre escolha entre diferentes opções terapêuticas.	Não soube informar	0	0,0%
		Sim	1	96,8%
		Não	0	0,0%
	• à informação, pela equipe de tratamento a respeito dos diferentes serviços disponíveis, o tratamento proposto e o processo a ser seguido, as razões, os benefícios e riscos a se esperar.	Não soube informar	0	0,0%
		Sim	28	90,3%
		Não	1	3,2%
	• registro ou suporte técnico de todas as informações do seu processo assistencial; consentimento outorgado antes de realizar procedimento de diagnóstico ou terapia que implique em riscos para sua saúde ou que envolvam caráter experimental ou como parte de projetos educacionais ou de pesquisa.	Não soube informar	2	6,5%
		Sim	21	67,7%
		Não	9	29,0%
	• a assinatura de um contrato terapêutico que explique o conteúdo e a justificativa do tratamento, os direitos concedidos aos usuários e as obrigações assumidas pelos mesmos.	Não soube informar	1	3,2%

No tocante aos aspectos normativos e financeiros dos serviços, 83,9% dos respondentes afirmam que o serviço cumpre as exigências que a legislação do país estabelece em matéria de licença para abertura, funcionamento e autorização como centro especializado (derivadas das normas gerais que regulam os centros de saúde e das específicas de centros de tratamento para dependência de substâncias: existência de equipe técnica básica, condições de segurança e salubridade, ausência de barreiras físicas, etc.), 6,5% dos respondentes responderam que não cumprem as exigências e 9,7% dos respondentes não souberam informar. Os demais resultados incluem, conforme tabela 07:

Tabela 07*Aspectos Normativos e Financeiros*

Variáveis	Categorias	n	%
O serviço atende as leis e regulamentos aplicáveis em termos de: <ul style="list-style-type: none"> • Fiscalização • de trabalho • de proteção de dados • oportunidades iguais no trabalho Periodicamente, o serviço presta contas às instituições e organizações que o financiam e todas as partes interessadas no seu desenvolvimento?	Sim	28	90,3%
	Não	0	0,0%
	Não soube informar	3	9,7%
	Sim	27	87,1%
	Não	2	6,5%
	Não soube informar	2	6,5%
	Sim	29	93,5%
	Não	0	0,0%
	Não soube informar	2	6,5%
	Sim	28	90,3%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	2	6,5%
	Sim	27	87,1%
	Não	2	6,5%
	Não soube informar	2	6,5%

No que se refere aos mecanismos de colaboração e coordenação, 54% dos respondentes confirmam que o serviço se integra a outros planos amplos já existentes no município ou região, como por exemplo, planos comunitários de prevenção do consumo de drogas; 41,9% diz não integrar e 3,2% não soube informar. A maior parte dos coordenadores (87,1%) concordam que serviço fornece os procedimentos de referência para atenção às necessidades (educacionais, sociais, de saúde) dos seus usuários à outros recursos ou serviços comunitários; 6,5% afirmam não fornecer e 6,5% não soube informar.

Sobre a disponibilidade de procedimentos de coordenação e cooperação com outros centros de assistência para dependência de substâncias, assim como interconsulta e encaminhamento a serviços gerais (p.ex. serviços de saúde, rede de saúde mental, judicial, social, etc.), 96,8% dos coordenadores confirmam que o serviço dispõe, 3,2% não souberam informar. No que se refere aos aspectos organizativos, 77,4% dos respondentes confirmam que o serviço tem meta e missão definidas; 19,4% afirmam não possuir e 3,2% não souberam informar.

No tocante ao eixo de sistema de informação e documentação, todos os respondentes concordam que o serviço mantém um registro dos usuários, totalizando 100% das respostas. 77,4% confirmam que os sistemas de informação do serviço incorporam dados para uma avaliação contínua das necessidades das pessoas que acessam os serviços, incluindo as

alterações ou resultados derivados da participação no serviço, 19,4% negam incorporar e 3,2% não souberam informar.

Apenas 32,3% dos respondentes confirmam contemplar a colaboração de parcerias com sistemas de informação local, regional e nacional existentes no campo da redução da demanda com a utilização de indicadores e procedimentos de coleta de dados padronizados para processamento, exploração ou a sua inclusão em bases de dados centralizadas, a maioria, 54,8% nega contemplar e 12,9% não soube informar; Mais da metade dos participantes (64,5%) confirmam a disponibilidade de protocolos que favorece a implementação de intervenções padronizadas, 29% afirmam não dispor, 6,5% não sabem informar; Um número significativo de coordenadores (77,4%) confirma que, a fim de permitir uma apreciação dos resultados, o serviço realiza avaliações ou registro da situação dos usuários antes e depois de sua participação, 16,1% afirmaram não realizar e 6,5% não souberam informar. Os demais critérios de avaliação são exibidos pela tabela 08.

Tabela 08

Sistemas de Informação e Documentação

Variáveis	Categorias	n	%	
Existe no serviço um plano para avaliar o serviço no qual define:	Sim	10	32,3%	
	• conteúdo da avaliação (avaliação do processo, cobertura, resultados, etc.)	Não	16	51,6%
		Não soube informar	5	16,1%
		• procedimentos e instrumentos utilizados na avaliação	Sim	13
	Não		14	45,2%
	Não soube informar		4	12,9%
	• os indicadores de avaliação.	Sim	11	35,5%
		Não	14	45,2%
		Não soube informar	6	19,4%
	• tipo de avaliação realizada (interna, externa ou mista)	Sim	10	32,3%
		Não	13	41,9%
		Não soube informar	8	25,8%
	• utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação e alterações de programa).	Sim	12	38,7%
		Não	14	45,2%
		Não soube informar	5	16,1%
• vias e mecanismos para a divulgação dos resultados e seus destinatários.	Sim	7	22,6%	
	Não	17	54,8%	
	Não soube informar	7	22,6%	
O serviço realiza avaliações ou registros da situação dos usuários antes e depois de sua participação, a fim de permitir uma apreciação dos resultados?	Sim	24	77,4%	
	Não	5	16,1%	
	Não soube informar	2	6,5%	

Com relação ao eixo de critérios funcionais ou de processo, no que se refere a parte de organização dos serviços, a maioria, 83,9% afirmam que o planejamento do serviço foi precedido de uma avaliação de necessidades e um diagnóstico de situação, para 3,2% não houve um planejamento e 12,9% não souberam responder. Grande parte dos coordenadores (87,1%) concorda que o serviço de tratamento está integrado a uma rede de serviços ampla, em que participam outros centros de tratamento, 12,9% nega haver integração.

Quanto a existir mecanismos claramente definidos de entrada e saída da rede assistencial do serviço, a maioria (74,2%) confirma existir, 16,1% disseram que não e 9,7% não souberam informar. Quase todos os coordenadores (90,3%) concordam que seu serviço dispõe de um modelo de referência que estabelece as funções dos CAPS dentro da rede de saúde, os processos e procedimentos para acessá-los, e mecanismos de encaminhamento de pacientes entre os serviços da rede, 6,5% discorda e 3,2% não soube informar. Todos os respondentes confirmam que o serviço é baseado em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar do uso, abuso e dependência de substâncias, totalizando 100% das respostas. Os outros critérios da parte de organização de serviços são exibidos na tabela 09.

Tabela 09

Organização de serviços

Variáveis	Categorias	n	%
Há um registro pessoal de cada usuário, no qual são descritos os profissionais responsáveis e que fazem parte de sua história clínica?	Sim	29	93,5%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	1	3,2%
Dispõem de um sistema de informação que permite registrar o conjunto de intervenções assistenciais realizadas pelo serviço, compatíveis com o sistemas de informação local, regional e nacional?	Sim	26	83,9%
	Não	4	12,9%
	Não soube informar	1	3,2%
O tratamento inclui a avaliação diagnóstica, a atenção de saúde psicológica e social e o desenvolvimento de diferentes atividades destinadas a melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas afetadas?	Sim	30	96,8%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	0	0,0%

No tocante a carteira de serviços, dentro dos critérios de avaliação dos resultados, apenas 32,3% concordam que são utilizados métodos e instrumentos que tem demonstrado ser úteis na investigação e estudos de avaliação das atividades assistenciais realizadas por outras instituições para avaliar a eficácia dos serviços, a maioria 54,8% confirma não utilizar e 12,9% não souberam informar. Sobre o serviço contemplar a avaliação dos resultados do

processo assistencial, identificando os indicadores a utilizar, 45,2% concordam que utiliza, 35,4% confirmam que o serviço não contempla e 19,4% não soube informar.

Pouco mais da metade dos coordenadores (51,6%) disseram que serviço não inclui a avaliação de satisfação do usuário com o tratamento dos profissionais e de outras pessoas interessadas, 41,9% dos respondentes confirmam a avaliação de satisfação do usuário nos serviços em que atuam e 6,5% não souberam informar. Apenas 35,5% informaram dispor de um sistema de avaliação periódica da atividade assistencial, com base em indicadores objetivos (adesão ao tratamento, altas, resultados obtidos), 51,6% confirmam que o serviço não dispõe de um sistema de avaliação periódica e 12,9% não souberam informar. Também a maioria dos respondentes (61,3%) confirma que o serviço não dispõe de um programa de acompanhamento dos usuários após a saída do tratamento, incluindo o monitoramento periódico de recaídas por métodos objetivos, 32,2% disseram dispor e 6,5% não souberam informar.

Dentro do eixo de Carteira de serviços, no que se refere aos processos assistenciais chave, os coordenadores concordaram que o serviço inclui como mínimo: informação e orientação (100%); avaliação e diagnóstico (100%); tratamento e controle terapêutico (96,8%); cuidado familiar (93,5%); apoio a inclusão social (96,8%). A Figura 03 representa a distribuição dos serviços oferecidos de acordo com a coordenação.

Figura 03

Serviços oferecidos de acordo com a coordenação



Nota: dados de distribuição dos serviços por modalidade.

Sobre a disponibilidade de um programa para prevenção, identificação e controle de doenças infecciosas, as respostas ficaram divididas, a maioria (48,4%) afirmaram não possuir, 45,2% dos respondentes disseram possuir e 6,5% não soube informar. A maioria dos coordenadores (61,3%) confirma que o serviço dispõe de um guia de processos e procedimentos que permite protocolar os atendimentos fornecido ao público, garantindo a equidade e qualidade do atendimento e facilitando o estabelecimento de sistemas de informação e avaliação da atividade assistencial, 22,6% disseram não possuir e 16,1% não soube informar.

Todos os respondentes afirmam que os profissionais proporcionam informações ao usuário e a família sobre as opções terapêuticas existentes; Ademais, 100% dos participantes concordam que o serviço identifica descreve e documenta os processos que fazem parte do tratamento desde a admissão até a conclusão do tratamento. Grande parte dos participantes (74,2%) concordam que o serviço dispõe de um documento de consentimento informado com informações sobre o tratamento e recuperação, do programa terapêutico oferecido ao usuário, 25,8% dos respondentes confirmam não dispor.

A maioria dos coordenadores (67,7%) confirma que é realizada uma avaliação e diagnóstico integral, de caráter biopsicossocial, dos usuários que acessam o tratamento de acordo com os manuais, normas, critérios e procedimentos internacionais e padronizados, 19,4% discordam que haja uma avaliação e diagnóstico integral e 12,9% não souberam informar. Todos os participantes confirmam que os dados da avaliação diagnóstica são voltados para a história clínica integral de cada usuário. Quase todos os respondentes (93,5%) concordam que o serviço adota um plano de tratamento individualizado para cada usuário, incluindo a modalidade de intervenção, metas terapêuticas, atividades, recursos a utilizar, duração e fases, com base em um diagnóstico prévio, apenas 6,5% confirmam não haver. A maioria dos coordenadores (71%) confirma que o serviço leva em consideração a perspectiva de gênero na elaboração do plano de tratamento, 19,4% afirmam não ser levada em consideração a perspectiva de gênero e 9,7% não souberam informar.

Quase todos os coordenadores (96,8%) concordam que a proposta terapêutica é informada e pactuada com o usuário mediante a um contrato terapêutico, incluindo as intervenções com os familiares, se necessário, apenas uma pequena parcela (3,2%) discorda que a proposta seja pactuada nesses moldes. Um número bastante expressivo (93,5%) dos respondentes concorda que cada usuário possui uma "referência profissional" que é responsável por centralizar todos os fluxos informativos e que é responsável pelo seguimento

do plano de tratamento; Ademais, a grande maioria (96,8%) concorda que o plano terapêutico inclui estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, apenas 3,2% não soube informar;

Sobre o serviço oferecer um programa de tratamento com múltiplos componentes de caráter biopsicossocial, que combina terapia farmacológica, tratamento psicológico comportamental e tratamento psicológico cognitivo comportamental, terapia de grupo, incluindo a família e parceiro, 96,8% dos respondentes confirmam fornecer, 3,2% dos responderam não fornecer. Os demais resultados podem ser apreciados na tabela 10.

Tabela 10

Processos Assistenciais Chave

Variáveis	Categorias	n	%
A todos os usuários são fornecidas as diretrizes para a redução de riscos e danos associados ao consumo de substâncias, independente do objetivo do tratamento orientar-se ou não em torno da abstinência?	Sim	28	90,3%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	2	6,5%
Reuniões periódicas da equipe técnica do serviço são realizadas para avaliar a evolução do tratamento e para possibilitar mudanças no plano terapêutico, bem como outros serviços são inseridos para assegurar a continuidade do tratamento?	Sim	30	96,8%
	Não	1	3,2%
	Não soube informar	0	0,0%
O profissional de referência examina periodicamente junto com o usuário a evolução do tratamento estabelecido e introduz alterações necessárias para garantir o cumprimento dos objetivos previstos no plano de tratamento individual?	Sim	28	90,3%
	Não	2	6,5%
	Não soube informar	1	3,2%
A duração do tratamento será determinada pelo grau de cumprimento dos objetivos estabelecidos com o serviço e em função dos motivos de finalização devidamente definidos (alta terapêutica e voluntária, encaminhamento, abandono, força maior)?	Sim	26	83,9%
	Não	4	12,9%
	Não soube informar	1	3,2%
O regulamento interno da instituição dispõe de critérios de expulsão ou exclusão do tratamento de usuários e das medidas cabíveis nestes casos?	Sim	11	35,5%
	Não	18	58,1%
	Não soube informar	2	6,5%

Com relação à questão aberta inserida na parte sociodemográfica do estudo, se o serviço se encontra compatível com os critérios estabelecidos pela gestão antes de sua entrada no serviço e os principais desafios, 14 participantes responderam que o serviço se encontra compatível com os critérios estabelecidos pela sua gestão, 4 participantes responderam que o serviço se encontra em processo de adequação, 4 participantes disseram que o serviço não se encontra compatível e 9 participantes responderam apenas a pergunta referente aos desafios. Os principais desafios apontados pelos coordenadores incluem: trabalhar a rede de atenção primária; falta de materiais e profissionais; trabalhar o território; capacitação da equipe;

manter estoque de insumos e medicamento; falta de investimentos e recursos financeiros e humanos; rotatividade e evasão; ampliar o matriciamento; articulação satisfatória com demais serviços de saúde e outros setores; o apoio da sociedade civil de forma geral e inclusão dos usuários no mercado de trabalho; adesão dos pacientes ao tratamento e reinserção social do paciente.

CAPÍTULO 9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por sua natureza avaliativa, o estudo, encontrou a priori, alguns desafios. Ainda que assegurado o sigilo, o receio de uma pesquisa avaliativa pode ter se configurado como um problema para que mais participantes aderissem a pesquisa. Embora providenciado todos os cuidados metodológicos, a própria declaração de infraestrutura, emitida pela secretaria de saúde do estado, exigida pelo comitê de ética, bem como a autorização de secretarias de saúde de alguns municípios, podem ter contribuído para o receio ou mesmo viés de desejabilidade de algumas respostas. Para Castro-Santos (2014), as normas vigentes do CONEP, representam, “*o cabal desconhecimento e desconsideração das condições e condutas inerentes à pesquisa em ciências sociais e humanas*”. Sabe-se que é fundamental zelar pelo rigor ético no exercício profissional e na realização de qualquer pesquisa. Contudo, impera reforçar a importância de uma plataforma que não despreze as peculiaridades de cada campo.

A Organização Mundial da Saúde (2010) ressalta a importância de se buscar garantir uma cobertura universal para que, de fato, consiga atender a demanda das populações (WHO, 2010). Um cálculo simples de distribuição da estimativa populacional por CAPS AD, em cada macrorregião de saúde (exposto na tabela 01), demonstra que a cobertura ainda é insuficiente na maior parte das regiões, 15 anos após a portaria 336/02 e os serviços ainda não foram totalmente implantados. Embora se observe um aumento significativo no número de CAPS AD nos últimos anos, 70,9% dos serviços participantes da pesquisa possuem menos de 6 anos de criação, em decorrência da cobertura insuficiente, muitos serviços operam de forma sobrecarregada, lidando muitas vezes com uma demanda maior que a estipulada. Ademais, muitos serviços que operam em estruturas provisórias, nem sempre são favorecidos pelas condições de acesso, quando não precisam lidar com o descaso das administrações públicas.

No tocante às questões do questionário, nota-se como aspecto positivo da parte sociodemográfica do estudo, que todos os coordenadores (n=31) possuem, no mínimo, graduação completa; 70% possuem ainda pós-graduação completa. Constata-se, em coerência com os estudos de Clementino et al. (2016) e Cunha (2016), no leque de diferentes profissões de formação dos coordenadores participantes da pesquisa, um número expressivo de enfermeiros (48,39%). Soares, Camelo, Resk e Terra (2016) confirmam esse potencial da enfermagem para assumir os cargos de gestão. Os autores sugerem, para melhoria desempenho nos cargos, ser importante inserir nos cursos de enfermagem oportunidades para

o contato dos alunos com a experiência prática dos cargos, possibilitando a diferenciação entre as funções de cuidado e coordenação.

Os demais escores, precedidos de psicólogos (22,58%), terapeutas ocupacionais (6,45%) e outros (16,13%), demonstram que diferentes profissões podem atender ao cargo. Destarte, reforça-se a importância de considerar programas formativos para capacitação de gestores. Segundo Lorenzetti, Lanzoni, Assuiti, Pires e Ramos (2014), no contexto brasileiro, é cultural considerar que administração é algo que se aprende na prática, que qualquer profissional sabe gerir.

No que se refere ao tempo de cargo na coordenação, atenta-se para o fato de mais da metade (n=17) dos coordenadores estarem incluídos no primeiro ano de exercício. Os dados, coletados em ano de posse das prefeituras, evidenciam dois desafios importantes que atravessa a realidade dos serviços: a rotatividade da gestão e consequente descontinuidade administrativa. Por serem cargos de confiança, a rotatividade da gestão, constatada por (Lorenzetti et al., 2014), justifica-se pela conexão existente entre os mandatos e as eleições (Cunha, 2016). Pensar estratégias que consigam driblar os desafios provocados pela rotatividade da gestão, torna-se de fato indispensável. Segundo Nogueira (2006), a constante troca nos cargos, gera, muitas vezes, a interrupção de projetos, engavetamento de planos e iniciativas, atravessados por um viés político que muitas vezes se sobressai. Para o autor, não se considera as qualidades ou méritos das ações descontinuadas; tais medidas repercutem no desperdício de recursos públicos, na perda de memória e saber institucional, na desmotivação das equipes e no aumento da tensão e da “*animosidade*” entre técnicos e gestores que vêm e vão ao “*sabor*” das eleições.

Sabe-se que no Brasil, vive-se uma realidade antagônica, no qual profissionais de saúde se veem demandados lidar com questões multifatoriais, no entanto carecem de formação suficiente para a abordagem complexa requeridas por tais questões (Costa & Paiva, 2016). Desse modo, dentro da parte de recursos humanos, alguns dados despertam atenção:

Mais de um terço dos coordenadores dos serviços (38,7%) concordam que os serviços não dispõem de recursos humanos suficientes para garantir a realização das atividades; menos da metade (41,9%) afirma que o serviço possui programa de formação continuada, a maioria, 51,6% nega possuir; apenas pouco mais da metade (54,8%) dos respondentes confirma que os serviços possuem programa de treinamento para funcionários contratados e atualização periódica, 41,9% dos participantes confirma carecer.

Silva e Silva e Knobloch (2016) destaca a importância da formação contínua e inclusão de espaços de reflexões acerca de valores morais e pré-concebidos dos trabalhadores, uma vez que estes afetam diretamente o manejo nos serviços. Ademais, dentro do universo de 41,9% dos participantes que confirmam possuir programa de formação continuada, é válido não desprezar algumas particularidades.

Os programas de formação, quando dispostos em horários alternativos, muitas vezes inviabilizam a participação daqueles profissionais que possuem uma jornada dupla de trabalho, por vezes até em cidades diferentes. Para Ramminger e Brito (2012) esse tipo de jornada dupla não é incomum entre os profissionais de saúde, por conta do próprio vínculo instável (contrato temporário) e remuneração precária. Ademais, quando inseridos no horário de trabalho, nos casos em que não é possível que o serviço seja de todo interrompido, a participação completa da equipe fica comprometida. Desse modo, para além de culpabilizar os profissionais que não recebem de forma digna e precisam complementar a renda, reflete-se acerca dos reflexos do sucateamento da saúde, que muitas vezes sobrecarrega e nem sempre viabiliza os meios e condições para que os profissionais consigam exercer suas funções de maneira mais efetiva.

É possível que alguns resultados reflitam um processo transitório, já que, como supracitado, muitos dos serviços participantes da pesquisa são novos. No caso do eixo de infraestrutura e instalações, 45% dos respondentes concordam que os serviços ainda não dispõem de instalações e equipamentos adequados e 32,3% confirmam que o tamanho ainda não é adequado ao volume dos usuários. Sabe-se que somente a viabilização de aspectos meramente estruturais, não é suficiente para se garantir uma prática efetiva, no entanto, não se pode negar as implicações desses aspectos na organização dos serviços.

Dentro do mesmo eixo, sobre o estoque de medicação disponível no serviço, salienta-se que em alguns lugares, a distribuição é realizada em postos de farmácia popular. Assim, pode ser que alguns coordenadores tenham respondido que não há o estoque no serviço (mas sem considerar se há distribuição na cidade) ou vice versa. As respostas desse eixo, faz despertar algumas reflexões.

Embora a maioria (71%) dos respondentes confirme dispor de um estoque de medicamento devidamente autorizado, não é possível desprezar algumas especificidades. Particularmente sobre o acesso a medicação por usuários advindos de cidades vizinhas, em que, em alguns lugares, esse acesso é inviabilizado por conta de repasse de verbas entre as prefeituras. Assim, por incluir medicações específicas, nem sempre disponíveis nos

municípios menores, muitos usuários, se veem relegados a adquirir a medicação por conta própria. Compreende-se que cada serviço possui uma organização específica e a maneira de lidar com esse tipo de usuário pode diferir entre eles, no entanto, tais elementos demonstram o quanto que barreiras administrativas atentam para o próprio princípio do SUS, a universalidade do cuidado.

Na parte de acessibilidade dos serviços, reflete-se acerca da possibilidade da existência de critérios rígidos de inclusão e exclusão de tratamento. Segundo relatos da OMS (2010), estudos corroboram para esclarecer que dentre os motivos que levam pessoas em condições crônicas a não completarem o tratamento estão os gastos com o transporte. Assim, é preciso considerar as condições e meios de acesso desses usuários aos serviços. Em muitos lugares, exige-se que os usuários frequentem no mínimo três vezes na semana, quando na verdade muitos deles mal possuem recursos para satisfazer as necessidades básicas, quanto mais para o gasto oneroso com passagens de ônibus. Existem os casos de usuários que necessitam de uma maior flexibilidade, como aqueles que precisam trabalhar ou fazer bicos. Desse modo, a plasticidade dos serviços, é condição fundamental para conseguir atender as demandas dos usuários. Do contrário, acaba-se por culpabilizar os usuários pela não adesão ao tratamento, quando por uma prática engessada se dificulta o acesso.

As questões referentes aos princípios éticos e direitos dos pacientes, por abarcar itens de respostas socialmente aceitáveis com pontuações altas, pode ser que tenham sido comprometidas pelo viés de desejabilidade social. Para Costa e Hauck Filho (2017) a presença de itens com conteúdo valorativo (desejável ou não) coaduna para existência desse tipo de resposta. Ademais, sabe-se que diferentes motivos podem justificar a estigmatização do uso de drogas no contexto da saúde, principalmente o fato de que, por vezes, o consumo de drogas não ser visto por profissionais como um problema de saúde, mas atribuído a falha de caráter, responsabilizando o usuário pelo aparecimento e solução do problema (Ronzani, Noto, & Silveira, 2014, p.8). Tais atitudes estigmatizantes, acabam resumindo o indivíduo ao uso da droga. De outro modo, deixa-se de compreender o indivíduo usuário de drogas como criatura comum e total, passa-se a reduzi-lo a uma pessoa estragada, diminuída e desacreditada (Bard, Antunes, Roos, Olschowsky, & Pinho, 2016). Assim, em um contexto onde o álcool e as drogas assumem forte conotação moralizante (Ronzani & Furtado, 2010), o estigma social acaba sendo um desafio a ser superado.

Sobre o eixo de aspectos normativos e financeiros, os participantes que marcaram a opção “não soube informar” em aspectos básicos do serviço, tornou questionável o

conhecimento dos mesmos acerca dos serviços que gerenciam. No entanto, como a maioria está incluída no primeiro ano de serviço, pode ser tais respostas sejam reflexos de um processo de adaptação e apropriação do serviço.

Na parte de Mecanismos de Colaboração e Coordenação, sobre a integração do CAPS AD a outros dispositivos, pela própria configuração da rede dos serviços de saúde, eram esperadas algumas respostas. No entanto, questiona-se sobre a integração de fato da rede, para além da simples soma de um conjunto de práticas fragmentadas. Andrade (2011) aponta dentre os principais desafios do CAPS AD a ausência de territorialidade, que faz com que os serviços sejam confundidos ou ainda operem como pequenas unidades psiquiátricas. Costa, Mota, Paiva e Ronzani (2015) afirmam que ainda são poucos os usuários que acessam os dispositivos. Os principais desafios apontados pelos coordenadores na parte aberta confirma que é preciso *“trabalhar a rede de atenção primária”; trabalhar o território”; “articulação satisfatória com demais serviços de saúde e outros setores”*. Nesse sentido, confirma-se a importância repensar o planejamento e a forma de operacionalização desses serviços.

No que concerne aos critérios de avaliação institucional, dentro do eixo de Sistema de Informação e Documentação, os achados coadunam com a carência de uma cultura avaliativa. Para Filho, Souza e Gonçalves (2011) existe um desafio que é fazer da avaliação prática cotidiana dos serviços, incorporada não somente por gestores, mas por trabalhadores e usuários. Os autores ressaltam a importância da inclusão de diferentes atores no processo avaliativo e a superação das avaliações verticalizadas.

CAPÍTULO 10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos traz alguns elementos para discutir alguns desafios que hoje imperam nas práticas dos CAPS AD de Minas Gerais: é indiscutível a importância da capacitação, do treinamento e do investimento na formação dos profissionais da área para que se preze uma prática baseada em evidências. Ademais, a atuação do CAPS AD, sem o concreto apoio da gestão municipal e suporte da rede, se torna deficitária, desgastante e sobrecarregada. Nesse sentido, é importante garantir que todos se impliquem nesse processo, que busquem uma atuação mais ampla, menos paliativa e fragmentada.

Pela natureza da pesquisa, por ser um estudo de avaliação, pode ser que aqueles que consentiram sua participação, sejam coordenadores mais engajados ou mesmo que se sentiram mais confortáveis para participação no estudo. Impera-se considerar que muitos serviços ainda são novos e encontram-se em fase transitória de implantação. Ademais, por ser um estudo preliminar e explicitar apenas a visão de um dos atores envolvidos nesse processo, os dados coletados devem ser analisados com cautela.

Sugere-se estudos que possam aprofundar os dados apresentados, por conta das próprias limitações e recortes de um estudo transversal. Recomenda-se, para investigações futuras que seja realizada uma análise estratificada realçando as especificidades entre os serviços CAPS AD II e AD III que, por conta da própria organização e estrutura, exprimem em alguns aspectos, desafios distintos. Sugere-se, pesquisas que investiguem a diferença do modelo de contratação dos profissionais (concurados ou contratados) e análise do seu impacto para formação contínua, já que rotatividade foi um dos desafios pontuados pelos coordenadores na parte aberta da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Akerman, M., & Nadanosky, P. (1992). Avaliação de serviços de Saúde - Avaliar o quê? *Caderno de Saúde Pública*, 8(4), 361-365.
- Almeida, P. F., & Escorel, S. (2001). Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde e Debate*, 25(58), 35-47.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Amarante, P. D. C. (2008). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp. (Temas em Saúde). Resenha. *Caderno de Saúde Pública*, 24(4), 941-943.
- Amarante, P. D. C., & Torre, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34.
- Amorim, A. K. M. A., & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1), 195-204.
- Andrade, T. M. (2011) Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(12), 4665-4674.
- Bandeira, M. (2015). Princípios Norteadores para avaliação de Serviços em Saúde Mental. In: M. Bandeira, L.A. Lima & S. Barroso (orgs) *Avaliação de Serviços de Saúde Mental: Princípios Metodológicos, Indicadores de Qualidade e Instrumentos de Medida*. (pp.20). Petrópolis: Vozes
- Barbosa, G., Oliveira, M., Moreno, V., Padovani, C., Claro, H., & Pinho, P. (2015) Satisfação de Usuários num Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 31-37.
- Bard, N. D, Antunes, B., Roos, C.M., Olschowsky, A., & Pinho, L. B. (2016) Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24, 1-7.
- Bello, L. A. (2015). Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: T. M. Ronzani, P. H. A. Costa, D. C. B. Mota, & T. J. Laport (Orgs.), *Redes de atenção ao usuários de Drogas : políticas e práticas* (pp.20). São Paulo: Cortez.
- Bernardi, A. B., & Kanan, L. A. (2015) Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde debate*, 39(107), 1105-1116.
- Bosi, M. L. M., & Mercado-Martinez, F. J. (2011) Avaliação de Políticas Programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In.:

- R.O. Campos & J.P. Furtado. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 9 de abr.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 20 de fev.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 24 de dez.
- Brasil. Senado Federal (2011). *Crack Assusta e revela um Brasil despreparado*. Recuperado em 23 de janeiro de 2018 em https://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf
- Carneiro, H. (2005) Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo. In.: R. P. Venâncio & H. Carneiro. *Álcool e Drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda – Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Castro-Santos, L. A. (2014) Crítica aos atuais comitês de ética na pesquisa no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 21 (1), p.364-366.
- Clementino, F. S., Miranda, F. A. N., Martiniano, C. S., Marcolino, E. C., Junior, J. M. P., & Dias, J. A. (2016) Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20 (4), 261-268.
- Costa, A. R. L. & Hauck Filho, N. (2017). Menos desejabilidade social é mais desejável: Neutralização de instrumentos avaliativos de personalidade. *Interação em Psicologia*, 21 (3), 239-249.
- Costa, N. R., Siqueira, S. V., Uhr, D., Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011) Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4603-4614.
- Costa, P. H. A. (2014) *Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas: um estudo exploratório*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.
- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. (2015) Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(10), 3243-3253.
- Costa, P. H. A. Mota, D. B. Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2015) Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(2), 395-406.

- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016) A formação profissional para o trabalho na área de álcool e outras drogas: reflexões a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Pesquisa e Práticas Psicossociais*, 11(3), 539-551.
- Conselho Federal de Psicologia. Comissão Nacional de Direitos Humanos (2011). *Relatório da 4a Inspeção nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Recuperado de: http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_111128_002.html.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo [Cremesp] (2010). *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo* (pp.12). Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima: São Paulo.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J.L., & Pineault, R. (1997) A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Z. M. A. Hartz (orgs) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997
- Cunha, S. G. S. (2016) *A tomada de decisão de gestores da atenção secundária à saúde*, Dissertação de Mestrado, Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Dantas, C. R., & Oda, A. M. G. R. (2014). *Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013)*. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4], 1127-1179.
- Dias, A. I. S. (2014) *Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da agenda de álcool e outras drogas: caso do estado do Rio de Janeiro*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Airouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Filho, S. S., Souza, T. P., & Gonçalves, L. (2011) Avaliação como dispositivo de humanização em Saúde. In.: R. O. Campos & J. P. Furtado. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. (p.261) Campinas: Editora Unicamp.
- Freitas, H., Janissek-Muniz, R., Andriotti, F. K., Freitas, P., & Costa, R. S. (2004) Pesquisa via internet: características, processo e interface. *Revista Eletrônica GIANTI*. Retirado de: http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004_140_rev_eGIANTI.pdf
- Furtado, J. P., & Lapière, H. (2015) A avaliação da avaliação. In.: R. O. Campos & J. P. Furtado. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989) *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications
- Hirdes, A. (2009) A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Revista ciência e saúde coletiva*, 14(1), 297-305.

- Lacerda, C. B. (2016) *Desentorpe(sendo): significações sobre um CAPS AD para usuários em acompanhamento*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil
- Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014) Gestão em saúde no Brasil: diálogos com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(2), 417-425.
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013) Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(3), 580-595.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007) Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça a saúde pública. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, 14(30), 801-821.
- Melo, A. M. C. (2012). Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(9), 84-95.
- Mesquita, J. F., Novellino, M. S. F., & Cavalcanti, M. T. (2010). *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental*. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf
- Minas Gerais (2016). Plano Diretor de Regionalização (PDR). *Adscrição de municípios por macro e microrregiões*. Recuperado em janeiro de 2018 de <http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>
- Ministério da Saúde (2003) *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (pp.42). Série B: Textos Básicos de Saúde. Brasília.
- Ministério da Saúde (2004) *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (pp.9). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Retirado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Ministério da Saúde (2005) *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.
- Ministério da Saúde (2014). Álcool e Outras Drogas: da coesão a coerção. Florianópolis: Módulo Drogas e sociedade. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19345/course/section/1147/pdf%20modulo%201%20-%20050314.pdf>
- Moraes, M. (2008) O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e saúde coletiva*, 13(1), 121-133.
- Mota, D. C. B. (2011) *Implementação de políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas em nível municipal*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

- Nemes, M. I. B. (2001) *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST*. Aids no Brasil. Associação brasileira interdisciplinar de Aids (ABIA). Rio de Janeiro. Disponível em:
http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20fundamentos%20avaliacao%20N1.pdf
- Nogueira, F. A. (2006) *Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.
- Organização Mundial de Saúde (2001) *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS.
- Programa de Cooperación entre América latina y la Unión Europeaeen Políticas [COPOLAD] (2014) *Calidad y Evidencia en Reducción de la demanda de Drogas: Marco de referencia para acreditación de programas*. Madrid.
- Rammigger, T., & Brito, J. C. (2011). “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, 24(1), 150-160.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010) Estigma social sobre o uso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Costa, P. H. A. (2015) Avaliação de necessidades em saúde mental: utilizando métodos participativos. In.: S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos e L. Pollejack. *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Nova Friburgo: synopsys.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., & Silveira, P. S. (2014) *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990) A Reforma Psiquiátrica no contexto da Europa ocidental e dos “Países Avançados”. In.: F. Rotelli, O. Leonardis, D. Mauri & C. Risio. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- Santos, J. A. T., & Oliveira, M. L. F. (2012) Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Jornal of Nursing Health*, 1(2), 82-93.
- Silva e Silva, D. L., & Knobloch, F. (2016) El equipo como un lugar de formación: la educación permanente en un Centro de Atención Psicosocial referido al alcohol y otras drogas, *Interface (Botucatu)*, 20(57), 325-35.
- Soares, M. I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. S.(2016) Nurses’ managerial knowledge in the hospital setting. *Revista Brasileira Enfermagem*, 69(4), 631-637.
- Souza, D. P. O. (2015) Políticas sobre Drogas e Redes Sociais: Desafios e possibilidades. In: E. A. Silva, Y. G. Moura & D. K. Zugman(Orgs). *Vulnerabilidades, Resiliência e Redes: uso, abuso e dependência de substâncias*. São Paulo: Red publicações.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(1), 25-59.

- Trad, S. (2009) Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: Nery Filho, A., et al. orgs. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*.(pp.99-112).Salvador: Editora da Universidade Federal. Disponível em <http://books.scielo.org/id/qk/pdf/nery-9788523208820-06.pdf>
- Trapé, T. L. (2015) *Rede de atenção à saúde mental: estudo comparado brasil-catalunha*. Tese de Doutorado, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil.
- Yassui, S. (2011). Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, ciência, saúde - Manguinhos*. 18(2), 585-589.
- World Health Organization [WHO] (2012) *WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva.
- World Health Organization [WHO] (2010). *Health Systems Financing: the path to universal coverage [internet]*. Genebra (CH).

APÊNDICES

Apêndice A: Carta de apresentação da pesquisa



CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO

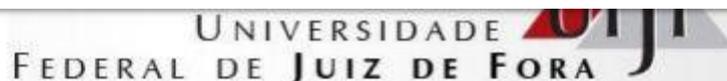
Prezados/as Coordenadores/as,

Vimos, por meio desta, apresentar uma síntese do projeto de pesquisa que a título acadêmico pretende ser desenvolvido pela nossa equipe a âmbito estadual. O objetivo do presente projeto intitulado **"Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do estado de Minas Gerais"**, sob orientação da pesquisadora Pollyanna Santos Silveira, consiste em **conhecer a realidade e as condições de funcionamento dos serviços, a forma de atuação dos profissionais e o conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos**. O motivo que nos impulsiona a fazê-lo é **que a avaliação de serviços nos permite compreender as necessidades, os desafios e a efetividade dos serviços**. O estudo será desdobrado em duas partes, na primeira, serão convidados a participar da pesquisa todos os coordenadores de serviços de CAPSad do estado Minas Gerais e consistirá na resposta de um questionário online disponibilizado por e-mail através da ferramenta Google forms. Na segunda, um serviço de cada macrorregião de saúde receberá visitas técnicas, nas quais, profissionais e usuários também serão convidados a responder um questionário. Durante todo o processo da pesquisa será assegurado o anonimato dos dados individuais. Espera-se que ao final do estudo, a pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico bem como para pensar sensíveis avanços que contribuam para o fomento de políticas públicas e a busca por estratégias que superem desafios e que contribuam para assegurar a qualidade e efetividade destes serviços. Desde já agradecemos pela atenção e disponibilidade em colaborar com a nossa pesquisa.

Juiz de Fora, 23 de março de 2017

Nome do Pesquisador Responsável: Pollyanna Santos da Silveira
Endereço: Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora, Rua José Lourenço Kelmer, S/Nº - São Pedro
CEP: 36036-900 / Juiz de Fora - MG
Fone: (32) 2102-3101
E-mail: pollyannasilveira@gmail.com / pesquisacrepeia@gmail.com

Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Alcool e Outras Drogas (CAPSad) do estado de Minas Gerais**. Nesta pesquisa pretendemos conhecer a realidade e condições de funcionamento dos serviços, a forma de atuação dos profissionais e avaliar o conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos. O motivo que nos leva a estudar é que a avaliação de serviços é uma ferramenta que nos permite acessar as necessidades, os desafios e a efetividade dos serviços. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Serão convidados para este estudo todos os gestores de CAPSad do estado de Minas Gerais. A sua participação na pesquisa não é obrigatória e consistirá na resposta de um questionário online disponibilizado por e-mail através da ferramenta Google forms. Os riscos a que o Sr. (a) estará exposto é considerado mínimo referente à divulgação dos seus dados. Nesse sentido, será assegurado o anonimato dos dados individuais. A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico bem como para pensar sensíveis avanços que contribuam para o fomento de políticas públicas e na maior efetividade destes serviços.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Alcool e Outras Drogas (CAPSad) do estado de Minas Gerais** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Pollyanna Santos da Silveira

Endereço: Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora, Rua José Lourenço Kelmer, S/Nº - São Pedro

CEP: 38036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3101/ (32) 98881-6809

E-mail: polyannasilveira@gmail.com

Nome Equipe da pesquisa: Kely Nascimento Silva

Fone: (32) 988136836

E-mail: kelynascimento.psi@gmail.com

Apêndice C: Questionário adaptado e disponibilizado online para os participantes

Questionário Gestão

Caro coordenador, nessa primeira parte desse questionário, gostaríamos de saber mais sobre você e sobre alguns aspectos administrativos do serviço.

3. **1- Profissão anterior ao cargo da coordenação ***

4. **2- Tempo de exercício profissional (anos e meses) ***

5. **3- Tempo de coordenação (anos e meses) ***

6. **4- Escolaridade ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- Ensino Fundamental incompleto
- 2- Ensino Fundamental completo
- 3- Ensino Médio incompleto
- 4- Ensino Médio completo
- 5- Ensino Superior incompleto
- 6- Ensino Superior completo
- 7- Pós-graduação incompleto
- 8- Pós-graduação completo

7. **5- Antes do cargo de coordenação do CAPS-ad, teve alguma experiência profissional em serviços que cuidam do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
- 2- NÃO

INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS DO SERVIÇO

8. 1- Cidade do serviço: *

9. 2- Região de abrangência do CAPS-ad: *

10. 3- Quantidade aproximada de usuários que passam pelo serviço semanalmente? *

11. 4 - Na sua opinião, o serviço se encontra compatível com os critérios estabelecidos pela sua gestão antes de sua entrada no serviço? Quais os principais desafios? *

Ir para a pergunta 11.

Qualidade e evidência na redução de demanda de drogas

Caro coordenador, gostaríamos de convidá-lo a responder essa versão adaptada do programa Qualidade e evidência na Redução de demanda de drogas da Cooperação entre América Latina, o Caribe e a União Europeia em Políticas sobre Drogas(COPOLAD). Sua contribuição nessa pesquisa nos ajudará a compreender a realidade dos serviços de CAPS ad e a pensar em avanços e estratégias que assegurem a qualidade e efetividade dos serviços, por isso, pedimos que responda com atenção cada pergunta. Você encontrará termos específicos da área como redução de oferta e a redução da demanda. O primeiro, redução da oferta, refere-se a ações voltadas para a redução da disponibilidade das substâncias; o segundo, redução da demanda, diz respeito a campanhas educativas, pedagógicas que auxiliem na redução da demanda(procura) por parte dos usuários. Sua participação nessa pesquisa é muito importante para pensarmos avanços nessa área.

Eixo 1 - Critérios comuns a todos os programas de redução de demanda de drogas (CRDD)

12. 1.1. As condições de acesso e permanência no serviço estão disponíveis igualmente para todos os participantes, independente de sexo, idade, raça, opiniões políticas, status legal ou social, religião, condições físicas ou psicológicas ou oportunidades socioeconômicas? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

13. 1.2. São oferecidas intervenções baseadas em evidências, adaptadas de acordo com a realidade pessoal de cada indivíduo? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

14. 1.3. SÃO INFORMADOS os possíveis riscos e desvantagens antes de obter do usuário seu consentimento para intervenção? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

15. 1.4. A participação dos menores de idade nos programas e serviços incluem autorização prévia dos pais ou responsáveis? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

16. 1.5. As informações sobre os participantes do programa são tratadas de forma confidencial? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

17. 1.6. O serviço atende as leis e regulamentos aplicáveis em termos de: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1- SIM	2- NÃO	3- NÃO SOUBE INFORMAR
fiscalização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de proteção de dados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oportunidades iguais no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 1.7. Periodicamente, o serviço presta contas às instituições e organizações que o financiam e todas as partes interessadas no seu desenvolvimento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

19. 1.8. O serviço dispõe de recursos humanos suficientes (número de funcionários) para garantir a realização das atividades? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

20. 1.9. Os profissionais que integram a equipe responsável pelo desenvolvimento do serviço têm as habilidades necessárias para desenvolver suas funções? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

21. 1.10. O serviço dispõe de instalações e equipamentos adequados para atender as metas do programa? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

22. 1.11. O serviço se integra a outros planos amplos já existentes no município ou região? (por exemplo, planos comunitários de prevenção do consumo de drogas). *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

23. 1.12. O serviço fornece os procedimentos de referência para atenção às necessidades (educacionais, sociais, de saúde) dos seus usuários à outros recursos ou serviços comunitários? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

24. 1.13. O serviço tem missão e meta definidas? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

25. 1.14. O serviço mantém um registro dos usuários? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

26. 1.15. Os sistemas de informação e registro do serviço incorporam dados para realizar uma avaliação contínua das necessidades das pessoas que acessam o serviço, das alterações ou resultados derivados da participação no CAPS? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

27. 1.16. O serviço contempla a colaboração de parcerias com sistemas de informação local, regional e nacional existentes no campo da redução da demanda com a utilização de indicadores e procedimentos de coleta de dados padronizados para processamento, exploração ou a sua inclusão em bases de dados centralizadas? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

28. 1.17. Dispõe protocolos que permitam a implementação de intervenções padronizadas? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

29. 1.18. Existe no serviço um plano para avaliar o serviço no qual define: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1- SIM	2- NÃO	3- NÃO SOUBE INFORMAR
1.24.1. conteúdo da avaliação (avaliação do processo, cobertura, resultados, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.24.2. procedimentos e instrumentos utilizados na avaliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.24.3. os indicadores de avaliação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.24.4. tipo de avaliação realizada (interna, externa ou mista).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.24.5. utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação e alterações de programa).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.24.6. vias e mecanismos para a divulgação dos resultados e seus destinatários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 1.19. O serviço realiza avaliações ou registros da situação dos usuários antes e depois de sua participação, a fim de permitir uma apreciação dos resultados? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

EIXO 2 - Critérios para acreditação dos programas de tratamentos

31. 2.1. O serviço cumpre as exigências que a legislação do país estabelece em matéria de licença para abertura, funcionamento e autorização como centro especializado?(derivadas das normas gerais que regulam os centros de saúde das específicas de centros de tratamento para dependência de substâncias: existência de equipe técnica básica, condições de segurança e salubridade, ausência de barreiras físicas, etc.) *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

32. 2.2. O serviço garante o tratamento adequado e busca garantir aos usuários direitos:

Marcar apenas uma oval por linha.

	1- SIM	2- NÃO	3- NÃO SOUBE INFORMAR
2.3.1. Tão acesso e a prestação de serviços de saúde, psicológico e social que integram o processo assistencial com prazos definidos e conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.2. a livre escolha entre diferentes opções terapêuticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.3. à voluntariedade para iniciar, manter um processo terapêutico e interromper, exceto em casos previstos por lei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.4. a conhecer as regras do centro (regulamento interno), em todos os aspectos que pode afetar-lhe, bem como o nome e as qualificações dos profissionais responsáveis por sua assistência;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.5. à informação, verbal ou escrita, pela equipe de tratamento a respeito dos diferentes serviços disponíveis, o tratamento proposto segundo seus aspectos clínicos e o processo a ser seguido, as razões do mesmo, os benefícios e riscos a se esperar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.6. o registro por escrito ou outro suporte técnico. (de todas as informações do seu processo assistencial, informações que deverão ser integradas na sua história clínica; do consentimento outorgado antes de realizar qualquer procedimento de diagnóstico ou terapêutico que implique em riscos ou inconvenientes para a sua saúde; dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que se apliquem em caráter experimental ou como parte de projetos educacionais ou de pesquisa.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.7. a assinatura de um contrato terapêutico que explique o conteúdo e a justificativa do tratamento, os direitos concedidos aos usuários e as obrigações assumidas pelos mesmos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.8. a receber um informe de alta, uma vez finalizado o processo assistencial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. **2.3. O serviço contempla diferentes vias que permite o acesso ao tratamento? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

34. **2.3.1. Ainda sobre o acesso, dispõe de critérios de indicação terapêutica definidos e por escrito, baseados em um diagnóstico biopsicossocial dos usuários? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

35. **2.4. No serviço há critérios de inclusão e exclusão que definem adequadamente o acesso de usuários para diferentes modalidades de tratamento? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

36. **2.5. Existem critérios definidos de referência, inclusão, indicação terapêutica e exclusão para desintoxicação em ambientes hospitalares? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

37. **2.6. Há critérios (inclusão/ exclusão) definidos para o encaminhamento para comunidade terapêutica? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

38. **2.7. Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar possuem experiência e formação específica reconhecida na área de dependência de substâncias? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

39. 2.8. Os profissionais dispõem de um programa de formação continuada e reciclagem permanente? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

40. 2.9. É fornecido a todos os funcionários recém-contratados pelo serviço treinamento e atualização periódica em termos de procedimentos terapêuticos, gestão e avaliação dos problemas associados com o abuso de substâncias? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

41. 2.10. O tamanho das instalações está adequado ao volume de usuários atendidos? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

42. 2.11. O serviço de tratamento dispõe de um estoque de medicamentos corretamente autorizados, uma área segura para os arquivos dos históricos clínicos? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

43. 2.12. O serviço dispõe de procedimentos de coordenação e cooperação com outros centros de assistência para dependência de substâncias, assim como interconsulta e encaminhamento a serviços gerais (p.ex. serviços de saúde, rede de saúde mental, judicial, social, etc.) *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

44. **2.13. O serviço é baseado em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar do uso, abuso e dependência de substâncias? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

45. **2.14. O planejamento do serviço foi precedido de uma avaliação de necessidades e um diagnóstico de situação? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

46. **2.15. O serviço de tratamento está integrado a uma rede de serviços ampla, em que participam outros centros de tratamento? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

47. **2.16. O serviço dispõe de um modelo de referência que estabelece as funções dos CAPS dentro da rede de saúde, os processos e procedimentos para acessá-los, e mecanismos de encaminhamento de pacientes entre os serviços da rede? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

48. **2.17. No serviço, existem mecanismos claramente definidos de entrada e saída da rede assistencial? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

49. **2.18. Há um registro pessoal de cada usuário, no qual são descritos os profissionais responsáveis e que fazem parte de sua história clínica? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

50. **2.19. Dispõem de um sistema de informação que permite registrar o conjunto de intervenções assistenciais realizadas pelo serviço, compatíveis com o sistemas de informação local, regional e nacional? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

51. **2.20. O tratamento inclui a avaliação diagnóstica, a atenção de saúde psicológica e social e o desenvolvimento de diferentes atividades destinadas a melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas afetadas? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

52. **2.21. Os serviços de tratamento ambulatorial disponíveis, incluem, como mínimo: ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1- SIM	2- NÃO	3- NÃO SOUBE INFORMAR
2.21.1. informação e orientação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21.2. avaliação e diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21.3. tratamento e controle terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21.4. cuidado familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21.5. apoio à inclusão social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. **2.22. O serviço inclui: (Marque todas possíveis) ***

Marque todas que se aplicam.

- 1- Avaliação diagnóstica
 2- Desintoxicação
 3- Desabilitação
 4- Intervenções de apoio a incorporação sócio-laboral
 5- Atenção individual e em grupo
 6- Atenção em saúde
 7- Assistência social
 8- Apoio educacional
 9- Intervenções com familiares
 10- Outros

54. **2.23. Os serviços dispõem de um programa para a prevenção, identificação e controle de infecções? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

55.

2.24. O serviço dispõe de um guia de processos e procedimentos que permite protocolar os atendimentos fornecido ao público, garantindo a equidade e qualidade do atendimento e facilitando o estabelecimento de sistemas de informação e avaliação da atividade assistencial? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

56.

2.25. O serviço identifica, descreve e documenta os processos que fazem parte do tratamento desde a admissão até a conclusão do tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

57.

2.26. Os profissionais proporcionam informações ao usuário e a família sobre as opções terapêuticas existentes? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

58.

2.27. O serviço dispõe de um documento de consentimento informado com informações sobre o tratamento e recuperação, além do programa terapêutico que será oferecido ao usuário? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

59. 2.28. É realizada uma avaliação e diagnóstico integral, de caráter biopsicossocial, dos usuários que acessam o tratamento de acordo com os manuais, normas, critérios e procedimentos internacionais e padronizados? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

60. 2.29. Os dados da avaliação diagnóstica são voltados para a história clínica integral de cada usuário? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

61. 2.30. O serviço adota um plano de tratamento individualizado para cada usuário, incluindo a modalidade de intervenção, metas terapêuticas, atividades, recursos a utilizar, duração e fases, com base em um diagnóstico prévio? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

62. 2.31. É levada em consideração a perspectiva de gênero na elaboração do plano de tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

63. 2.32. A proposta terapêutica é informada e pactuada com o usuário mediante a um contrato terapêutico, incluindo as intervenções com os familiares, se necessário? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

64. 2.33. O plano terapêutico inclui estratégias para melhorar a adesão ao tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

65. 2.34. Cada usuário possui uma "referência profissional" que é responsável por centralizar todos os fluxos informativos e que é responsável pelo seguimento do plano de tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

66. 2.35. O serviço oferece um programa de tratamento com múltiplos componentes de caráter biopsicossocial, que combina terapia farmacológica, tratamento psicológico comportamental e tratamento psicológico cognitivo-comportamental, terapia de grupo, incluindo a família e parceiro? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

67. 2.36. A todos os usuários são fornecidas as diretrizes para a redução de riscos e danos associados ao consumo de substâncias, independente do objetivo do tratamento orientar-se ou não em torno da abstinência? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

68. 2.37. Reuniões periódicas da equipe técnica do serviço são realizadas para avaliar a evolução do tratamento e para possibilitar mudanças no plano terapêutico, bem como outros serviços são inseridos para assegurar a continuidade do tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

69. 2.38. O profissional de referência examina periodicamente junto com o usuário a evolução do tratamento estabelecido e introduz alterações necessárias para garantir o cumprimento dos objetivos previstos no plano de tratamento individual? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

70. 2.39. A duração do tratamento será determinada pelo grau de cumprimento dos objetivos estabelecidos com o serviço e em função dos motivos de finalização devidamente definidos (alta terapêutica e voluntária, encaminhamento, abandono, força maior)? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

71. 2.40. O regulamento interno da instituição dispõe de critérios de expulsão ou exclusão do tratamento de usuários e das medidas cabíveis nestes casos? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

72. 2.41. Para avaliar a eficácia dos serviços utilizam-se métodos e instrumentos que tem demonstrado ser úteis na investigação e estudos de avaliação das atividades assistenciais realizadas por outras instituições? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

73. 2.42. O serviço contempla a avaliação dos resultados do processo assistencial, identificando os indicadores a utilizar? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

74. **2.43. O serviço inclui a avaliação de satisfação do usuário com o tratamento, dos profissionais e de outras pessoas interessadas (p.ex. familiares)? ***

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

75.

2.44. Dispõe de um sistema de avaliação periódica da atividade assistencial, com base em indicadores objetivos (adesão ao tratamento, altas, resultados obtidos)? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

76.

2.45. Dispõe de um programa de acompanhamento dos usuários após a saída do tratamento, incluindo o monitoramento periódico de recaídas por métodos objetivos? *

Marcar apenas uma oval.

- 1- SIM
 2- NÃO
 3- NÃO SOUBE INFORMAR

Envie para mim uma cópia das minhas respostas.

ANEXOS

ANEXO A: Documento de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas(CAPSad) do Estado de Minas Gerais.

Pesquisador: Pollyanna Santos da Silveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59786016.2.0000.5147

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.234.695

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.234.695

sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Cabe ressaltar que conforme notificação do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, existe uma Comissão Consultiva em Avaliação Psicológicas que tem por objetivo analisar e emitir pareceres sobre os testes encaminhados ao Conselho Federal de Psicologia, e considerando o dever do psicólogo e da psicóloga em atuar com responsabilidade, baseando em um dos princípios éticos fundamentais a fim de que sejam cumpridas e garantidas a qualidade técnica e ética do profissional. Portanto, cabe ao profissional verificar no site no CFP (Conselho Federal de Psicologia) os testes e instrumentos validados para a categoria.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.234.695

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, a qual solicita participação da parte online da pesquisa, a todos os coordenadores de caps ad do estado de Minas Gerais; visitas técnicas com participação dos caps ad da cidade de referência de cada macrorregião de saúde do estado, no total de 13 macrorregiões; participação na pesquisa com no mínimo 10 usuários e 10 profissionais de categorias diferentes sorteados. Estando de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_917862 E1.pdf	09/05/2017 19:25:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLE1mod.doc	09/05/2017 16:53:53	Kely Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projekt1.doc	09/05/2017 16:10:51	Kely Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infra.pdf	17/11/2016 09:48:42	Kely Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLE2mod.doc	18/10/2016 15:59:52	Kely Nascimento	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.234.695

Outros	usuarios.docx	08/09/2016 15:03:42	Kely Nascimento	Aceito
Outros	gest.docx	08/09/2016 15:01:33	Kely Nascimento	Aceito
Outros	prof.docx	08/09/2016 15:00:46	Kely Nascimento	Aceito
Orçamento	financiamento.doc	08/09/2016 01:26:45	Kely Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/09/2016 00:10:35	Kely Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 23 de Agosto de 2017

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br