

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Amanda Aparecida de Oliveira

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do estado de Minas

Gerais: perspectivas dos gestores, profissionais e usuários do serviço

Juiz de Fora

2020

Amanda Aparecida de Oliveira

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do estado de Minas

Gerais: perspectivas dos gestores, profissionais e usuários do serviço

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. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

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

Juiz de Fora

2020

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

Oliveira, Amanda Aparecida.

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
do estado de Minas Gerais : perspectivas dos gestores, profissionais
e usuários do serviço / Amanda Aparecida Oliveira. -- 2020.
75 f.

Orientador: Pollyanna Santos Silveira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz
de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, 2020.

1. Avaliação de serviços. 2. Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e Drogas. 3. Serviços de saúde. I. Silveira, Pollyanna Santos,
orient. II. Título.

Amanda Aparecida de Oliveira

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do estado de Minas

Gerais: perspectivas dos gestores, profissionais e usuários do serviço

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. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovada em 30 de outubro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Pollyanna Santos da Silveira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro interno: Prof^ª. Dr^ª. Laisa M. Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro externo: Prof^ª. Dr^ª. Daniela C. Mota Belchior
Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

A caminhada foi longa e cheia de contratempos, por isso gostaria de agradecer toda proteção que tive até aqui.

Agradeço à minha avó, Elídia, exemplo de humildade e resiliência, por todo cuidado, amor e inúmeros “café com broa” (grandes aliados durante esse período).

A minha mãe, Vanilda, pela preocupação e dedicação ao longo de tanto tempo. Ao meu pai, Altamiro, que nunca mediu esforços para me apoiar e fez, por diversas vezes, dos meus objetivos os dele.

Agradeço de maneira muito especial à Pollyanna, cuja relação estabelecida passa por muita admiração, afeto e carinho. Obrigada por todo apoio e generosidade, lindeza!!

Ao professor Telmo por todos os ensinamentos e à Lore pela compreensão, empatia e incentivo, meu muito obrigada. A todos(as) do CREPEIA pela convivência e crescimento!

Às professoras Dra. Daniela Belchior e Dra. Laisa Sartes por aceitarem fazer parte da banca nesse momento de finalização.

Aos amigos que fizeram a caminhada mais leve. Em especial, agradeço à Joanna, por me mostrar que com comprometimento e doçura é possível ir longe. À Kely, pela parceria e amizade que me faz entender o “cuidado de Deus comigo”. Ao João, pelo companheirismo desde a graduação e que no mestrado, ao lado do Matheus, foi meu ponto de troca e acolhimento. À Carol, pela disponibilidade, atenção e boa vontade. À Fabi, por dividir comigo momentos de grandes dificuldades e de grandes alegrias.

A todos os professores e funcionários da UFJF que, em conjunto com os estudantes, acreditam na educação gratuita e de qualidade, resistindo às tentativas de desmonte.

À FAPEMIG e UFJF, pelas bolsas de Mestrado concedidas.

Agradeço imensamente a todos que participaram dessa pesquisa, acreditando na possibilidade de mudança sem retrocesso, cedendo tempo e dividindo histórias.

Por fim, deixo meu muito obrigada a todos que de alguma forma contribuíram com essa pesquisa.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são serviços essenciais na promoção de assistência à saúde e possuem papel central na organização e sustentação da rede. A avaliação desses dispositivos torna-se importante como forma de conhecer a realidade para assegurar a qualidade e efetividade, além de identificar potencialidades e desafios enfrentados. Compreendendo a importância e urgência desse tipo de investigação, o presente estudo objetivou avaliar os serviços CAPS AD de Minas Gerais, contemplando aspectos referentes ao território e à articulação com outros serviços, à estrutura física e recursos humanos, às práticas ofertadas e à avaliação dos serviços prestados. Trata-se de um estudo transversal com cunho exploratório e descritivo, sendo um desdobramento do projeto “Avaliação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas no Sistema Único De Saúde”. Participaram da pesquisa 9 gestores, 87 profissionais e 90 usuários dos serviços oriundos de 9 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais. O convite para participar do estudo, assim como o agendamento para visita foi realizado através de e-mail e contato telefônico. Foram utilizados dois questionários adaptados, além das observações de campo. Os dados obtidos indicam que a articulação da rede representa um desafio, assim como a escassez de recursos financeiros. Existe a necessidade de maiores investimentos em estrutura física e recursos humanos. A demanda dos serviços é atendida prioritariamente através de Projetos Terapêuticos Singulares. Encaminhamentos e esforços para troca de informações e parcerias são uma realidade que ainda precisa ser melhorada, assim como autoavaliação e autogestão. Apesar das fragilidades encontradas, os serviços conseguem cumprir com o seu papel acolhedor e são capazes de fornecer acompanhamento clínico na busca pela reinserção social dos usuários.

Palavras-chave: Avaliação de serviços. Avaliação dos Serviços de Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPS AD, in Portuguese) are essential services in the promotion of health care and have a central role in the organization and support of the network. The evaluation of these devices becomes important as a way of knowing their reality in order to ensure quality and effectiveness, in addition to identifying the potentialities and challenges faced. In comprehending the importance and urgency of this type of investigation, the present study aimed to evaluate the CAPS AD services in Minas Gerais, contemplating aspects related to the territory and the articulation with other services, the physical structure and human resources, the offered practices and the evaluation of the services provided. This is a cross-sectional study with an exploratory and descriptive nature, being an offshoot of the project "Evaluation of the Care Network for Drug Users in the Unified Health System". A total of 9 managers, 87 professionals and 90 users of services from 9 health macro-regions of the state of Minas Gerais participated in the research. The invitation to participate in the study, as well as the scheduling for the visit, was carried out through email and telephone contact. Two adapted questionnaires were used, in addition to field observations. The data obtained indicate that the network articulation represents a challenge, as well as the scarcity of financial resources. There is a need for greater investments in physical structure and human resources. The demand for services is met primarily through Singular Therapeutic Projects. Referrals and efforts to the exchange of information and partnerships are a reality that still needs to be improved, as well as self-assessment and self-management. Despite the weaknesses found, the services are able to fulfill their welcoming role and are capable of providing clinical monitoring in the search for social reintegration of their users.

Keywords: Evaluation of services. Evaluation of Health Services. Psychosocial Care Centers. Disorders related to substance use.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Diagrama de fluxo PRISMA -----	16
Figura 2	- Mapa de distribuição das cidades participantes -----	33
Figura 3	- Relação de profissionais atuantes nos CAPS AD segundo os profissionais -----	40
Figura 4	- Serviços utilizados para encaminhamento segundo os profissionais -----	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Síntese dos 19 artigos analisados -----	19
Tabela 2	- Caracterização e distribuição dos CAPS AD por macrorregião de saúde -	36
Tabela 3	- Caracterização das cidades participantes -----	37
Tabela 4	- Recursos humanos -----	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
COPOLAD	Cooperação entre América Latina e a União Européia em Políticas sobre Drogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PRDD	Programas de Redução de Demanda de Drogas
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ENTRAVES E PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UMA REVISÃO	13
2.1	INTRODUÇÃO	13
2.2	MÉTODO	15
2.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
2.4	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS	25
3	AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: PERSPECTIVAS DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SERVIÇO	30
3.1	INTRODUÇÃO	30
3.2	MÉTODO	33
3.2.1	Participantes	33
3.2.2	Instrumentos	33
3.2.3	Procedimentos	34
3.2.4	Análise dos Dados	35
3.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
3.3.1	Território e articulação com a rede	36
3.3.2	Estrutura física dos CAPS AD e recursos humanos	39
3.3.3	Projeto terapêutico, intervenções e encaminhamento	42
3.3.4	Avaliação dos serviços	44
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48
5	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A - Panorama das cidades conforme percepções durante as visitas	57
	ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido	61

ANEXO B - Questionário adaptado com base no programa	
“Calidad y Evidencia en Reducción de la demanda de Drogas” ----	62
ANEXO C - Questionário adaptado com base no Kit de	
Ferramentas QualityRights -----	69

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, em especial, a partir dos anos 1990, um expressivo conjunto de experiências de reforma no setor saúde foi vivenciado, particularmente no Brasil. Tais experiências tomaram impulso visando, por um lado, a melhoria da cobertura, a eficácia, a eficiência e a qualidade dos serviços e, por outro, a promoção da equidade e práticas pautadas na integralidade (SILVA, 2003). Outro ponto foi a busca pelo aprofundamento de processos de democratização e de participação social implicados nos sistemas de saúde (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Baseadas nesse contexto, existem polarizações tanto no sentido de completo êxito das mudanças, assumindo conceitos de irreversibilidade e consolidação, quanto de um suposto fracasso, negando os avanços alcançados. O papel das avaliações se faz assim presente e necessário, funcionando como forma de situar a reforma em seu lugar de construção, onde se localiza como um processo (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2016). Entendendo a avaliação na saúde como uma ferramenta capaz de mostrar a realidade com evidência das potencialidades e dificuldades dos serviços e observando o progresso no sentido de maior espaço para debate do tema, o presente estudo, composto por dois textos, visa compreender e caminhar na contribuição para a temática.

O primeiro texto, inspirado pelo questionamento “Que tipo de avaliação vem sendo operacionalizada para mostrar os avanços, retrocessos e dificuldades dos programas e políticas progressistas em saúde?” apontado por Bosi e Mercado-Martínez (2016, p. 41), possui como objetivo conhecer de que forma os serviços de saúde voltados para álcool e drogas estão sendo avaliados. Compreendendo que as transformações nas políticas públicas sobre álcool e drogas e a inclusão da população tocada nos cuidados referentes à saúde mental estão fundamentadas na mudança de concepção de saúde e se constroem reafirmando o processo de reforma. Para isso foi realizada uma revisão sistemática da literatura dos últimos 5 anos. Os achados da revisão apontam a grande complexidade acerca do tema, com grande diversidade teórica e metodológica, além da necessidade de pesquisas desse teor, principalmente no Brasil, onde as investigações se apresentam em número reduzido. De igual relevância está a importância de uma avaliação que envolva diversos agentes dessa realidade com finalidade de construção dos dados de maneira participativa.

Dessa forma, o segundo texto objetivou avaliar os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, referentes às macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, com a participação dos gestores, profissionais e usuários do serviço. Utilizando questionários e

observações realizadas durante as visitas aos serviços.

Portanto, o presente estudo, além de apresentar características das pesquisas de avaliação em serviços de saúde, construindo um panorama atualizado sobre o tema, também fornece uma avaliação capaz de preencher lacunas percebidas. Com isto, promove-se o avanço no debate e evidencia-se a urgência pela manutenção e melhoria dos serviços.

2 ENTRAVES E PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS PARA ÁLCOOL E DROGAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Este artigo consiste no primeiro texto que compõem o presente estudo.

2.1 INTRODUÇÃO

A prestação de serviços exercida pelo poder público visa, em primeiro plano, a própria existência do serviço, relegando, assim, sua qualidade (FADEL; FILHO, 2006). Os serviços de saúde não fogem a essa realidade. Ao longo dos anos, a qualidade na saúde foi estabelecida pelos profissionais que providenciaram a prática e somente na década de 80 o setor voltou-se para a qualidade de uma forma mais gerencial e ativa, como já vinha ocorrendo no campo da gestão e administração industrial e educação (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010). Referente às teorias que norteiam a qualidade em saúde encontra-se uma gama de conceitos e perspectivas diferentes, às vezes divergentes e, em alguns casos, antagônicos sobre o constructo (SOUZA JÚNIOR, 2004). Esta diversidade torna as questões relacionadas à compreensão e avaliação da qualidade na prestação de serviços de saúde difíceis e complexas de abordar.

Avedis Donabedian, um dos principais estudiosos da área, possui suas ideias empregadas ainda hoje pelas organizações de saúde, sobretudo nos aspectos referentes à avaliação (RIGHI *et al.*, 2010). Para Donabedian (1980), a avaliação da qualidade deveria se basear a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. Estrutura abrangendo recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica; processo envolvendo às atividades referentes aos profissionais da saúde e usuários dos serviços, incluindo diagnóstico, tratamento e aspectos éticos; e resultado correspondendo ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários. Anos mais tarde, Donabedian (1990) propôs uma série de atributos como definidores da qualidade, utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade” composto pelos princípios da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Estudiosos sobre o pluralismo metodológico e de concepções sobre o campo, Guba e Lincoln (1989) apontam a existência de quatro diferentes gerações de avaliação. A primeira com foco nos resultados, utilizando a mensuração como forma de averiguar a discrepância em relação a uma norma ou padrão estabelecidos. A segunda geração supera a anterior ao conferir ao avaliador papel de descritor do processo avaliativo. Emerge assim, nesse período, à avaliação

dos programas. Na terceira geração, caracterizada pelo julgamento, o avaliador, soma às funções anteriores, o papel de juiz, além de medir e descrever o processo de avaliação. Tais gerações, embora apresentem avanços, possuem uma série de limitações, dentre as quais pode-se citar: 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. Assim, em resposta a essas limitações, é proposto pelos autores a quarta geração, a avaliação responsiva. Na qual não se utiliza de parâmetros e limites estabelecidos *a priori*, mas sim determinados dentro de um processo de interação entre os diferentes atores envolvidos no processo de construção da avaliação (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2016).

Investir na sistematização de formas de avaliação da qualidade representa investir no conhecimento, prevenção e conseqüentemente melhores resultados da prática em serviços (PAIM, CICONELLI, 2007). Apesar da tendência de incorporação da avaliação ao campo da saúde mental, de forma geral, essa área não possui tradição em avaliação comparada a outras áreas de atenção à saúde (OLIVEIRA et al, 2014). Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou dez recomendações gerais para saúde mental no mundo. Entre elas, a necessidade de avaliar indicadores de qualidade de serviços, em termos de acesso, formas de atendimento, intervenções preventivas e terapêuticas e os resultados do tratamento (OMS, 2001). Esse tipo de pesquisa e o monitoramento visam acessar necessidades, definir prioridades e investigar a efetividade do tratamento oferecido e dos programas de prevenção em saúde mental (BANDEIRA, 2014).

Na atualidade é essencial discutir a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que se observa a emergência dos agravos biopsicossociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Rosa e Tavares (2008) reforçam que nos últimos tempos temos presenciado um aumento no uso abusivo de álcool e outras drogas, caracterizando-se como um fenômeno complexo que envolve uma gama de fatores. A atenção voltada aos usuários de álcool e drogas apresenta um histórico de desvalorização de direitos básicos. Nesse contexto, a avaliação em saúde assume papel fundamental no sentido de reafirmar o lugar de construção e processo da reforma em saúde, evidenciando informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de tecnologias e programas de saúde. Podendo subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas ou serviços de saúde e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor (PORTELA, 2000).

Cabe ressaltar que, a avaliação surge como um importante instrumento de mudança, que não deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. De acordo com o exposto, o presente estudo tem como

objetivo compreender de que forma os serviços de saúde voltados para os usuários de álcool e outras drogas estão sendo avaliados, tendo em vista as dificuldades acerca da fundamentação teórica e metodológica. Assim, busca-se contribuir na produção científica desta temática, indo ao encontro de uma maior compreensão de como esta vem sendo abordada e realizada.

2.2 MÉTODO

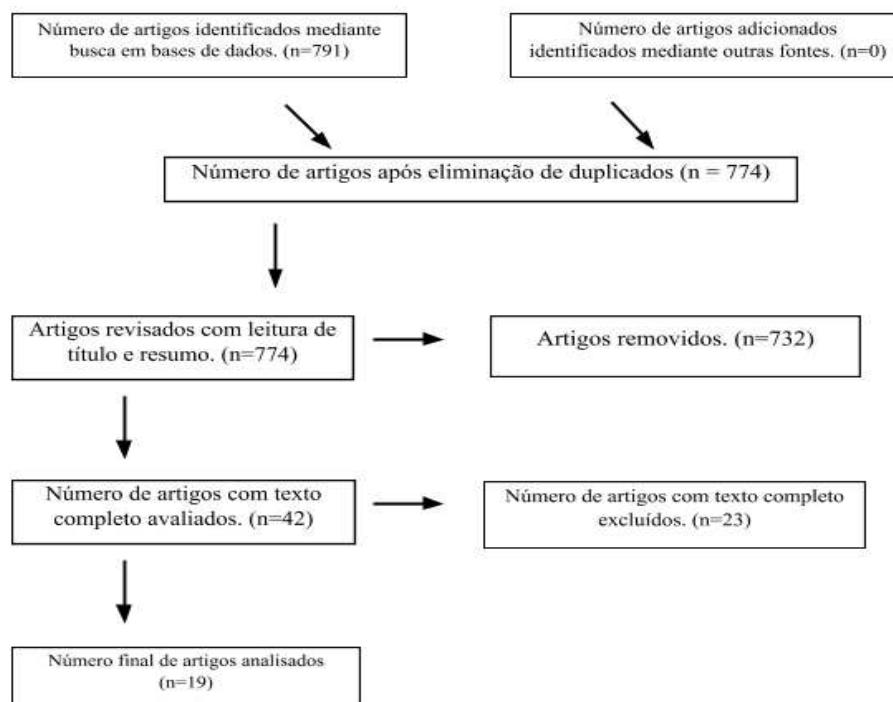
A revisão sistemática adotou os critérios indicados por Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (MOHER *et al*, 2015). A busca na literatura foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, nas seguintes bases de dados: *Pubmed*, *APA PsycNET*, *SciELO*, *BVS*. Foi utilizada a expressão “*Health Services Research*”, introduzida no dicionário de termos MESH em 1980, significando: “A integração das ciências epidemiológicas, sociológicas, econômicas e outras ciências analíticas no estudo dos serviços de saúde. A pesquisa sobre serviços de saúde geralmente está relacionada às relações entre necessidade, demanda, oferta, uso e resultado dos serviços de saúde. O objetivo da pesquisa é a avaliação, particularmente em termos de estrutura, processo, produto e resultado” e abrangendo os termos: Health Services Evaluation; Evaluation, Health Services; Evaluations, Health Services; Health Services Evaluations; Research, Medical Care; Medical Care Research; Research, Health Services; Health Care Research; Research, Health Care; Healthcare Research; Research, Healthcare; Action Research; Research, Action. Combinada através do operador booleano AND com "*Substance-Related Disorders*", expressão que engloba, segundo o dicionário MESH, os termos: Drug Abuse; Abuse, Drug; Drug Dependence; Dependence, Drug; Drug Addiction; Addiction, Drug; Substance Use Disorders; Disorder, Substance Use; Substance Use Disorder; Drug Use Disorders; Disorder, Drug Use; Drug Use Disorder; Organic Mental Disorders, Substance-Induced; Organic Mental Disorders, Substance Induced; Substance Abuse; Abuse, Substance; Abuses, Substance; Substance Abuses; Substance Dependence; Dependence, Substance; Substance Addiction; Addiction, Substance; Prescription Drug Abuse; Abuse, Prescription Drug; Drug Abuse, Prescription; Drug Habituation; Habituation, Drug.

Após a exclusão dos artigos duplicados (n=17), todos os resumos foram lidos e avaliados. Foram considerados elegíveis para o presente estudo os artigos que atenderam aos seguintes critérios: a) publicados em inglês, espanhol e português; b) publicados nos últimos 5 anos; e c) apresentarem avaliação de serviços de saúde com atendimento em álcool e drogas.

Foram excluídos artigos de revisão ou meta-análise, capítulos de livro, teses, dissertações e publicações que não continham resumo.

Os artigos que preencheram os critérios mencionados foram descritos quanto aos seguintes itens: autores, ano, tipo de avaliação realizada, população participante, método utilizado e modalidade do serviço avaliado. Foi realizada leitura por pares dos resumos e, nos casos de dúvidas ou onde as informações necessárias não estavam disponíveis nos resumos, foi consultado o artigo na íntegra, após essa etapa foi realizada a leitura completa dos artigos pré-selecionados. A amostra analisada e discutida a seguir contém 19 artigos. O processo de busca, seleção e análise dos trabalhos é descrito na figura 1.

Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA



Fonte: Elaborado pela autora.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados descritivos da presente investigação, os países que participaram dos estudos foram Estados Unidos (56,5%), Brasil (8,7%), Austrália (8,7%), México (8,7%), Argentina (4,3%), Colômbia (4,3%), Peru (4,3%) e São Vicente e Granadinas (4,3%). Os artigos foram publicados em inglês (94,7%) e português (5,3%). Dos 19 artigos selecionados 9 foram quantitativos, 8 qualitativos e 2 utilizaram tanto de elementos qualitativos quanto quantitativos para construção dos dados. Relacionado a técnica de coleta dos dados, as mais frequentes foram entrevistas e questionários, utilizadas respectivamente em 10 e 6 artigos. A

utilização de dados pré existentes foi mencionada em 5 estudos. Escalas foram aplicadas em 3 estudos, observações de campo em 3, grupos focais em 2 e outras formas, como fotografia e auto relato estiveram presentes em 2 estudos.

Do total de artigos que compõem a amostra, 6 investigações foram realizadas apenas com usuários dos serviços de saúde (31,6%). Dos 13 artigos restantes, em 5 foram considerados apenas os profissionais de saúde dos serviços (26,4%) e 4 tiveram como população participante apenas os gestores (21%). Em 4 artigos a participação foi estendida à mais de um grupo (21%), dentre esses: 2 com presença dos profissionais de saúde e dos gestores; 1 envolvendo os familiares, além dos gestores, profissionais e usuários do serviço e 1 contando com os profissionais de saúde juntamente com os usuários dos serviços.

Seguindo a versão resumida proposta por Mota, Ronzani, Tófoli e Rush (2015), as modalidades de cuidado encontradas na análise dos artigos foram serviços comunitários, que incluem suporte especializado sendo ofertado semanalmente, duas vezes por semana ou por dias consecutivos; serviços residenciais, onde é fornecido ambiente residencial e sem acesso a substâncias; serviços para desintoxicação/síndrome e sintomas de abstinência, no qual o tratamento pode envolver monitoramento médico e medicamentos; e outros serviços, incluindo grupos de ajuda mútua, estratégias de redução de danos e aconselhamento. Das pesquisadas analisadas, 7 envolveram apenas serviços comunitários (37%), 4 englobaram apenas serviços residenciais (21%), 1 artigo utilizou apenas programas de desintoxicação (5,2%) e 1 envolveu apenas grupo de apoio (5,2%). As 6 pesquisas restantes (31,6%), incluíram mais de uma modalidade de serviço para análise; sendo 2 com serviços de desintoxicação, serviços comunitários e serviços residenciais (10,5%); 1 com serviços de desintoxicação, residenciais e outros (5,2%), 1 com serviços de desintoxicação, comunitários e outros (5,2%); 1 com serviços de desintoxicação e serviços comunitários (5,2%) e 1 com serviços comunitários e outros (5,2%).

Segundo as dimensões envolvidas, 6 artigos avaliaram o processo, 3 o resultado e 2 a estrutura dos serviços. Em 8 artigos foram avaliadas duas dimensões, sendo estrutura e processo (n=5) e processo e resultado (n=3). O maior número de publicações utilizou a terceira geração para avaliação dos serviços.

Entre os principais resultados dos estudos analisados encontrou-se a importância da compreensão das necessidades da população atendida nos serviços e assim, a realização de intervenções específicas como oficinas terapêuticas e grupos de apoio. Estimulando a autonomia e criando espaços de apoio e acolhimento, estudos têm destacado a importância dos trabalhos grupais em Psicologia e a responsabilização dos indivíduos em direção à

modificação de estilos de vida (RUTSATZ; CÂMARA, 2006). A importância do reconhecimento da realidade para uma atuação adequada e satisfatória, está relacionada, entre outros fatores, a capacitação e comunicação da equipe profissional, outro resultado acentuado nos estudos.

Como apontado por Bernardi e Kanan (2015), alguns pontos se destacam como dificultadores na comunicação entre os profissionais que compõem uma equipe de saúde, como a ausência de espaços para discussão de um projeto em comum, existência de concepções imprecisas acerca de um referencial teórico e problemas no processo de comunicação. As equipes carecem de processos que busquem compartilhar saberes e práticas, com o intuito de fortalecimento e atendimento de maneira integral. O fornecimento de práticas baseadas em evidências por profissionais capacitados atrelado ao atendimento centrado no paciente e à uma coordenação de cuidados se mostram facilitadores dentro dos programas.

A existência de uma rede de serviços bem articulada com possibilidade de encaminhamento e acompanhamento é ponto chave para o êxito de um tratamento. Mas a realidade apresentada nos resultados das pesquisas indica uma rede fragmentada, com dificuldade de comunicação entre serviços e encaminhamento limitado. Outros fatores como falta de financiamento e infraestrutura também foram mencionados. De acordo com Varela, Sales, Silva e Monteiro (2016) as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde nos serviços em que trabalham consiste no desrespeito ao sistema de referência e contra referência e despreparo para o atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. No que diz respeito à infraestrutura, a estrutura disponibilizada precisa possibilitar um ambiente terapêutico, e quando necessário ser passível de modificações, a fim de promover melhorias nas condições do cuidar, já que ele está presente em todas as etapas do cuidado (WILLRICH *et al.*, 2013).

Em países como Estados Unidos, além dos fatores já mencionados, outra variável tem se mostrado preditora do nível de atenção e cuidado em saúde, raça/etnia. (ARAÚJO *et al.*, 2009). Os resultados das pesquisas analisadas não apenas revelam diferenças entre grupos étnicos no tipo de atendimento recebido, como o fator sexo/gênero influenciando a relação entre recebimento de serviços e resultados no tratamento. Costa Junior, Couto e Maia (2016) fundamentam essa possível diferença entre gêneros no recebimento e resultado no tratamento devido a representação de condutas de gênero aprendidas. Nesse sentido mulheres cuidam mais da saúde devido à sua condição fisiológica e reprodutiva, possuem maior comprometimento com os cuidados de si, além de possuírem maior clareza ao falar dos problemas de saúde. Na

tabela 1 expõe-se as características gerais dos estudos: autores, país onde foi realizado, ano de publicação, participantes, objetivos e principais resultados.

Tabela 1 - Síntese dos 19 artigos analisados

(continua)

Autores	País	Ano	População	Objetivos	Resultados
Restrepo, C. G., et al	Argentina, Brasil, Colômbia, México e Peru	2018	176 comunidades terapêuticas (CT) das 5 cidades que representam os 5 países	Descrever e quantificar a quantidade e a qualidade das CT existentes em 5 países diferentes.	O estabelecimento das CTs não estava relacionado ao número de habitantes de um país. A taxa de resposta de 61% limita a validade externa dos dados e sua capacidade de identificar os pontos fortes e fracos dos CTs e, com isso, o desenvolvimento ou geração de políticas públicas de saúde para melhorar essas instalações.
Pinho, L. B., Silva, A. B., Siniak, D. S., Folador, B., & Araújo, L. B.	Brasil	2017	8 profissionais, 10 usuários, 11 familiares e 7 gestores do sistema.	Analisar a articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack.	Existência de uma rede fragmentada e invisível, com dificuldades de comunicação entre os dispositivos de cuidado que a compõem, não abarcando a complexidade das diversas demandas existentes.
Rosenthal, A. I., et al.	S. Vicente e Granadinas	2017	6 membros do programa (um participante faleceu ao longo da pesquisa).	Avaliar um programa Alcoólicos Anônimos (AA).	A análise revelou temas importantes para a percepção sobre o impacto do consumo problemático e sobre os próprios usuários; sobre a aplicabilidade do modelo AA e sobre fatores que podem perpetuar ou atenuar o problema de beber. Os principais temas foram: estigma, gênero e família.
Skelton, E., et al.	Austrália	2017	362 profissionais de 31 Serviços.	Examinar o relatório das equipes sobre as práticas recomendadas de "serviço para parar de fumar" (SCC- smoking cessation care) e avaliar como é tomada a decisão de fornecer o SCC.	Dos profissionais, 33% relatou que "sempre" fornece aconselhamento verbal aos seus clientes para parar de fumar, 16% "sempre" acompanhavam para verificar o progresso do cliente. 30% relataram que a decisão de fornecer o SCC foi tomada cliente a cliente e 26% ofereceram o SCC somente quando o cliente solicitou assistência. Os serviços administrados pelo governo, a idade e o gênero da equipe do programa foram significativamente associados à prestação do SCC.

Tabela 1 - Síntese dos 19 artigos analisados

(continua)

Autores	País	Ano	População	Objetivos	Resultados
Timko, C., et al.	Estados Unidos	2017	21 diretores da Administração de Saúde dos Veteranos (VHA) que representam 231 serviços.	Examinar a extensão dos programas de tratamento do transtorno pelo uso de substâncias especiais (SUD) das mulheres na VHA.	A maioria das instalações da VHA (85%) forneceu às mulheres veteranas psicoterapia individual específica para SUD. No entanto, apenas 30% das instalações forneceram grupos específicos de SUD apenas para mulheres e apenas 14% forneceram grupos de transtorno de estresse pós-traumático para mulheres apenas em tratamento especial de SUD.
Guerrero, E. G., Andrews, C., Harris, L., Padwa, H., Kong, Y., & M.S.W., K. F.	Estados Unidos	2016	Coordenação dos serviços de saúde mental e saúde pública voltados para dependentes químicos em comunidades de minorias étnicas e raciais de baixa renda.	Examinar a coordenação entre serviços públicos de saúde e serviços de tratamento a abuso de substâncias.	Encontrou-se que os fatores internos das organizações mais importantes para a comunicação são: recursos e articulações. Foi levantado também o financiamento, integração nas comunidades e problemas de transporte.
McCallum, S. L., Mikocka-Walus, A. A., Gaughwin, M. D., Andrews, J. M., & Turnbull, D. A.	Austrália	2016	34 pacientes que receberam tratamento para transtorno por uso de álcool.	Entender as experiências dos pacientes que recebem tratamento para transtornos relacionados ao uso de álcool.	Foram identificados cinco temas relacionados à satisfação do paciente com o tratamento, incluindo: eficácia percebida do tratamento, relações de suporte, atendimento especializado, autonomia do paciente e continuidade do atendimento.
Timko, C., Schultz, N. R., Britt, J., & Cucciare, M. A.	Estados Unidos	2016	30 provedores de 30 programas de desintoxicação da Veterans Health Administration.	Informar sobre como melhorar a desintoxicação nas transições de tratamento, relatando as visões dos provedores de desintoxicação sobre os facilitadores e barreiras.	Seis temas capturam facilitadores de transição dentro de programas de tratamento para dependentes químicos: o fornecimento de práticas baseadas em evidências, atendimento centrado no paciente, coordenação de cuidados, cuidados posteriores, conveniência e uma equipe bem treinada e profissional.

Tabela 1 - Síntese dos 19 artigos analisados

(continua)

Autores	País	Ano	População	Objetivos	Resultados
Meyer, O. L., Saw, A., Cho, Y. I., & Fancher, T. L.	Estados Unidos	2015	Pacientes brancos não hispânicos, negros, asiáticos e latinos.	Examinar as percepções do comportamento do médico em disparidades na utilização de serviços de saúde mental (HM).	As análises bivariadas indicaram que os asiáticos eram os menos propensos a relatar serem avaliados, aconselhados e recomendados medicamentos e cuidados especializados. Nas análises de regressão logística multivariada, não houve diferenças raciais / étnicas na avaliação dos problemas. Os latinos eram mais propensos a relatar aconselhamento e recomendação para atendimento especializado. Pacientes nascidos nos EUA tiveram maior probabilidade de relatar uma recomendação de medicação.
Adelman, R. W., Castonguay, L. G., Kraus, D. R., & Zack, S. E.	Estados Unidos	2015	15 médicos, 1 psicólogo e 1 conselheiro.	Apresentar os esforços dos profissionais em monitorar os resultados, aumentar o impacto do tratamento e colaborar com os pesquisadores, a fim de atender melhor às necessidades dos clientes.	Violência e impulsividade foram as mais significativas áreas problemáticas que necessitam ser trabalhadas com os clientes.
Jones, A. L., Hanusa, B. H., Appelt, C. J., Haas, G. L., Gordon, A. J., & Hausmann, L. R. M.	Estados Unidos	2015	271 veteranos negros e 304 brancos.	Examinar diferenças raciais na satisfação com o tratamento de dependência e explorar fatores que podem mediar ou moderar diferenças raciais na satisfação.	A raça não foi estatisticamente associada à satisfação com o tratamento nas análises bivariadas, no entanto, identificaram-se interações significativas da raça com os diagnósticos de saúde mental na previsão da satisfação com o tratamento em análises multivariáveis.
Heslin, K. C., Gable, A., & Dobalian, A.	Estados Unidos	2015	14.311 instalações de tratamento de transtornos por uso de substâncias.	Examinar a prevalência de programas e serviços essenciais para mulheres em instalações de Departamento de Assuntos dos Veteranos.	Aproximadamente 31% das instalações possuíam programas especiais exclusivamente para mulheres.

Tabela 1 - Síntese dos 19 artigos analisados

(continua)

Autores	País	Ano	População	Objetivos	Resultados
Kendra, M. S., Weingardt, K. R., Cucciare, M. A., & Timko, C.	Estados Unidos	2015	345 pacientes no programa de tratamento de transtornos por uso de substâncias do Departamento de Assuntos dos Veteranos.	Avaliar o grau de satisfação do tratamento ambulatorial do Departamento de Assuntos dos Veteranos e do grupo 12 etapas.	Mais satisfação com o tratamento e com os grupos de 12 etapas aos 6 meses foi associada a menor gravidade do uso de álcool e mais abstinência em 1 ano. Mais satisfação com o tratamento estava relacionada à menor gravidade médica subsequente, enquanto mais satisfação no grupo de 12 etapas estava relacionada à menor gravidade psiquiátrica subsequente.
Greenfield, B. L., Owens, M. D., & Ley, D.	México	2014	24 agências de tratamento de substâncias e 8 principais partes interessadas (funcionários do Departamento de Saúde e representantes de grupos de defesa).	Apresentar resultados da avaliação de necessidades, mudanças recentes no uso de opioides na área, lacunas na disponibilidade de tratamento e fatores em toda a cidade que afetaram o tratamento de indivíduos com transtornos por uso de opioides.	Como dificultadores ao acesso rápido e eficaz foram observados: estigma, comunicação e encaminhamento limitado entre agências, falta de financiamento e barreiras à prescrição de buprenorfina.
Legha, R., Raleigh-Cohn, A., Fickenscher, A., & Novins, D.	Estados Unidos	2014	66 profissionais do serviço (21 indivíduos em cargos administrativos e 55 clínicos de linha de frente).	Examinar os desafios de fornecer serviços de tratamento de abuso de substâncias para comunidades de índios americanos (AI) e nativos do Alasca (AN).	Descobriu-se que os desafios de levar tratamento eficaz para o abuso de substâncias às comunidades de AI /AN se enquadravam em três grandes categorias: desafios associados à prestação de serviços clínicos, aqueles associados à infraestrutura dos locais de tratamento e aqueles associados ao maior sistema de serviço/tratamento.
McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Gotham, H. J., Claus, R. E., & Xie, H.	Estados Unidos	2014	180 serviços de tratamento de dependência e 76 programas de tratamento comunitário.	Avaliar a capacidade de fornecer diagnóstico duplo no tratamento de dependência e nos programas comunitários de tratamento da saúde mental.	Diferenças significativas entre os programas de dependência e saúde mental são encontradas nas dimensões: avaliação, tratamento, continuidade do cuidado e pessoal.

Tabela 1 - Síntese dos 19 artigos analisados

(conclusão)

Autores	País	Ano	População	Objetivos	Resultados
Kessler, R., et al.	Estados Unidos	2014	123 Residências (casas) Terapêuticas.	Entender as atividades de saúde mental, uso de substâncias e comportamento de saúde nas práticas de cuidados primários reconhecido pelo Comitê Nacional de Garantia da Qualidade.	Das casas, 42% possuem médico, assistentes sociais foram a categoria mais frequente de prestador de serviços. Com relação às práticas, 54% usavam protocolo de comportamento em saúde baseados em evidências.
Henwood, B. F., Padgett, D. K., & Tiderington, E.	Estados Unidos	2014	41 profissionais com autorização de 83 clientes.	Examinar como os profissionais entendem as políticas de redução de danos <i>versus</i> de abstinência.	Dificuldade por parte dos profissionais em reconhecer uma alternativa a uma abordagem baseada em abstinência.
Guerrero, E. G., Marsh, J. C., Cao, D., Shin, H. C. & Andrews, C.	Estados Unidos	2014	734 mulheres negras, 1078 homens negros, 147 mulheres latinas, 339 homens latinos, 147 mulheres brancas e 339 homens brancos.	Examinar se existem diferenças de gênero no recebimento e tratamento relacionado ao abuso de substâncias.	O sexo foi um significativo moderador da relação entre recebimento de serviços e resultado no tratamento para todos os grupos raciais e étnicos.

2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises aqui apresentadas, é possível identificar alguns pontos fundamentais para avaliação positiva de um serviço de saúde voltado para atendimento da população usuária de álcool e outras drogas, tais como: atendimento centrado no indivíduo, profissionais capacitados e em formação contínua, espaço físico correspondendo às reais necessidades e a articulação com outros serviços essenciais. Apesar da relevância do tema, nota-se que pesquisas de avaliação em serviços de saúde voltados para álcool e drogas encontram-se em número reduzido.

A dificuldade de conceitualização no campo da avaliação, a diversidade metodológica e a falta de uma cultura avaliativa local são fatores que podem funcionar como dificultadores desse processo. Avaliar um serviço é uma forma de conhecer a realidade, evidenciar as

potencialidades e expor os desafios e dificuldades enfrentados para a melhoria do mesmo. Não devendo ser confundida como ameaça, mas sim como possível crítica necessária a qualquer processo que vise construir ou transformar.

Apoiar e incentivar pesquisas de avaliação constitui uma forma de assegurar que as práticas profissionais que acontecem nos serviços, assim como as circunstâncias em que estes se encontram sejam condizentes com premissas fundamentais, como a preservação dos direitos humanos. Destaca-se a necessidade de pesquisas que incluam agentes diversos dessa realidade, não apenas grupos específicos, como profissionais ou gestores. Ao falar em continuidade da reforma e construção da avaliação, são necessárias participações ativas, para isso torna-se indispensável o incentivo e receptividade a esse tipo de pesquisa. Frente ao exposto surge a importância de explorar e aprofundar o tema. Espera-se, com este estudo, reiterar a importância de pesquisas de avaliação, ressaltando a necessidade da avaliação em serviços de saúde voltados para álcool e drogas e incentivar profissionais de saúde e/ou outros atores a realizarem esse tipo de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, R. W., CASTONGUAY, L. G., KRAUS, D. R.; ZACK, S. E. Conducting research and collaborating with researchers: the experience of clinicians in a residential treatment center. **Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research**, v. 25, n. 1, p. 108–120, 2015. Disponível em:doi:10.1080/10503307.2014.935520. Acesso em 15 de jan. 2020.

ARAÚJO, E. M., COSTA, M. C. N.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. A. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383-94, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>. Acesso em 15 de jan. 2020.

BANDEIRA, M. Princípios norteadores para a avaliação de serviços de saúde mental. *In*: BANDEIRA, M; LIMA, L. A.; BARROSO, S. **Avaliação de serviços de saúde mental; princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medidas**. Petrópolis: Vozes.2014. pp. 19-54

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde Debate**, v. 39, n.107, p. 1105-1116, 2015. Disponível em: doi:10.1590/0103-110420151070533. Acesso em 20 de jan. 2020.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T. MAIA, A. C. B.Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**, v. 23, p. 97-117, 2016. Disponível em: doi:10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04. Acesso em 20 de jan. 2020.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

DONABEDIAN, A. “The seven pillars of quality”. **Arch Pathol. Lab Med.**, v. 114, p. 1.115-1.118, 1990. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2621255/mod_folder/content/0/DONABEDIAN_1990.pdf?forcedownload=1. Acesso em 20 de jan. de 2020.

FADEL M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006, Fortaleza. **Anais[...]**Fortaleza: Abepro, 2006. p. 681- 693.

FURTADO, J.P.; LAPIÈRE, H. A avaliação da avaliação. *In*: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Unicamp. 2016.

GREENFIELD, B. L.; OWENS, M. D.; LEY, D. Opioid use in Albuquerque, New Mexico: a needs assessment of recent changes and treatment availability. **Addiction Science & Clinical**

Practice, v. 9, n. 1, 2014. Disponível em: doi:10.1186/1940-0640-9-10. Acesso em 15 de jan. 2020.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989.

GUERRERO, E. G.; ANDREWS, C.; HARRIS, L.; PADWA, H.; KONG, Y.; M.S.W., K. F. . Improving coordination of addiction health services organizations with mental health and public health services. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 60, p. 45–53, 2016. Disponível em: doi:10.1016/j.jsat.2015.08.002. Acesso em 9 de jan. 2020.

GUERRERO, E. G.; MARSH, J. C.; CAO, D.; SHIN, H.-C.; ANDREWS, C. Gender disparities in utilization and outcome of comprehensive substance abuse treatment among racial/ethnic groups. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 46, n.5, 584–591, 2014. Disponível em:doi:10.1016/j.jsat.2013.12.008. Acesso em: 15 de jan. 2020.

HENWOOD, B. F.; PADGETT, D. K.; TIDERTON, E. Provider views of harm reduction versus abstinence policies within homeless services for dually diagnosed adults. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 41, n. 1, p. 80–89, 2013. Disponível em:doi:10.1007/s11414-013-9318-2. Acesso em 15 de jan. 2020.

HESLIN, K. C.; GABLE, A.; DOBALIAN, A. Special Services for Women in Substance Use Disorders Treatment: How Does the Department of Veterans Affairs Compare with Other Providers? **Women’s Health Issues**, v. 25, n. 6, p. 666–672, 2015. Disponível em:https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.07.005. Acesso em: 15 de jan. 2020.

JONES, A. L.; HANUSA, B. H.; APPELT, C. J.; HAAS, G. L.; GORDON, A. J.; HAUSMANN, L. R. M.. Racial differences in veterans’ satisfaction with addiction treatment services. **Journal of Addiction Medicine**, v. 9, n. 5, p.383–390, 2015. Disponível em:doi:10.1097/ADM.000000000000144. Acesso em 15 de jan. 2020.

KENDRA, M. S.; WEINGARDT, K. R.; CUCCIARE, M. A.; TIMKO, C. Satisfaction with substance use treatment and 12-step groups predicts outcomes. **Addictive Behaviors**, v. 40, p. 27–32, 2015. Disponível em: doi:10.1016/j.addbeh.2014.08.003. Acesso em 15 de jan. 2020.

KESSLER, R.; MILLER, B. F.; KELLY, M.; GRAHAM, D.; KENNEDY, A.; LITTENBERG, B... PACE, W. D. Mental health, substance abuse, and health behavior services in patient-centered medical homes. **Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM**, v. 27, n. 5, p. 637–644, 2014. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25201933/. Acesso em 15 de jan. 2020.

LEGHA, R., RALEIGH-COHN, A.; FICKENSTER, A.; NOVINS, D. Challenges to providing quality substance abuse treatment services for American Indian and Alaska Native communities: perspectives of staff from 18 treatment centers. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 181, 2014. Disponível em:doi:10.1186/1471-244X-14-181. Acesso em 15 de jan. 2020.

MCCALLUM, S. L.; MIKOCKA-WALUS, A. A.; GAUGHWIN, M. D.; ANDREWS, J. M.; TURNBULL, D. A. “I’m a sick person, not a bad person”: patient experiences of treatments for alcohol use disorders. **Health Expectations: An International Journal of Public**

- Participation in Health Care and Health Policy**, v. 19, n. 4, p. 828–841, 2016. Disponível em:doi:10.1111/hex.12379. Acesso em 15 de jan. 2020.
- MC GOVERN, M. P.; LAMBERT-HARRIS, C.; GOTHAM, H. J.; CLAUS, R. E.; XIE, H. Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: an assessment of programs across multiple state systems. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 41, n. 2, p. 205–214, 2014. Disponível em: doi:10.1007/s10488-012-0449-1. Acesso em 15 de jan. 2020.
- MEYER, O. L.; SAW, A.; CHO, Y. I.; FANCHER, T. L. Disparities in assessment, treatment, and recommendations for specialty mental health care: patient reports of medical provider behavior. **Health Services Research**, v. 50, n. 3, p. 750–767, 2015. Disponível em:doi:10.1111/1475-6773.12261. Acesso em 15 de jan. 2020.
- MOTA, D. B.; RONZANI, T. M.; TÓFOLI, L. F.; RUSH, B. R.. Construindo a continuidade do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. *In*: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e práticas**. pp. 91. São Paulo: Cortez Editora. 2015
- MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Tradução de Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retro-traduzido por: David Harrad. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.2. Brasília, 2015. Disponível em:http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017. Acesso em 15 de jan. 2020.
- OLIVEIRA, M. A. F.; CESTARI, T. Y.; PEREIRA, M. O.; PINHO, P. H. ; GONÇALVES, R. M. D. A.; CLARO, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140034. Acesso em: 10 de mar. de 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding New Hope [s.n.t.]. 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/. Acesso em 20 de jan. 2020.
- PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**. v. 9, n. 36, 2007. Disponível em: http://sentidounico.com.br/wp-content/uploads/2018/05/auditoria-10.pdf. Acesso em 10 de set. 2020.
- PINHO, L. B., SILVA, A. B., SINIAK, D. S., FOLADOR, B., & ARAÚJO, L. B. Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, 2017. Disponível em: doi:DOI 10.18471/rbe.v31i1.16654. Acesso em 20 de jan. 2020.
- PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In ROZENFELD S., (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8. Disponível em:https://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf.

RESTREPO, C. G., MALDONADO, P., RODRÍGUEZ, N., RUIZ-GAVIRIA, R., ESCALANTE, M. Á., GÓMEZ, R. Á., ...WINICK, D. B. Therapeutic communities in latin america: an international descriptive study in different countries across latin america. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 47, n. 3, p. 140–147, 2018. Disponível em: doi:10.1016/j.rcp.2017.01.011. Acesso em 15 de jan. 2020.

RIGHI, A. W.; SCHIMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, vl. 10, n. 3, p. 649-669, 2010. Disponível em: <https://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/405/721>. Acesso em 20 de jan. 2020.

ROSA, S. M. G; TAVARES, C. M. M. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-554, 2008. Disponível em: doi:10.1590/S1414-81452008000300023. Acesso em: 15 de jan. 2020.

ROSENTHAL, A. I., MAYOTT, L., LYONS, D. J., PROVIDENCE, K., SCOTT, A., SMART, Y.; KATZ, C. L. . Community effect of alcoholism: a photovoice study in saint vincent and the grenadines. **The Psychiatric Quarterly**, v. 88, n. 3, p; 423–434, 2017. Disponível em:doi:10.1007/s11126-016-9447-x. Acesso em: 15 de jan. 2020.

RUTSATZ, S. N. B., CÂMARA, S. G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, v. 23, n. 1, p. 55-64, 2006.

SKELTON, E., TZELEPIS, F., SHAKESHAFT, A., GUILLAUMIER, A., DUNLOP, A., MC CRABB, S., PALAZZI, A.; BONEVSK, B. Smoking cessation care provision in Australian alcohol and other drug treatment services: a cross-sectional survey of staff self-reported practices. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 77, p. 101–106, 2017. Disponível em: doi:10.1016/j.jsat.2017.04.003 Acesso em: 15 de jan. 2020.

SOUZA JÚNIOR, J. J. L. **Qualidade: um enfoque por teoria da decisão**. 2004. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/5894/1/arquivo7431_1.pdf. Acesso em: 20 de jan. 2020.

TIMKO, C., HOGGATT, K. J., WU, F. M., TJEMSLAND, A., CUCCIARE, M., RUBIN, A.; SIMPSON, T. L. Substance use disorder treatment services for women in the veterans health administration. **Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, v. 27, n. 6, p. 639–645, 2017. Disponível em: doi:10.1016/j.whi.2017.04.001. Acesso em: 15 de jan. 2020.

TIMKO, C., SCHULTZ, N. R., BRITT, J.; CUCCIARE, M. A. Transitioning from detoxification to substance use disorder treatment: facilitators and barriers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 70, p. 64–72, 2016. Disponível em: doi:10.1016/j.jsat.2016.07.010. Acesso em: 15 de jan. 2020.

VARELA, D. S. S., SALES, I. M. M.; SILVA, F., M., D.; MONTEIRO, C. F. S. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Escola Anna Nery Revista**

de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016. Disponível em:doi:10.5935/1414-8145.20160040. Acesso em: 15 de jan. 2020.

WILLRICH, J. Q., BIELEMANN, V. L., CHIAVAGATTI, F. G., KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 248-258. 2013. Disponível em: doi:10.5902/217976927977. Acesso em: 15 de jan. 2020.

3 AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: PERSPECTIVAS DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SERVIÇO

Este artigo consiste no segundo texto que compõem o presente estudo.

3.1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), considerada o marco da assistência à saúde mental no país, deflagrou as precárias condições e os maus-tratos aos pacientes de instituições psiquiátricas, possuindo como principal objetivo a luta por Direitos Humanos fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico e o fim do modelo hospitalocêntrico (PITTA, 2011; BRASIL, 2005). O isolamento e falta de assistência foram contrapostos pelo movimento de desinstitucionalização que, de acordo com Amarante (2007, p. 81), representa “não apenas um processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas”.

Neste período, alguns marcadores importantes foram o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1986 (RIBEIRO, 2004), a I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil, em 1987, e a Constituição Federal de 1988, preconizando a saúde como um direito universal e instituindo os parâmetros para o Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nas recomendações do relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil, foi criado o Projeto de Lei nº 3.657/89, em 1989, no qual foi proposta a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, com a consequente substituição por outras modalidades assistenciais (BRASIL, 2005). O projeto mencionado caminhou durante 12 anos e, em 2001, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216. Entretanto, durante a década de 90, com a força dos movimentos sociais, outras leis estaduais que continham o mesmo teor já haviam sido aprovadas.

No campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, podemos observar uma enorme lacuna ao longo da história. Este fato remete a associação de intervenções e políticas públicas na área a medidas punitivistas, vinculadas à justiça e segurança pública (MACHADO, A. R.; MIRANDA, 2007). A possibilidade de tratamento e criação de estabelecimentos especializados para dependentes apareceu dentro das leis apenas em 1976, abordando o uso e a dependência no campo médico-psiquiátrico, com abertura para práticas de natureza

medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e possuindo como foco principal a abstinência (BRASIL, 2007b).

No final da década de 80 um grande passo foi dado no sentido de propor novas possibilidades de cuidado, por meio da inclusão das primeiras estratégias de Redução de Danos (RD), ainda que atreladas a questões de HIV/AIDS (SOUZA, 2015). Nesse contexto, em meio à consolidação do SUS, problemas associados ao uso de drogas passaram a ser vistos de forma ampliada, como uma questão de saúde pública. O avanço culminou em importantes transformações nos anos 2000.

No cenário marcado pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico através da Portaria nº 336/2002, foram instituídos, os CAPS em suas diversas modalidades, dentre elas, o serviço especializado em álcool e drogas (AD). No mesmo ano, o Ministério da Saúde implementou 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. Além disso, em 2002, teve início uma política específica sobre o tema, inicialmente antidrogas e, posteriormente, reformulada e nomeada de Política Nacional sobre Drogas (PNAD), em 2005.

De acordo com Alves (2009), ainda que alinhadas ao discurso proibicionista, a atenção à saúde de usuários de drogas deixou de ser um anexo e, mesmo mergulhada em uma estrutura político organizacional de inúmeras contradições, ganhou cada vez mais visibilidade. Caminhando para uma maior sistematização, surgiu, em 2004, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas através da Portaria nº 2.197/2004. Foram propostas diretrizes para construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, conferindo à modalidade CAPS AD o papel estratégico na organização e articulação de diferentes dispositivos (BRASIL, 2004). No novo modelo assistencial, o paciente, antes visto como passivo, assume o protagonismo de sua condição de vida e cuidado (RONZANI; MOTA; COSTA, 2015).

Outros marcadores fundamentais dessa trajetória foram: a Lei nº 11.343/2006 representando a nova Legislação Brasileira sobre Drogas; a Portaria nº 4.279/2010, na qual o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e a Portaria nº 3.088/2011, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com finalidade de ampliação ao acesso e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Em 2017, presenciamos mudanças com uma nova Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017) sequenciada

por modificações na Política Nacional sobre Drogas (Nota Técnica nº 11/2019 e Decreto nº 9.761/2019).

Como eixo articulador entre os demais dispositivos, os CAPS AD assumiram papel fundamental na proposta organizativa das RAPS. Com foco no acolhimento, tratamento e reabilitação psicossocial, esses serviços organizam o cuidado a ser oferecido através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual são definidas as atividades que podem compor o plano de tratamento do usuário e a frequência, sendo construído pelo profissional de referência com a participação da equipe interdisciplinar, do usuário e familiares. O objetivo é valorizar as necessidades específicas de cada usuário, indo além da medicação e do diagnóstico psiquiátrico (BRASIL, 2007b). Inspirado inicialmente na abordagem de RD, a implantação dos CAPS AD se traduz na saúde pública em uma tentativa de ultrapassar as abordagens moralistas vigentes.

Fundamental para o avanço em cuidados na saúde, os CAPS AD representam uma importante ferramenta, mas, como apontado por Mateus (2013) “o CAPS é um modelo de serviço em constante evolução, do qual se espera uma imensa gama de ações, frequentemente com limites pouco precisos em sua definição”. Um estudo de referência realizado nos CAPS do estado de São Paulo pelo Conselho Regional de Medicina (2010) evidenciou lacunas nos serviços, tais 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 coincidem com a pesquisa de Bernardi e Kanan (2015) no estado de Santa Catarina.

Nesse sentido, a avaliação de serviços é importante para assegurar a qualidade e efetividade dos mesmos. Os processos avaliativos adquirem, assim, função política de servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da reformulação e expansão do modelo assistencial em saúde mental (WETZEL; KANTORSKI, 2004). A redução da reforma psiquiátrica a um simples processo de desospitalização, sem a plena desconstrução do hospital psiquiátrico e a total transferência da atenção em saúde mental para serviços substitutivos da rede seria falível (AMORIM, 2009). Para contribuir com debates acerca dessas questões, este estudo investigou aspectos referentes ao território e à articulação com outros serviços, à estrutura física e recursos humanos, às práticas ofertadas e à avaliação dos serviços prestados dos CAPS AD do estado de Minas Gerais (MG) através da percepção dos gestores, profissionais e usuários destes serviços.

3.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com cunho exploratório e descritivo. O estudo é um desdobramento do projeto “Avaliação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas no Sistema Único De Saúde” e conta com dados da pesquisa de Louza (2018) “Avaliação dos Centros de atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do Estado de Minas Gerais”.

3.2.1 Participantes

Participaram da pesquisa CAPS AD de 9 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, sendo elas: Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Sudeste, Sul e Triângulo do Sul. Desta forma, a pesquisa contou com 9 gestores, 87 profissionais e 90 usuários do serviço.

Figura 2 - Mapa de distribuição das cidades participantes



Fonte: Elaborado pela autora através da ferramenta Google Maps.

3.2.2 Instrumentos

Foram utilizados dois questionários para este estudo, adaptados com base no programa “Calidad y Evidencia en Reducción de la demanda de Drogas” e com base no Kit de Ferramentas QualityRights. O primeiro, elaborado pela Cooperação entre América Latina e a União Européia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD), possui por finalidade identificar e

difundir parâmetros que possibilitam considerar qualidade e evidência na implementação de Programas de Redução de Demanda de Drogas (PRDD), sendo sistematizado por seis critérios e duas partes: básica e avançada, de modo que a avançada contém a básica (COPOLAD, 2014). Foram utilizados dois dos seis critérios referentes à parte avançada, sendo eles: critérios comuns a todos os programas de Redução de Demanda de Drogas e critérios para acreditação dos programas de tratamento. O questionário com base nesse programa foi destinado para a coleta de dados referentes aos gestores e profissionais dos serviços.

O Kit de Ferramentas QualityRights, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), possui como objetivo apoiar os países na avaliação e na melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Tem como base cinco temas que foram extraídos da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2012). Foram utilizados três temas, sendo eles: o direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental; o direito a exercer capacidade legal, à liberdade pessoal e à segurança; e o direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade. A adaptação desta ferramenta foi destinada para coleta de dados referente aos profissionais e usuários do serviço. Nos anexos são encontrados os instrumentos utilizados.

Por fim, o estudo contou ainda com as observações de campo realizadas durante as visitas aos serviços.

3.2.3 Procedimentos

Foram considerados elegíveis para a pesquisa os serviços inscritos e habilitados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) até julho de 2016. A pesquisa passou por uma fase piloto no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017 e contou com colaborações de outros pesquisadores especialistas para auxílio e adaptações das questões dos instrumentos conforme a realidade brasileira. Após essa fase, iniciaram-se os contatos com as cidades correspondentes às macrorregiões de saúde.

O estado de Minas Gerais possui 13 macrorregiões de saúde e cada macrorregião possui uma cidade de referência. O contato foi realizado primeiramente com a coordenação dos serviços de cada cidade referência, através de telefonemas, nos quais eram fornecidas informações básicas sobre a pesquisa e o convite para participação. Após a confirmação, foram agendadas as melhores datas para as visitas às cidades. As viagens ocorreram entre os meses de junho e outubro de 2017. Dessa maneira, quando as pesquisadoras chegaram nos serviços, os

profissionais e usuários já haviam recebido algum tipo de orientação sobre o tema da pesquisa e como seria conduzido o estudo. Foram realizadas rodas de conversa para entender a realidade local, as particularidades da região e esclarecer dúvidas com relação à pesquisa. Os questionários referentes aos profissionais, autoaplicáveis, foram distribuídos juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido e a equipe da pesquisa se manteve no serviço para realizar as entrevistas com os usuários e fornecer suporte em caso de dúvidas.

Dos serviços CAPS AD elegíveis para a pesquisa, nove aceitaram a visita e a participação e três não conseguiram participar pelo atraso na autorização de terceiros, como secretarias municipais, gerências de educação em saúde, dentre outros. Um dos serviços, embora disponível e cadastrado como CAPS AD, não foi elegível para participar por informar funcionar como um serviço de CAPS tradicional. Diversos recursos e estratégias de comunicação foram utilizados para realizar os contatos e assegurar a inclusão do maior número de serviços na pesquisa.

3.2.4 Análise dos dados

Os dados coletados referentes aos questionários constituíram um banco de dados, analisados quantitativamente através do software *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS na versão 22.0. A análise exploratória foi composta basicamente por análises de frequência. As informações coletadas por meio da observação do campo, assim como os desafios levantados pelos gestores dos serviços, foram sistematizadas e categorizadas de acordo com os temas centrais. Os dados obtidos foram comparados com a literatura existente.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em Minas Gerais, acompanhamos a habilitação de serviços desde 2004. Existem 64 CAPS AD habilitados no estado, divididos em CAPS AD II, CAPS AD III E CAPS AD VI (BRASIL, 2020). O ano de habilitação diz respeito à última atualização da modalidade do serviço, logo, não implica necessariamente no ano de construção dos dispositivos. Dos 9 serviços participantes da pesquisa, 4 foram habilitados em 2012, 2 em 2016, 1 em 2013, 1 em 2014 e 1 em 2019. As modalidades dos CAPS AD participantes se dividem em CAPS II (33,3%) e CAPS III (66,7%).

3.3.1 Território e articulação com a rede

As regiões de Minas Gerais apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e condição socioeconômica. As regiões Norte, Noroeste e Nordeste concentram menor população em grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os municípios. Essas regiões, acrescidas de Jequitinhonha, concentram grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas e indicadores de desenvolvimento mais baixos. Já as regiões Sul, Centro e Sudeste agrupam grande número de municípios, em sua maioria com pequena extensão territorial e conseqüente maior proximidade entre eles. Essa configuração carrega em uma desigualdade regional referente à concentração de serviços, equipamentos e recursos disponíveis. Juntamente com as regiões Sul, Centro e Sudeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, destacam-se pelo desenvolvimento econômico (MINAS GERAIS, 2010). A Tabela 2 apresenta uma caracterização da distribuição dos CAPS AD de Minas Gerais entre as 13 as macrorregiões de saúde do estado.

Tabela 2 - 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* 2019	Nº de CAPS AD habilitados até 2020 ***	Nº de CAPS AD participantes da pesquisa
Centro	58.252	104	6.574.968	16	0
Centro Sul	15.105	50	788.353	5	1
Jequitinhonha	20.567	23	298.645	3	1
Leste	32.314	85	1.536.591	3	1
Leste do Sul	15.168	53	699.751	2	1
Nordeste	56.641	63	935.587	3	1
Noroeste	79.594	33	699.974	3	1
Norte	117.072	86	1.678.958	5	0
Oeste	29.258	55	1.276.557	5	0
Sudeste	24.665	94	1.669.802	5	1
Sul	53.766	153	2.787.614	10	1
Triângulo do Norte	42.784	27	1.281.989	3	0

Triângulo do Sul 35.535 27 768.771 1 1

Fonte: dados extraídos de *IBGE-População Estimada; **PDR-SUS/MG; ***CNES/DataSUS.

Aqui apresentaremos um panorama das cidades participantes, ressaltando que apesar de uma cidade refletir em diversos aspectos a macrorregião de saúde em que se encontra, não é possível a generalização para os demais serviços da mesma macrorregião. Entende-se que os serviços de saúde representam um reflexo da realidade e, deste modo, os 9 serviços visitados retratam o contexto de 9 cidades específicas. Em consonância com os aspectos éticos da pesquisa, as cidades serão referenciadas apenas com o nome da macrorregião. A Tabela 3 apresenta indicadores relacionados ao desenvolvimento das localidades participantes.

Tabela 3 - Caracterização das cidades participantes

Cidades participantes	Densidade Demográfica* hab/km² 2010	IDHM* 2010	PIB per capita* 2017	Índice de Gini** 2010	Incidência da pobreza* 2003
Centro Sul	166.34	0,769	19.631	0,58	22,85%
Jequitinhonha	16.10	0,663	10.510	0,57	56,21%
Leste	112.58	0,727	20.957	0,52	24,64%
Leste do Sul	126.65	0,689	26.924	0,50	23,21%
Nordeste	41.56	0,701	16.667	0,57	37,80%
Noroeste	43.49	0,765	29.020	0,50	26,03%
Sudeste	359.59	0,778	28.335	0,56	12,86%
Sul	278.54	0,779	38.329	0,50	10,44%
Triângulo do Sul	65.43	0,772	40.066	0,50	15,80%

Fonte: dados extraídos de *IBGE; **Atlasbrasil.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é calculado a partir de médias geométricas sobre longevidade, educação e renda e varia entre 0 e 1, sendo possível observar um índice médio no intervalo de 0,600 a 0,699 e alto no intervalo de 0,700 a 0,799. O Produto Interno Bruto (PIB) por pessoa relaciona a produção de bens com o número de habitantes, representando o fluxo de bens e serviços. Uma alta circulação de bens e serviços não reflete distribuição de renda e, por isso, o índice de Gini aponta a desigualdade entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, variando de 0 a 1, onde 0 representa a situação total de igualdade. Os indicadores apresentados auxiliam na compreensão de forma ampliada sobre os cenários em que estão inseridos os CAPS AD em MG. Maiores especificidades acerca das cidades, permeadas pelas percepções durante as viagens, encontram-se no Apêndice A.

A compreensão geográfica do espaço fornece ferramentas para um entendimento mais questionador. Pensando na disposição dentro das cidades, o bairro onde se localiza o serviço pode influenciar no acesso e também na adesão ao tratamento (RÊGO; NERY, 2013). Até o presente momento, dois serviços alteraram os respectivos endereços para instalações mais apropriadas. A maioria dos serviços participantes se situa na área central das cidades, onde existe maior disponibilidade referente ao transporte público e também proximidade com outros dispositivos. É importante ressaltar que a facilidade do acesso não se reduz a um local estratégico, sendo também atravessada pelos benefícios de passagem em transporte coletivo e/ou disponibilização de automóvel. Nesse quesito foi possível observar que poucas unidades contavam com automóveis para apoio.

A sustentação do trabalho local exige que o território seja encarado em sua totalidade e, desta forma, o uso do território se faz objeto de análise e não apenas o território em si (SANTOS, M., 1994). Relacionado às possibilidades do território, os profissionais dos serviços assumem papel central na orientação, direcionamento e apoio referente às oportunidades. Apostando na ideia de construção de vínculo, os usuários participantes sinalizaram receber apoio no acesso aos recursos financeiros necessários para viver na comunidade (67,8%), às oportunidades de desenvolvimento de carreira ou trabalho remunerado (46,7%) e informações sobre os direitos enquanto usuários do serviço (80%). Informações sobre como participar da vida política não foram fornecidas a 52,2% dos usuários. Uma possibilidade de interpretação é a falta de clareza entre fornecer informações sobre vida política e influência partidária e, por isso, o receio por parte dos profissionais no tocante ao tema.

A percepção e envolvimento da comunidade também funcionam como pontos-chave para uma boa possibilidade de cuidado. Foi possível observar certo receio, chegando à oposição em algumas localidades, onde, segundo os profissionais “os moradores não se sentiram confortáveis com o CAPS AD no bairro”. A forte estigmatização referente ao uso de drogas contribui para a exclusão social, gerando consequências negativas para saúde e bem-estar do usuário, e pode se vincular também à concepção de criminalidade (SILVEIRA *et al*, 2018), agravando a marginalização dessas pessoas.

As redes sociais (MELLO; COSTA; COLUGNATI, 2015), em conjunto com outros fatores, influenciam a frequência dos usuários no serviço (BRASIL, 2004). O acompanhamento ao tratamento, apoio financeiro, diálogo e afeto perpassam principalmente a importância da família (MELO; PAULO, 2012). Segundo 92,2% dos usuários, a equipe do serviço motiva o contato dos usuários com sua rede, como familiares e amigos. Presente no panorama de algumas cidades, a comunicação entre serviços de saúde, socioassistenciais, setores e recursos

comunitários proporcionam uma dinâmica de cuidado compartilhado e continuidade do tratamento, evidenciando o papel articulador do CAPS AD no território e na rede de atenção aos usuários de drogas. De acordo com 87,5% dos gestores e profissionais participantes, 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. Para 51% existem mecanismos bem definidos de entrada e saída da rede assistencial. A percepção de 85,6% dos usuários corrobora que a equipe facilita a articulação entre o CAPS AD e outros serviços sociais e de saúde.

Um dos principais desafios levantados pelos gestores se relaciona à comunicação entre os serviços e carência de instituições para apoio ao cuidado, como albergues e moradia social. Outro ponto recorrente nos relatos e observações se deve ao encaminhamento indevido de indivíduos para tratamento no CAPS AD, onde o uso de substâncias não se mostra como principal necessidade para tratamento. Uma rede fragmentada e sobrecarregada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (SCALZAVARA, 2006).

3.3.2 Estrutura física dos CAPS AD e recursos humanos

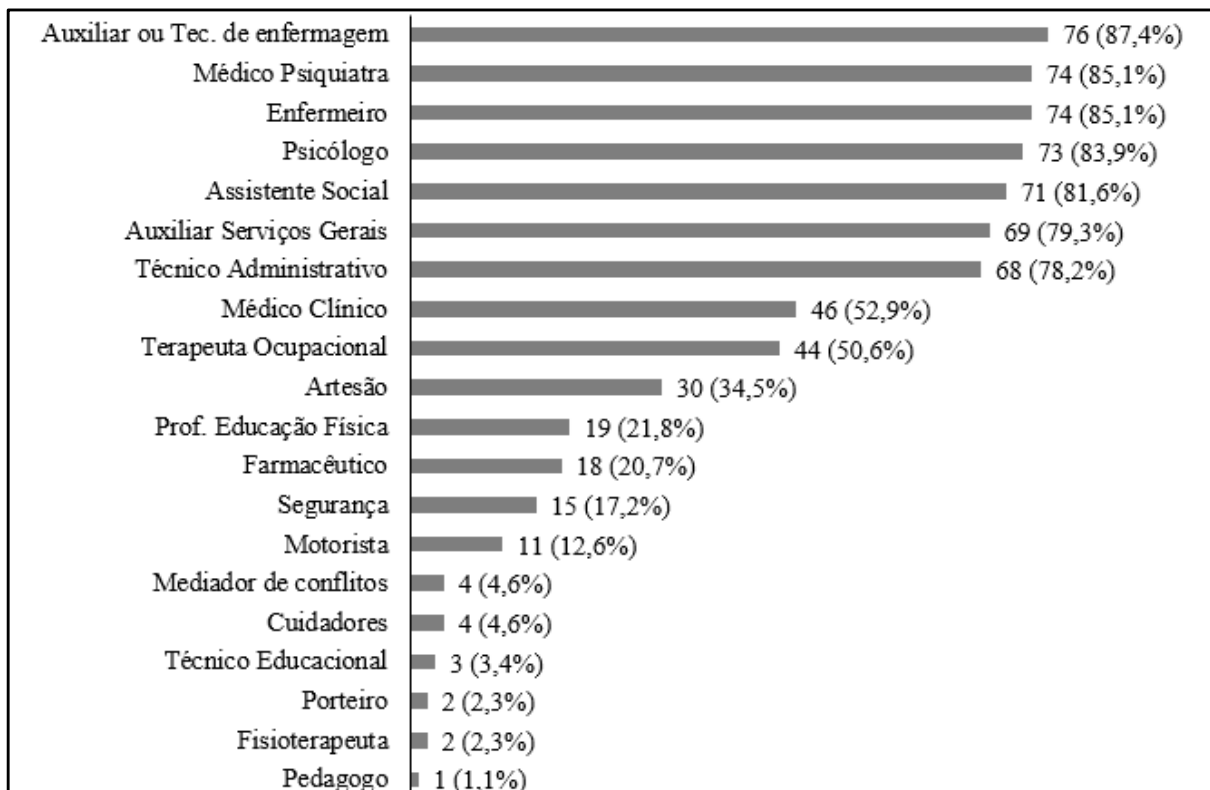
Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), os CAPS devem ter um espaço próprio e adequado para atender a demanda específica, oferecendo um ambiente estruturado e com os recursos necessários. A parte física deve conter uma recepção como espaço de acolhimento, consultórios para as atividades individuais, salas para as atividades coletivas, espaço de convivência, sanitários, sala administrativa, sala para medicação e posto de enfermagem, copa (cozinha), refeitório, área externa para convivência e quarto compartilhado com leitos individuais de acordo com a modalidade do serviço. A área total mínima indicada para CAPS AD II é de 365 m² e de 429 m² para CAPS AD III. Dos serviços visitados, 66,7% apresentaram limitações relacionadas ao espaço físico. Desses, 33,3% estavam desenvolvendo suas atividades em local transitório. A precariedade de alguns serviços foi alarmante, como salas sem iluminação natural e ventilação, grades em janelas e portas e portão de acesso trancado, onde era necessário solicitar para entrar no dispositivo.

Ainda que todos os serviços estudados apresentassem salas para atendimento individual, os espaços para atividade em grupo e oficinas eram, frequentemente, utilizados como espaço de convivência e refeitório. A maioria dos serviços dispunha de área externa para atividades e medicação suficiente, quando esta não se encontrava no dispositivo, as equipes recorriam aos

postos de farmácia popular. Em apenas um serviço os leitos estavam temporariamente inativos, mas a reorganização estava sendo feita com apoio via UPA. A adaptação de ambientes se mostrou constante assim como a demanda por tratamento. Profissionais e gestores ressaltaram que os serviços atendiam semanalmente de 30 a 600 pessoas, de modo que a grande variação reflete também as diferentes densidades demográficas entre as cidades e áreas de cobertura dos serviços. A estrutura física torna-se um importante fator de análise, pois possibilita compreender a adequação do espaço às demandas de atividades existentes e à capacidade de acolher tanto os profissionais como os usuários do serviço (LEAL; ANTONI, 2013).

Relacionado aos profissionais, é necessário apontar que está previsto na legislação que cada tipo de CAPS possua equipes mínimas diferenciadas, de acordo com a especificidade da demanda. É orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, 2012) que as equipes mínimas sejam compostas por 13 profissionais no CAPS AD II e 17 no CAPS AD III. Essas equipes possuem características semelhantes e se diferem no número de profissionais necessários em cada área. Pôde-se explorar que diversas categorias de profissionais estavam representadas nos CAPS AD, através da Figura 3, sendo importante ressaltar que não foi inquirido nesta pesquisa sobre o tamanho da equipe.

Figura 3 - Relação de profissionais atuantes nos CAPS AD segundo os profissionais



Fonte: Elaborado pela autora.

É possível observar que nenhuma categoria profissional esteve presente em 100% das respostas. A existência de equipes incompletas atuando nos serviços impacta diretamente no trabalho desenvolvido e evidencia a falta de investimento. Segundo os gestores e os profissionais, a maioria dos serviços não conta com número de funcionários suficiente para a realização das atividades. Outro ponto é a falta de profissionais capacitados na área de dependência de substâncias e a necessidade de um programa de formação continuada, como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Recursos humanos

Variáveis	Categorias	n	n	n	%
		total (96)	profissionais (87)	gestores (9)	total
O serviço dispõe de recursos humanos suficientes (número de funcionários) para garantir a realização das atividades?	Sim	34	31	3	35,4%
	Não	61	55	6	63,5%
	Não soube informar	1	1	0	1%
Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar possuem experiência e formação específica reconhecida na área de dependência de substâncias?	Sim	28	24	4	29,2%
	Não	57	53	4	59,4%
	Não soube informar	9	8	1	9,3%
	Branco	2	2	0	2%
Os profissionais dispõem de um programa de formação continuada e reciclagem permanente?	Sim	30	28	2	31,3%
	Não	56	50	6	58,3%
	Não soube informar	9	8	1	9,3%
	Branco	1	1	0	1%

Fonte: Elaborado pela autora.

Como mencionado pelos gestores, a existência de profissionais com baixa sensibilidade e intenso estigma relacionado aos usuários de álcool e outras drogas restringe as possibilidades de acolhimento e acesso ao serviço, além de afetar negativamente a qualidade das atividades prestadas, podendo constituir uma barreira para a busca por ajuda (TOSTES *et al.*, 2020). A equipe possui papel fundamental ao ser a referência e principal ordenadora do vínculo, indispensável para organização do Projeto Terapêutico Singular (BOCCARDO *et al.*, 2011). Visando à interdisciplinaridade, foram observadas, durante as visitas, equipes entrosadas entre si, solícitas, disponíveis aos usuários, interessadas no compartilhamento e evolução dos casos por meio de reuniões frequentes.

Em consonância com os achados de Xavier e Monteiro (2013), as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais são: motivação frente às recaídas, adesão ao tratamento, carga horária extensa e exaustiva, baixa remuneração e rotatividade da equipe. Atreladas às já mencionadas dificuldades referentes à infraestrutura e recursos humanos, está a falta de recursos financeiros, sendo constante o investimento pessoal dos profissionais e familiares para compra de materiais e alimentos. Todos esses fatores interferem no alcance e qualidade do tratamento.

3.3.3 Projeto terapêutico, intervenções e encaminhamento

Em 2018, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) alterou as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2018), na qual a promoção de abstinência foi colocada como principal estratégia para tratamento. A política de Redução de Danos (RD), utilizada anteriormente, se baseia em estratégias voltadas para a defesa e melhoria da qualidade de vida, com foco no sujeito e englobando a possibilidade de abstinência (MACHADO L. V.; BOARINI, 2013).

As visitas aos serviços foram realizadas antes da mudança de diretrizes. Foi possível observar que os profissionais possuíam dificuldade na compreensão e orientação da prática alinhada com a RD. Como Calassa, Penso e Freitas (2015) apontam, existe a tendência, entre os profissionais, a enxergar a abstinência como sucesso no tratamento, além da crença de que o uso de drogas é incompatível com saúde e felicidade. Ao ponto que existem claras comprovações científicas acerca da validade da RD, além do alinhamento ao princípio da dignidade da pessoa humana previsto no Artigo 1º da Constituição Federal de 1988, podemos questionar a mudança de diretriz, já que o incentivo e capacitação sobre RD seriam o direcionamento natural para seu fortalecimento.

O plano de tratamento se organiza através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), composto por ações planejadas e com objetivos específicos, executado por uma equipe multidisciplinar e definido a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BRASIL, 2007a). O trabalho integrado com a família e comunidade deve estimular o desenvolvimento do sujeito, promovendo autonomia e protagonismo (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Nesse aspecto, 83,9% dos profissionais afirmaram que o serviço adota um plano de tratamento individualizado para cada usuário, incluindo a modalidade de intervenção, metas terapêuticas e atividades com base em um diagnóstico prévio. Segundo 93,3% dos usuários, os projetos são respeitados e implantados pela equipe do serviço e 97,8% afirmaram que a

condução dos projetos é realizada primariamente por eles. Os gestores e os profissionais ainda apontaram que a perspectiva de gênero é levada em consideração na elaboração do plano de tratamento (68,8%) e que o plano terapêutico inclui estratégias para melhorar a adesão ao tratamento (86,5%). Serviços que não trabalham com as diferenças, possibilidades e potencialidades da pessoa reforçam um cuidado baseado na doença, focado no critério diagnóstico, modelo esse que visa ser ultrapassado pelo PTS.

Em contraponto às respostas apresentadas, foi possível observar um cuidado tutelado e muitas vezes infantilizado exercido pelos profissionais em alguns serviços, atribuindo ao usuário uma posição passiva. Para Santos *et al* (2018), o profissional incumbido pelo PTS assume responsabilidade excessiva pelo usuário, ao invés de promover sua corresponsabilização no processo, decidindo por ele os objetivos e as ações terapêuticas no tratamento. Ainda que bem intencionadas, certas práticas acabam por deslegitimar desejos e interesses dos usuários, entrando em descompasso com as características do público alvo dos serviços e indo de encontro aos direcionamentos propostos.

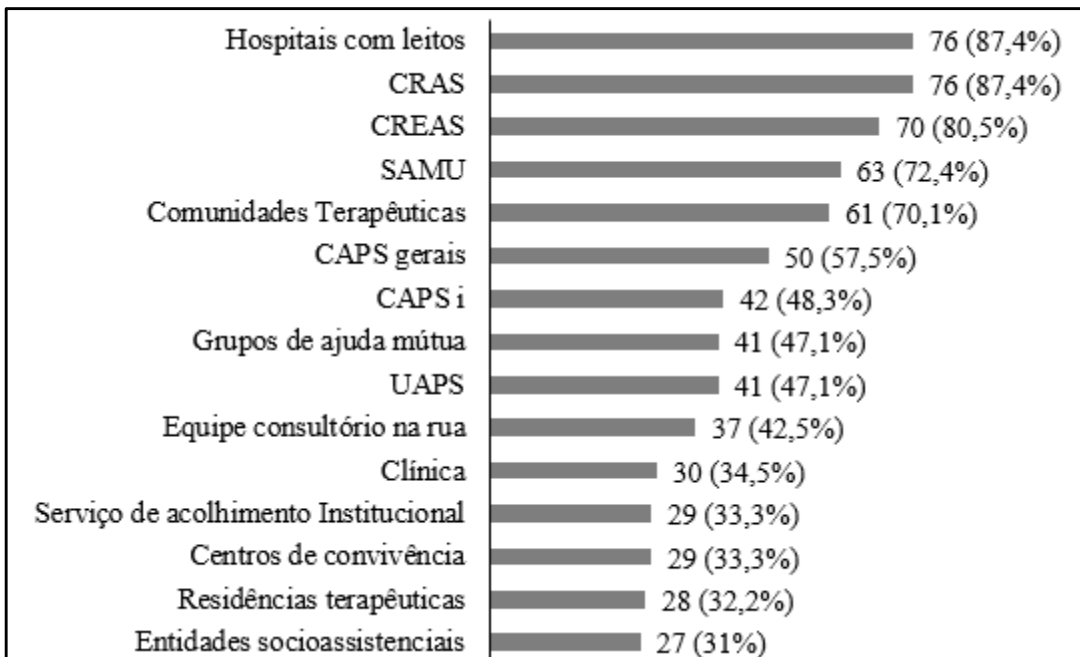
Em relação aos serviços ofertados para tratamento, a equipe profissional relatou incluir: avaliação e diagnóstico (95,8%), tratamento e controle terapêutico (95,8%), informação e orientação (94,8%), cuidado familiar (90,6%) e apoio à inclusão social (88,5%). Segundo 82,3% da amostra constituída pelos gestores e profissionais, as intervenções oferecidas são baseadas em evidências e adaptadas de acordo com a realidade pessoal de cada indivíduo e 50% afirmaram dispor de protocolos que permitem a implementação de intervenções padronizadas. A capacidade de promover intervenções integrando as evidências mais consistentes, com habilidades do especialista e valores dos pacientes e não apenas baseadas no que o profissional acredita ser o melhor (BELLO, 2015; BOTELHO, 2017) exige atualização constante, capacitação e investimento.

As oficinas terapêuticas, principais ferramentas de trabalho do CAPS e importante instrumento de inserção individual em grupos, se dividem em oficinas geradoras de renda, expressivas e de alfabetização (BRASIL, 2004). Os CAPS AD visitados na pesquisa apresentaram um maior número de oficinas expressivas, majoritariamente voltadas para pintura, desenho e rodas de conversa, seguidas por oficinas geradoras de renda, principalmente fabricação de artesanato e, por fim, oficinas de alfabetização. A disponibilidade de oficinas parece estar intrinsecamente relacionada a uma ideia que vincula transtorno mental à necessidade de expressão plástica.

Referente aos encaminhamentos, 96% dos usuários do serviço juntamente com os profissionais informaram ser uma prática exercida na impossibilidade do serviço fornecer o

tratamento. Esse contato e parceria ocorre com outros serviços de saúde e instituições intersetoriais, como na área da Assistência Social. A Figura 4 exibe as instituições que compõem o fluxo dos encaminhamentos realizados.

Figura 4 - Serviços utilizados para encaminhamento segundo os profissionais



Fonte: Elaborado pela autora.

É importante observar que mesmo sendo competência do CAPS AD a articulação com a rede básica de saúde (BRASIL, 2004), essa parceria foi retratada em apenas 47,1% das respostas. Quanto à existência de orientações para esses encaminhamentos, gestores e profissionais (81,3%) declararam existir critérios de inclusão e exclusão que direcionam o acesso dos usuários para as diferentes modalidades de apoio.

3.3.4 Avaliação dos serviços

Como objeto de avaliação, as práticas em saúde podem oferecer maiores informações para a definição de estratégias de intervenção (SILVA; FORMIGLI, 1994). De acordo com 59,4% dos gestores e profissionais participantes, são realizados registros dos usuários antes e depois do tratamento, a fim de permitir uma apreciação dos resultados. Informações registradas regularmente funcionam como monitoramento e podem ser utilizadas para análise da situação de saúde, definição de prioridades, reorientação de práticas e verificação dos resultados

(WEIGELT; MANCIO; PETRY, 2012). Essa análise pode consistir em matéria-prima para um processo fundamental de avaliação continuada dos serviços prestados (ALMEIDA, 2002).

Outro fator, igualmente importante, diz respeito à satisfação do paciente, ou seja, como o indivíduo percebe o cuidado que recebe. Podendo estar associado à várias questões, como: a relação interpessoal com o profissional/equipe, a estrutura e recursos disponibilizados e, também, com as expectativas acerca do tratamento (OLIVEIRA *et al*, 2014). Como o paciente percebe esses aspectos pode influenciar diretamente o grau de adesão ao tratamento (BARBOSA *et al*, 2015). Nesse quesito, em apenas 29,2% das respostas, gestores e profissionais apontaram a existência da avaliação de satisfação nos serviços.

As potencialidades da avaliação podem ser percebidas no cuidado individual e também em níveis mais complexos de organização, como avaliação de políticas, programas e, como o presente estudo, avaliação de serviços (SILVA; FORMIGLI, 1994; BANDEIRA, 2014). A pesquisa exposta enfrentou obstáculos em algumas regiões, iniciando na dificuldade de contato pelos números de telefone disponibilizados, passando pela excessiva burocratização e resistência para consentir a participação, até a baixa receptividade com as pesquisadoras. A avaliação de serviços de saúde no Brasil, em semelhança com outros países, foi associada a jogos de interesse político e conflitos de poder, onde, muitas vezes, os dados encontrados serviram para campanha eleitoral (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2016). A falta de uma cultura avaliativa local atrelada à incerteza da finalidade da avaliação podem ter contribuído com a objeção percebida. Outro aspecto, apontado pelos profissionais durante as visitas, se relaciona à devolutiva que as pesquisas oferecem, na qual os serviços são vistos como um lugar apenas de coleta de informações e pouco ou nenhum retorno é compartilhado. Importante ressaltar assim, que, em uma pesquisa deste teor, as dificuldades e até a não participação também expressam um tipo de resposta.

O instrumento utilizado no presente estudo perpassa amplos fatores e constrói seu potencial na abrangência de diferentes dimensões, fundamentais para uma avaliação mais contextualizada e representativa. Contudo, é importante ressaltar o viés de desejabilidade social contido nas respostas. A participação englobando diferentes atores, juntamente com as observações *in loco*, objetivaram contrabalancear esse ponto. A necessidade de uma cultura avaliativa se associa ao desafio de se construir modelos avaliativos (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2016).

Os usuários apresentaram percepções extremamente favoráveis relacionadas ao serviço e cuidado recebido e esse resultado pode ser interpretado pelo receio em perder o direito ao serviço, mesmo que este apresente diversos problemas e dificuldades. A falta de outros

dispositivos voltados para usuários de álcool e drogas foi um dos desafios levantados pelos gestores e fortalece essa ideia de que algum cuidado tem caráter de excelência comparado a nenhum cuidado. Além disso, pode ocorrer o viés de gratidão, quando existe relutância em expressar opiniões negativas (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

A partir da discussão apresentada conclui-se que há iniciativas para articulação da rede, mas essa ainda representa um desafio. Os CAPS AD de MG apontaram a urgência de maior suporte relacionado à estrutura física e recursos humanos. Existe uma demanda expressiva pelo serviço, que está sendo paulatinamente atendida, priorizando o atendimento através de um Projeto Terapêutico Singular. Encaminhamentos e esforços para troca de informações e parcerias são uma realidade que ainda precisa ser melhorada, assim como autoavaliação e autogestão. Os serviços apresentaram necessidade de investimento para que uma melhor atuação seja possibilitada.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado possibilitou conhecer a realidade dos CAPS AD de Minas Gerais, segundo as percepções dos gestores, profissionais e usuários do serviço. Entender a relação que os diferentes agentes possuem com o dispositivo torna-se relevante para a melhoria do serviço prestado e, conseqüentemente, melhorias na vida do usuário. A compreensão dos diferentes cenários existentes devido à dimensão e construção territorial, assim como os componentes globais apresentados ressaltam o papel das instâncias municipal, estadual e federal no incentivo, manutenção e fortalecimento das políticas de saúde mental existentes.

Apesar das fragilidades encontradas nos CAPS AD, os mesmos conseguem cumprir com o seu papel acolhedor, capaz de fornecer acompanhamento clínico na busca pela reinserção social dos usuários. O estabelecimento de vínculos e a construção de uma perspectiva ampliada de cuidado são potencialidades que, em conjunto com políticas de educação para informar e conscientizar a comunidade acerca do tema, podem fortalecer o enfrentamento coletivo de situações ligadas ao uso do álcool e de outras drogas.

Acredita-se que como desdobramento do apoio às pesquisas de avaliação, os resultados encontrados devam chegar a prática. No que diz respeito à utilização para orientação e tomada de decisões em aspectos de direcionamento das políticas, assim como no conhecimento dos profissionais e usuários a quem a atuação está diretamente relacionada. Sugere-se, pelas próprias limitações do estudo, análises mais refinadas em alguns quesitos, como a comparação

entre as modalidades de serviço, incluindo CAPS AD IV e, assim, a consequente participação de outras macrorregiões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>. Acesso em: 8 jul. 2020.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 124 p.
- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, online, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>. Acesso em: 8 jul. 2020.
- ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ**. 2002. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5043/2/ve_Patty_Fidelis_ENSP_2002.
- ARBEX, D. Na roda da loucura. *In*: ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2013. , p. 49.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil dos municípios**, 2010. PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro. Plataforma Online. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/>. Acesso em: 17 ago 2020.
- BANDEIRA, M. Princípios norteadores para a avaliação de serviços de saúde mental. *In*: BANDEIRA, M; LIMA, L. A.; BARROSO, S. **Avaliação de serviços de saúde mental; princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medidas**. Petrópolis: Vozes.2014. pp. 19-54
- BARBOSA, G. C.; OLIVEIRA, M. A. F.; MORENO, V.; PADOVANI, C. R.; CLARO, H. G.; PINHO, P. H. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto ed. 14, p. 31-37, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0103>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- BELLO, L. A. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. *In*: RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e prática**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 21.
- BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1105-1105, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01105.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.
- BOSI, M. L. M; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. *In*: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Unicamp, 2016. , p. 39-60.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>. Acesso em: 3 ago. 2020.

BOTELHO, I. B. **Diagnóstico Situacional e Propostas de Intervenções Baseadas em Evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal**. 2017. 65 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182625/001075918.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de out. de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 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. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**, Brasília, p. 1-86, 2004. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/manual-de-caps>. Acesso em: 4 ago. 2020.

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

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2 ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006 - saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília, 2007b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. 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). 24 de dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 130.** Brasília, 26 jan. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimentos: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.**, Brasília, p. 1-34, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.a_spx. Acesso em 20 de set de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.588, DE 21 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução Nº 1 de 9 de março de 2018**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 79. 13 de março de 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view>. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019a. Disponível em:

[https://www.abrasco.org.br/site/wp-](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclareciment)

[content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf). Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 11 abr. 2019b. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). DataSus. **Relatórios Habilitações**. Online. Brasília. Consultado em mai. 2020. Disponível em:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VEstado=31&VTipo=H. Acesso em: 06 mai. 2020.

CALASSA, G. D. B.; PENSO, M. A.; FREITAS, L. G. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 177-187, 2015. Disponível em: DOI: 10.5327/Z1982-1247201500020008. Acesso em: 3 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO (Cremesp). **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. 2010. Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima: São Paulo. pp.12. Disponível em:

https://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Santa Cruz do Sul, ed. 10, p. 303-312, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

GOVERNADOR VALADARES. Prefeitura Municipal de Governador Valadares/MG. 2015. **Plano Municipal de Saneamento Básico**, p. 42, Maio 2015. Disponível em:

https://transparencia.valadares.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/DOCUMENTO_1?cdLocal=2&arquivo=%7BA58CCB07-56CC-5B4E-B867-23EDDAE22BD%7D.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mapa da pobreza e desigualdade - municípios brasileiros**. [Online]. 2003. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 16 mai 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. [Online]. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 16 mai 2020.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, [s. l.], ed. 40, p. 87-101, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

LOUZA, K. N.S. **Avaliação dos Centros de atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do Estado de Minas Gerais**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia Ciência e Profissão**, [Online], v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: DOI: 10.5327/Z1982-1247201500020008. Acesso em: 3 ago. 2020.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>. Acesso em: 11 ago. 2020.

MATEUS, M. D. (Org). **Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde. 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=699591&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MELLO, M. G. S.; COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B. A análise das redes sociais nas redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. *In*: RONZANI, Telmo Mota; COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior; LAPORT, Tamires Jordão. **Redes de atenção aos usuários de drogas políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

MELO, P. F.; PAULO, M. A. L. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. **Saúde Coletiva em Debate**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 41-51, 2012. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Importancia-da-familia-na-recupera%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 7 set. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf. Acesso em: 6 ago. 2020.

OLIVEIRA, M. A. F.; CESTARI, T. Y.; PEREIRA, M. O.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. A.; CLARO, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 268-378, 2014. Disponível

em: <https://www.crossref.org/iPage?doi=10.5935%2F0103-1104.20140034>. Acesso em: 6 ago. 2020.

PARANAIBA, G. Governador Valadares interrompe captação de água por conta da lama no Rio Doce. **Estado de Minas**, [S. l.], 9 nov. 2015. Notícias Gerais, Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/11/09/interna_gerais,705897/governa-or-valadares-interrompe-captacao-de-agua-por-conta-da-lama-no.shtml. Acesso em: 15 jul. 2020.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 8 jul. 2020.

PROGRAMA DE COOPERACIÓN ENTRE AMÉRICA LATINA Y LA UNIÓN EUROPEA EN POLÍTICAS (COPOLAD). **Calidad y Evidencia en Reducción de la demanda de Drogas: Marco de referencia para acreditación de programas**. 2014. Madrid. Disponível em: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/CRITERIOS-P_completo_BAJA.PDF. Acesso em: 15 jul. 2020.

RÊGO, I. K. P.; NERY, I. S. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 379-390, 30 set. 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/08-artigo-acesso-adesao-tratamento-mulheres-cancer-mama-assistidas-hospital-oncologia.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, ed. 3, p. 92–99, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

RONZANI, T. M., MOTA, D. C. B.; COSTA, P. H. A. Avaliação de necessidades em saúde mental: utilizando métodos participativos. In: MURTA, S. G.; LEANDRO-FRANÇA, C.; SANTOS, K. B.; POLLEJACK, L. **Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Nova Friburgo: synopsis. 2015.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. **Território, Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 15.

SANTOS, J. M.; BAPTISTA, J. A.; NASI, C.; CAMATTA, M. W. Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 29 nov. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180078>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SCALZAVARA, F. **A operacionalização da reforma psiquiátrica brasileira: um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88316>. Acesso em: 1 set. 2020.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SILVEIRA, P. S.; TOSTES, J. G. A; WAN, H. T.; RONZANI, T. M.; CORRIGAN, P. W. The stigmatization of drug use as mechanism of legitimation of exclusion. *In: RONZANI, T. M. **Drugs and social context***. 2018. p. 15-25. Disponível em: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/ESTIGMATIZACIONDELASDROGAS.pdf. Acesso em 15 de set. 2020.

SOUZA, D. P. O. Políticas sobre Drogas e Redes Sociais: Desafios e possibilidades. *In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. (Orgs). **Vulnerabilidades, Resiliência e Redes: uso, abuso e dependência de substâncias***. São Paulo: Red publicações, 2015.

TOSTES, J. G. A.; DIAS, R. T.; REIS, A. A. S.; SILVEIRA, P. S.; RONZANI, T. M. Interventions to reduce stigma related to people who use drugs: Systematic review. ***Paidéia***, Ribeirão Preto. v. 30, 2020. Disponível em: doi:<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3022>. Acesso em 20 de set. 2020.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. ***Texto Contexto Enfermagem***, online, v. 13, n. 4, p. 543-548, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400012>. Acesso em: 20 jul. 2020.

WEIGELT, L. D.; MANCIO, J. G.; PETRY, E. L.. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13^o Coordenadoria Regional de saúde – RS. ***Barbarói***, Santa Cruz do Sul, ed. 36, p. 191-205, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a12.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. ***Ciência e Saúde Coletiva***, Online, v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100022>. Acesso em: 3 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities***. 2012.

Geneva. Disponível

em: https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/. Acesso em: 12 jul. 2020.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J.K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. ***Psicologia Revista***, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/16658>. Acesso em: 3 ago. 2020.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo apresenta elementos que fomentam a discussão acerca da qualidade em serviços de saúde, salientando desafios e potencialidades. Alguns resultados referentes à avaliação dos CAPS AD de Minas Gerais, convergem com os resultados encontrados em outros serviços ao redor do mundo, conforme a revisão de literatura apresentada. A aproximação dos resultados é observada nos seguintes pontos: dificuldade na comunicação e articulação com outros serviços; necessidade de atendimento centrado nas especificidades do paciente, estimulando sua autonomia; infraestrutura não correspondendo as necessidades e carência de profissionais em formação continuada.

Na revisão da literatura, o sexo/gênero apareceu como influenciador no recebimento de tratamento, talvez por uma representação de conduta aprendida como supracitado por Costa Junior, Couto e Maia (2016), evidenciando uma maior procura por tratamento por mulheres. Outros estudos apontam, assim como observado nos CAPS AD de MG, a predominância da população masculina no tratamento acerca da dependência de drogas. Relacionado ao tema encontra-se forte estigma, principalmente vinculado às mulheres, por questões estruturais presentes, e mais evidentes, em algumas sociedades (BARBOSA *et al*, 2015). O que pode auxiliar a compreender a diferença entre os resultados.

No Brasil, existem portarias, manuais e cartilhas produzidos pelo governo com caráter de regulamentar e orientar o funcionamento dos dispositivos de saúde, entre eles os CAPS AD. Mas o que se observa é o afastamento das informações propostas na teoria da realidade vivenciada nos serviços. Como apontado por Bosi e Mercado-Martínez (2016), a conquista por direitos no plano legal não representa a completa materialização dos mesmos, é preciso seguir na luta. O descompasso entre o proposto e o que chega a prática deve servir de fomento para reivindicações. O enfraquecimento, a longo prazo, na concreta materialização do plano legal, abre possibilidades para mudança de diretrizes, onde o esgotamento e desincentivo tornam-se, de fato, o plano.

De acordo com o exposto, torna-se necessário o debate e o fomento à avaliação de dispositivos, aproximando o conceito à prática com finalidade de superar os problemas identificados na literatura como a diversidade terminológica e as insuficiências metodológicas. Destaca-se a importância da organização e divulgação dos resultados encontrados para que seja possível vislumbrar mudanças na realidade de políticas públicas sobre álcool e drogas.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. C. et al. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [online]. n.14, p.31-37, 2015. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0103>. Acesso em: 22 de set. 2020.

BOSI, M. L. M; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. *In*: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Unicamp, 2016. , p. 39-60.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T. MAIA A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**, v. 23, p. 97-117, 2016. Disponível em: [doi:10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04](https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04). Acesso em 20 de jan. 2020.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 71-79, 2012. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>. Acesso em: 6 ago. 2020.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100008> . Acesso em: 6 ago. 2020.

APÊNDICE A - Panorama das cidades conforme percepções durante as visitas

Centro Sul

Com a maior desigualdade social entre as participantes, a cidade Centro Sul se destaca na economia pela produção de flores e agropecuária. Possui comércio diversificado e instituições educacionais, desde o ensino fundamental até universidade. Caracterizada pelo forte estigma relacionado a saúde mental, foi berço do maior hospício do Brasil (ARBEX, 2013). Quando visitado, o CAPS AD funcionava de forma transitória no Ambulatório Escola, em 2018 ganhou dependência própria no centro da cidade, onde a maior disponibilidade de transporte coletivo e proximidade com outros dispositivos funcionam como facilitadores. Além do local estratégico, o serviço conta com automóvel para suporte nos deslocamentos.

Jequitinhonha

Com mais da metade da população pobre (IBGE, 2003), a cidade com os menores indicadores de densidade demográfica, IDHM e PIB *per capita*, Jequitinhonha evidencia a potencialidade que a organização social pode ter. O Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento, objetivando o progresso da comunidade, apoia projetos de desenvolvimento humano e profissional. Incentivando o compartilhamento de saberes, o artesanato e a produção local são estimulados, além do fomento a permacultura, sustentabilidade e agroecologia, dado que 34,93% de sua população é rural (ATLAS, 2010). Através da mobilização social foi criado o cinema da cidade que além de exibir filmes auxilia na produção audiovisual local. É visível a comunicação e proximidade entre serviços de saúde e assistência com os recursos comunitários. O CAPS AD da cidade situa-se na região central e dispõe de veículo para suporte dos usuários e equipe. Uma sede própria estava sendo construída no momento da visita com estrutura física mais adequada, em um bairro novo de localização afastada.

Leste

Segundo o plano de saneamento (2015), a história da cidade Leste foi marcada por forte emigração da população para outras partes do país e exterior, principalmente Estados Unidos, entre as décadas de 70 e 80. O retorno, em forma de capital, foi capaz de movimentar a economia novamente, através da construção civil, prestação de serviços e comércio. Em contrapartida ecoou no enfraquecimento da rede social, sendo comum pessoas sem referência familiar na região. Marcada por grandes enchentes e afetada pelo rompimento da barragem de

Mariana, teve o abastecimento de água comprometido em 2015, fato que gera reflexos até os dias atuais (PARANAIBA, 2015). O CAPS AD se situa na área central da cidade e atende em grande parte pessoas da zona rural, visto que 3,94% (ATLAS, 2010) de sua população é rural. O serviço não dispunha de automóvel, e apesar da localização estratégica, a locomoção até ele representava um obstáculo, considerando o não ganho do transporte e alto valor de passagem.

Leste do Sul

Com grandes mineradoras instaladas na região, a cidade Leste do Sul tem economia baseada, além da tradicional produção de café, no comércio e prestação de serviços. O crescimento da cidade é notório através da rápida construção de grandes edifícios e aumento exponencial do trânsito. O CAPS AD é localizado na entrada da cidade acarretando afastamento geográfico de outros serviços. Vindos, em maioria, da zona rural, que representa 18,52% (ATLAS, 2010) da população local, os usuários do serviço são retrato de uma população extremamente simples.

Nordeste

Destacando-se no setor de exploração mineral e agropecuária, a cidade Nordeste ocupa o segundo lugar na incidência da pobreza e desigualdade social de acordo com as cidades participantes. O CAPS AD, localizado em bairro vizinho ao centro da cidade, conta com a disponibilidade de um automóvel para apoio aos profissionais e usuários do serviço. Quando visitado, os leitos do serviço estavam inativos, a articulação era realizada via UPA para suporte aos usuários.

Noroeste

Marcada pela industrialização e mineração, a cidade Noroeste é referência na macrorregião. A posição de destaque juntamente com poucos serviços CAPS AD habilitados na macrorregião contribui para a sobrecarga dos dispositivos. É frequente a busca por tratamento por pessoas de outras regiões, as quais chegam com mala e sem destino. A cidade não conta com albergue ou moradia social e os leitos disponíveis acabam sendo ocupados de forma irregular pelos visitantes. O CAPS AD está localizado muito próximo a outras instituições e a articulação chega ao nível de compartilhamento dos ambientes. Uma escola próxima cede uma quadra para atividades ao ar livre e o CREAS disponibiliza sala para as oficinas. Apoio que não reflete a postura da comunidade ao entorno, que realizou um abaixo

assinado na tentativa de alterar o endereço do serviço. A postura de reprovação reforça o estigma referente aos usuários do serviço e contribui para baixa adesão ao tratamento. Outro ponto importante dessa localidade é a utilização dos serviços disponíveis no CAPS AD por comunidades terapêuticas da região, fato que reforça a sobrecarga do serviço.

Sudeste

Cidade com maior densidade demográfica entre as participantes, está localizada entre três grandes centros urbanos nacionais. Com alto IDHM e expressiva desigualdade social, teve economia baseada na industrialização, sendo atualmente os principais setores: prestação de serviços e comércio. Como importante cidade de porte médio e referência na região sinaliza a sobrecarga relacionada a demanda pelo serviço de assistência à população que faz uso de álcool e drogas. O CAPS AD está localizado próximo ao grande centro da cidade. A comunicação e articulação com outros dispositivos representa um grande desafio, limitando as ações ao próprio serviço. A forte movimentação e influência política estabelecem certos fluxos no funcionamento da instituição, como os encaminhamentos para comunidades terapêuticas.

Sul

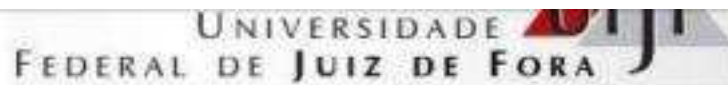
Apresentando maior IDHM e menor incidência da pobreza entre as participantes, a cidade Sul possui grande parque industrial instalado no município. A exploração industrial de minerais e a agroindústria representam a base da economia, seguidos pela rentabilidade do turismo apoiado nas águas minerais. A circulação de capital é notória na estruturação e manutenção da cidade. O CAPS AD situa-se na região central e possui fácil acesso. A organização e comunicação entre a equipe do serviço e outros setores funciona como ponto chave na articulação com outros dispositivos, refletindo na satisfação dos usuários. A perspectiva de ocupação do território se reflete em atividades como eventos culturais, exposições e passeios ao cinema.

Triângulo do Sul

A cidade, além de abrigar três distritos industriais, destaca-se na pecuária e possui a maior produção de bens por habitante entre as participantes. Com forte influência na região, foi a localidade que apresentou a maior demanda por tratamento no CAPS AD. O serviço, quando visitado, situava-se na região central da cidade, e aguardava a finalização da construção de uma nova sede, que ocorreu em 2018. Durante a visita foi compartilhado o caso de um profissional que havia sido transferido para o serviço como forma de punição, porém a adaptação ao local

estava sendo otimista e satisfatória. A compreensão de que trabalhar em um serviço de saúde mental voltado para atendimento de pessoas usuárias de álcool e drogas funcionaria como um castigo expressa a visão passada por alguns líderes, demonstrando descaso e preconceito com a prática que visa a continuidade da reforma psiquiátrica.

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido



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 desses 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 468/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____ portador do documento de identidade _____

foi informado (a) dos objetivos da pesquisa **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Alcool e Outras Drogas (CAPSAd) dos estados 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 a 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: Polyanna Santos da Silveira

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

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3101 / (32) 9888-1-6808

E-mail: polyannasilveira@gmail.com

Nome Equipe da pesquisa: Kelly Nascimento Silva

Fone: (32) 988138838

E-mail: kelynascimento.psi@gmail.com

ANEXO B - Questionário adaptado com base no programa “Calidad y Evidencia en Reducción de la demanda de Drogas”

Qualidade e evidência na redução de demanda de drogas																						
<p>A seguir apresentamos uma versão adaptada do programa Qualidade e evidência na Redução de demanda de drogas da Cooperação entre America 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 por isso, pedimos que leia e responda cada pergunta atentamente.</p> <p style="text-align: right;">Termos específicos:</p> <p style="text-align: center;">redução da oferta - ações voltadas para a redução da disponibilidade das substâncias;</p> <p>redução da demanda- campanhas educativas, pedagógicas que auxiliam na redução da demanda(procura) por parte dos usuários.</p>																						
EIXO 1 – CRITÉRIOS COMUNS A TODOS OS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DEMANDA DE DROGAS																						
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.2. São oferecidas intervenções baseadas em evidências, adaptadas de acordo com a realidade pessoal de cada indivíduo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.3. São informados os possíveis riscos e desvantagens antes de obter do usuário seu consentimento para intervenção?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																				
<p>1.4. A participação dos menores de idade nos programas e serviços inclui autorização prévia dos pais ou responsável?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.5. As informações sobre os participantes do programa são tratadas de forma confidencial?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.6. O serviço atende as leis e regulamentos aplicáveis em termos de:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">SIM</th> <th style="width: 10%;">NAO</th> <th style="width: 20%;">NAOSOUBE RESPONDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>fiscalização</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>de trabalho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>de proteção de dados</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oportunidades iguais no trabalho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NAO	NAOSOUBE RESPONDER	fiscalização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de proteção de dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oportunidades iguais no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NAO	NAOSOUBE RESPONDER																			
fiscalização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
de proteção de dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
oportunidades iguais no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<p>1.7. Periodicamente, o serviço presta contas às instituições e organizações que o financiam e todas as partes interessadas no seu desenvolvimento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.8. O serviço dispõe de recursos humanos suficientes (número de funcionários) para garantir a realização das atividades?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.9. Os profissionais que integram a equipe responsável pelo desenvolvimento do serviço têm as habilidades necessárias para desenvolver suas funções?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																				

<p>1.10. O serviço dispõe de instalações e equipamentos adequados para atender as metas do programa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																													
<p>1.13. O serviço tem missão e meta definidas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.14. O serviço mantém um registro dos usuários?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																													
<p>1.16. O serviço contempla a colaboração de parcerias com sistemas de informação local, regional e nacional existente 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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.17. Dispõe de protocolos que permitam a implementação de intervenções padronizadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																													
<p>1.18. O serviço desenhou um plano para avaliar o serviço no qual define os seguintes elementos:</p>																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NÃO SOUBE RESPONDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.18.1. Conteúdo da avaliação (avaliação do processo, cobertura, resultados, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.18.2. Procedimentos e instrumentos utilizados na avaliação.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.18.3. Os indicadores de avaliação.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.18.4. Tipo de avaliação realizada (interna, externa ou mista).</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.18.5. Utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação e alterações de programa).</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.18.6. Vias e mecanismos para a divulgação dos resultados e seus destinatários.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NÃO SOUBE RESPONDER	1.18.1. Conteúdo da avaliação (avaliação do processo, cobertura, resultados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.18.2. Procedimentos e instrumentos utilizados na avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.18.3. Os indicadores de avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.18.4. Tipo de avaliação realizada (interna, externa ou mista).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.18.5. Utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação e alterações de programa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.18.6. Vias e mecanismos para a divulgação dos resultados e seus destinatários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	SIM	NÃO	NÃO SOUBE RESPONDER																												
1.18.1. Conteúdo da avaliação (avaliação do processo, cobertura, resultados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
1.18.2. Procedimentos e instrumentos utilizados na avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
1.18.3. Os indicadores de avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
1.18.4. Tipo de avaliação realizada (interna, externa ou mista).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
1.18.5. Utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação e alterações de programa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
1.18.6. Vias e mecanismos para a divulgação dos resultados e seus destinatários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												

EIXO 2 - CRITÉRIOS PARA ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO

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 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.)

1. SIM

2. NÃO

3. NÃO SOUBE RESPONDER

2.2. O serviço garante o tratamento adequado e reconhece os usuários que são atendidos os direitos a:

	SIM	NAO	NAO SOUBE RESPONDER
2.2.1. acesso a prestação de serviços de saúde, psicológico e social que integram o processo de cuidado em um prazo definido e conhecido;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2. livre escolha entre diferentes opções terapêuticas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3. voluntariedade para iniciar, manter um processo terapêutico e interromper, exceto em casos previstos por lei;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.4. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.5. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.6. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.7. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.8. receber um informe de alta, uma vez finalizado o processo assistencial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>2.3. O serviço contempla diferentes vias de acesso ao tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.3.1. Ainda sobre o acesso, dispõe de critérios de indicação terapêutica definidos e escritos, baseados em um diagnóstico biopsicossocial dos usuários?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.4. No serviço há critérios de inclusão e exclusão que definem adequadamente o acesso de usuários para diferentes modalidades de tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.5. Existem critérios definidos de referência, inclusão, indicação terapêutica e exclusão para desintoxicação em ambientes hospitalares?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.6. Há critérios (inclusão/ exclusão) definidos para o encaminhamento para Comunidade Terapêutica?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.7. Todos os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar possuem experiência e formação específica reconhecida na área de dependência de substâncias?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.8. Os profissionais dispõem de um programa de formação continuada e reciclagem permanente?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.10. O tamanho das instalações está adequado ao volume de usuários atendidos?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.11. O serviço de tratamento dispõe de um estoque de medicamentos corretamente autorizados, uma área segura para os arquivos dos históricos clínicos?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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 (ex. serviços de saúde, rede de saúde mental, judicial, social, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.13. O serviço é baseado em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar do uso, abuso e dependência de substâncias?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>

<p>2.14. O planejamento do serviço foi precedido de uma avaliação de necessidades e um diagnóstico de situação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.15. O serviço de tratamento está integrado a uma rede de serviços ampla, em que participam outros centros de tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																								
<p>2.17. No serviço, existem mecanismos claramente definidos de entrada e saída da rede assistencial?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.18. Há um registro pessoal de cada usuário, no qual são descritos os profissionais responsáveis e que fazem parte de sua história clínica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																								
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>																										
<p>2.21. Os serviços de tratamento ambulatorial disponíveis incluem, como mínimo:</p>																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NAO</th> <th>NAO SOUBE RESPONDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.21.1. Informação e orientação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.21.2. Avaliação e diagnóstico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.21.3. Tratamento e controle terapêutico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.21.4. Cuidado familiar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.21.5. Apoio à inclusão social</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				SIM	NAO	NAO SOUBE RESPONDER	2.21.1. Informação e orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.21.2. Avaliação e diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.21.3. Tratamento e controle terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.21.4. Cuidado familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.21.5. Apoio à inclusão social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NAO	NAO SOUBE RESPONDER																							
2.21.1. Informação e orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2.21.2. Avaliação e diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2.21.3. Tratamento e controle terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2.21.4. Cuidado familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2.21.5. Apoio à inclusão social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

<p>2.22. O serviço inclui: (marque todas possíveis)</p> <p><input type="checkbox"/>1. Avaliação diagnóstica</p> <p><input type="checkbox"/>2. Desintoxicação</p> <p><input type="checkbox"/>3. Desabilitação</p> <p><input type="checkbox"/>4. Intervenções de apoio à incorporação sócio laboral</p> <p><input type="checkbox"/>5. Atenção Individual e em grupo</p>	<p><input type="checkbox"/>6. Atenção em saúde</p> <p><input type="checkbox"/>7. Assistência Social</p> <p><input type="checkbox"/>8. Apoio Educacional</p> <p><input type="checkbox"/>9. Intervenções com familiares</p> <p><input type="checkbox"/>10. Outros. Quais? _____</p> <p>_____</p>	<p>2.23. Os serviços dispõem de um programa para a prevenção, identificação e controle de infecções?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.25. O serviço identifica, descreve e documenta os processos que fazem parte do tratamento desde a admissão até a conclusão do tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.26. Os profissionais proporcionam informações ao usuário e a família sobre as opções terapêuticas existentes?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.29. Os dados da avaliação diagnóstica são voltados para a história clínica integral de cada usuário?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.31. É levada em consideração a perspectiva de gênero na elaboração do plano de tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/>2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>

<p>2.33. O plano terapêutico inclui estratégias para melhorar a adesão ao tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.36. Aos 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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.39. A duração do tratamento será determinada pelo grau de cumprimento dos objetivos estabelecidos em função dos motivos de finalização (alta terapêutica e voluntária, encaminhamento, abandono, força maior)?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.40. O regulamento interno da instituição dispõe de critérios de expulsão ou exclusão do tratamento de usuários e das medidas cabíveis nestes casos?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.42. O serviço contempla a avaliação dos resultados do processo assistencial, identificando os indicadores a utilizar?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.43. O serviço inclui a avaliação de satisfação do usuário com o tratamento, dos profissionais e de outras pessoas interessadas (p.ex. familiares)?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.44. Dispõe de um sistema de avaliação periódica da atividade assistencial, com base em indicadores objetivos (adesão ao tratamento, altas, resultados obtidos)?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.45. Dispõe de um programa de acompanhamento dos usuários após a saída do tratamento, incluindo o monitoramento periódico de recaídas por métodos objetivos?</p> <p><input type="checkbox"/>1. SIM <input type="checkbox"/>2. NÃO <input type="checkbox"/>3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>		

ANEXO C - Questionário adaptado com base no Kit de Ferramentas QualityRights

Versão Adaptada do kit ferramenta Quality Rights		
EIXO 1 - O DIREITO A USUFRUIR O PADRÃO MAIS ELEVADO POSSÍVEL DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL (ARTIGO 25 DA CDPD)		
<p>1.1. É uma prática comum do serviço negar atendimento a pessoas por motivos pessoais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.2. Você já soube de alguma situação em que alguém que poderia ter recebido alta não recebeu ou foi mantido(a) no serviço por um período mais longo do que o necessário?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.2.2. Isso é uma prática comum nesse serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.3. Você acredita que os profissionais possuem as habilidades necessárias para promover a capacidade dos usuários de viver de forma independente na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.4. Os usuários do serviço podem se consultar com um psiquiatra ou outros profissionais especializados em saúde mental, caso precisem ou quando desejem?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.5. Os projetos terapêuticos são conduzidos primariamente pelos usuários do serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.5.1. Esses projetos são respeitados e executados pela equipe do serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.5.2. Esses projetos são revisados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.5.3. É dado tempo suficiente aos usuários para discussão, consulta sobre diferentes opções de tratamento antes de concluir os projetos terapêuticos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>

<p>1.6. Os usuários do serviço são orientados a manifestarem antecipadamente suas vontades, fornecendo informações detalhadas sobre suas preferências de tratamento futuro, caso sejam incapazes de comunicar suas escolhas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.6.1. Tais manifestações incluem informações sobre as opções de tratamento ou recuperação que os usuários não gostariam?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.7. O serviço oferece reabilitação psicossocial aos usuários do serviço, incluindo habilidades gerais e de autocuidado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.7.1. Estes programas são adaptados aos desejos e necessidades específicos da pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.8. A equipe do serviço motiva os usuários a entrar e manter-se em contato com sua rede de apoio, ou seja, família e amigos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.9. Os medicamentos adequados encontram-se disponíveis no serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.10. Há fornecimento constante dos medicamentos essenciais e estes encontram-se disponíveis em quantidades suficientes para atender às necessidades dos usuários do serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.11. Os medicamentos são administrados de maneira adequada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.12. É informado aos usuários do serviço quais medicamentos foram prescritos e seus possíveis efeitos colaterais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.12.1. Os usuários do serviço são acompanhados e tratados em relação à ocorrência de efeitos colaterais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.13. Os usuários do serviço são informados sobre as opções de tratamento que constituem possíveis alternativas à medicação ou sobre terapia complementar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.13.1. São realizados exames de saúde (inclusive odontológico) e exames de rastreamento para doenças específicas no serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.14. O tratamento para problemas de saúde em geral encontra-se disponível aos usuários do serviço quando necessário?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.14.1. Os usuários do serviço recebem as vacinas adequadas (por exemplo, contra a gripe)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.15. Procedimentos médicos são realizados no serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>

<p>1.15.1. Há mecanismos para garantir que os usuários do serviço que precisam desses tipos de cuidados de saúde sejam encaminhados ao serviço adequado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.16. A educação e a promoção da saúde são oferecidas regularmente pelo serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.17. Os usuários do serviço são informados e orientados sobre questões de planejamento familiar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.17.1. Os usuários são informados sobre as opções de contraceptivos e recebem ajuda no acesso a esses métodos, caso desejem?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.18. Todos os serviços gerais e de saúde reprodutiva são fornecidos aos usuários do serviço com base no consentimento informado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.19. Você tem conhecimento de situações em que uma pessoa precisava de tratamento, mas não o recebeu por motivos pessoais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.20. Quando o serviço não pode fornecer tratamento, a equipe encaminha pessoas a outros serviços disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.21. A equipe do serviço é capaz de identificar diferentes serviços e recursos comunitários úteis para apoiar os usuários do serviço a viverem de forma independente na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>1.22. A equipe facilita a articulação entre os usuários do serviço e outros serviços sociais e de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>1.23. Existem mecanismos ou oportunidades para que os usuários do serviço possam expressar sua opiniões, críticas, preocupações relacionadas aos atendimentos e sugestões sobre como podem ser melhorados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>		

EIXO 2 - O DIREITO A EXERCER CAPACIDADE LEGAL E O DIREITO À LIBERDADE PESSOAL E À SEGURANÇA DA PESSOA (ARTIGOS 12 E 14 DA CDPD)

<p>2.1. A equipe do serviço toma as medidas necessárias para garantir que os usuários possam receber alta assim que possível e retornar às suas vidas na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.2. As preferências dos usuários do serviço com relação às opções de tratamento e recuperação são sempre respeitadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.3. São fornecidas informações sobre a proposta de tratamento aos usuários, a fim de que possam informar o consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
--	---	---

<p>2.4. Quando os usuários do serviço manifestam antecipadamente suas preferências com relação ao tratamento, tais escolhas são respeitadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.5. O direito de uma pessoa a recusar o tratamento é respeitado no serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.6. Você tem conhecimento de algum procedimento em vigor para documentar o tratamento dos usuários do serviço contra a sua vontade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.7. Os usuários do serviço que foram encaminhados em um serviço ou tratados contra a sua vontade receberam a opção de recorrer a uma autoridade legal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.7.1. Os usuários do serviço são informados sobre esta opção?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.8. A equipe do serviço apoia aqueles que desejam recorrer nessa situação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.8.1. A equipe ajuda as pessoas no acesso à representação legal para que possam recorrer?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.9. A equipe do serviço interage com os usuários de forma que eles se sintam ouvidos, respeitados e apoiados em sua capacidade de fazer escolhas e tomar decisões?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.10. A equipe fornece informações aos usuários sobre seus direitos enquanto usuários do serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.11. A equipe do serviço fornece informações aos usuários sobre opções de avaliação, diagnóstico, recuperação e tratamento, para que possam tomar decisões conscientes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.12. A equipe do serviço reconhece que os usuários possuem o direito de designar uma pessoa ou rede de pessoas para apoio, de sua livre escolha, as quais possam consultar em relação à tomada de decisões sobre seu tratamento e questões pessoais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.13. A equipe do serviço respeita a autoridade de uma pessoa ou rede de pessoas designadas para apoio à comunicação das decisões do usuário?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.14. A nomeação de um tutor substituto é uma prática comum no serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.14.1. A prática de nomear um tutor substituto é mais comum do que a prática de uma tomada de decisão apoiada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.15. Quando um usuário do serviço deseja tomar uma decisão apoiada, porém não tem uma pessoa, ele é ajudado a ter acesso ao apoio adequado, por exemplo, por meio de organizações de pessoas que se encontram na mesma situação, organizações de advocacia ou de direitos humanos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>

<p>2.16. Os prontuários são mantidos em uma área fechada do prédio, com acesso restrito?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.17. Os usuários do serviço possuem acesso às informações contidas em seus prontuários?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.18. Há regras e procedimentos para orientar quem tem e não tem acesso aos prontuários confidenciais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.18.1. Você sabe informar se o acesso aos prontuários confidenciais de um usuário do serviço é restrito ao usuário e aos profissionais do serviço que trabalham diretamente com ele?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.18.2. Você sabe se mais alguém possui acesso aos prontuários?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>2.19. Os usuários do serviço podem acrescentar informações, opiniões e comentários em seus prontuários?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>2.19.1. Eles podem fazer isto sem restrição?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>		

EIXO 3 - O DIREITO DE VIVER DE FORMA INDEPENDENTE E DE SER INCLUÍDO NA COMUNIDADE (ARTIGO 19 DA CDPD)

<p>3.1. Os usuários do serviço recebem informações sobre opções de moradia e recursos financeiros disponíveis, como, por exemplo, benefícios sociais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.2. Os usuários do serviço recebem apoio no acesso e manutenção de moradia na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.3. Os usuários do serviço recebem apoio dos profissionais no acesso aos recursos financeiros necessários para viver na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>3.4. Os usuários do serviço recebem informações sobre oportunidades de educação, desenvolvimento de carreira e trabalho na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.5. Os usuários do serviço que são crianças/adolescentes e suas famílias recebem apoio no acesso a oportunidades de educação, se necessário?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.6. É fornecido aos usuários do serviço o acesso a oportunidades de educação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>

<p>3.7. É fornecido aos usuários do serviço algum apoio no acesso a oportunidades de desenvolvimento de carreira ou trabalho remunerado na comunidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.8. Os usuários do serviço recebem informações sobre como participar da vida política?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.9. Eles recebem informações sobre a adesão a organizações de pessoas com o mesmo estado de saúde ou organizações políticas, religiosas e sociais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>3.10. Há apoio disponível aos usuários do serviço que desejam votar em eleições locais e nacionais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.11. Os usuários do serviço são apoiados no ingresso e participação em atividades de organizações de pessoas em igual situação ou outras organizações políticas, religiosas e sociais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.12. Os usuários do serviço recebem informações sobre as opções disponíveis de atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>
<p>3.13. É fornecido algum apoio aos usuários do serviço no acesso e participação em atividades sociais e de lazer de sua escolha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	<p>3.14. O desejo dos usuários do serviço de participar de atividades culturais e religiosas é apoiado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. NÃO SOUBE RESPONDER</p>	