



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

FLÁVIA SUZANNE GOIABEIRA NERY

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO
HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA:
UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**Salvador
2015**

FLÁVIA SUZANNE GOIABEIRA NERY

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO
HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA:
UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pesquisa e Pós Graduação em Políticas Sociais
e Cidadania, Universidade Católica do Salvador,
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestra em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ana Maria Fernandes
Pitta.

**Salvador
2015**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.
Setor de cadastramento

N456 Nery, Flávia Suzanne Goiabeira.

A Rede de Atenção Psicossocial no Centro Histórico, do município de Salvador, BA: um olhar sobre a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas/ Flávia Suzanne Goiabeira Nery. – Salvador, 2014.

103 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

1. Saúde Mental 2. Dependência Química 3. Política de Saúde
4. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Centro Histórico - Salvador - Bahia I. Título.

CDU 364.444(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

FLAVIA SUZANNE GOIABEIRA NERY

**“A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO HISTÓRICO DO
MUNICÍPIO DE SALVADOR, BA: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO
AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 23 de fevereiro de 2015.

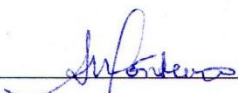
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – Orientadora



Prof. Dr. Michel Perreault – UCSal



Profa. Dra. Dalva de Andrade Monteiro – UEFS



Prof. Dr. Esdras Cabus Moreira - EBMS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de alguma forma, puderam me ajudar a desenvolver este trabalho.

Ao CNPQ/PROSUP pelo apoio financeiro.

Ao MS/FAPESB/CNPQ projeto AVALIAR RAPS por proporcionar um aprendizado constante.

Aos trabalhadores dos serviços de saúde pertencentes ao Distrito sanitário do Centro Histórico em especial a equipe do CAPS AD Gregório de Matos pelo subsídio para a efetivação desta pesquisa.

À minha orientadora Ana Pitta pelo aprendizado em todos os momentos, pela disponibilidade e pelo constante incentivo.

Aos professores Michel Perreault e Esdras Cabus Moreira por suas valiosas contribuições na qualificação.

A todos os colegas do Núcleo de Estudo em Saúde e Cidadania - NESC, que, cada um da sua maneira, me ajudaram nesta tarefa. Em especial Andreza Muricy, Clarissa Rocha, Italuã Martins Juliana Costa e Madria Estella.

Aos meus pais Dário e Gildete e ao meu irmão Thiago por todo o suporte e apoio para que eu chegasse até aqui.

Ao meu marido Leonardo que respeitou meus momentos de ausência e me apoiou em todas as etapas da pesquisa.

Finalmente, Agradeço a Deus por ter me dado todas essas oportunidades e me rodeado de pessoas tão especiais.

*Dos nossos medos nascem as nossas coragens,
e, em nossas dúvidas, vivem as nossas certezas.
Os sonhos anunciam outra realidade possível,
e os delírios outra razão. Nos descaminhos
esperam-nos surpresas, porque é preciso perder-se
para voltar a encontrar-se.*

Eduardo Galeano

NERY, Flávia Suzanne Goiabeira. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. 103f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador 2015

RESUMO

Estuda-se a Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, do Centro Histórico de Salvador – BA, através do desenho de pesquisa etnoepidemiológico objetivando descrever a articulação dos pontos de atenção da RAPS, na região estudada; identificar ações das equipes técnicas no enfrentamento do grave problema de saúde pública; levantar elementos que facilitam ou dificultam o acesso do cuidado dos usuários. O método qualitativo utilizou questionários estruturados, observações diretas e diário de campo. À análise de conteúdo da pesquisa qualitativa utilizou-se Bardin (2011). Como resultados destacam-se a alta percepção de problemas de álcool e drogas pelos profissionais no território, o encaminhamento para serviço especializado como o procedimento previsto para acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas e ausência de matriciamento na maioria das unidades envolvidas. As principais considerações apontam para a lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, a divisão por especialidades e serviços se apresentam estabelecidos no dia a dia das unidades.

Palavras-chaves: Saúde mental. Dependência química. Política de saúde. Rede de Atenção Psicossocial.

NERY, Flávia Suzanne Goiabeira. **A PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN HISTORICAL CENTER OF SALVADOR MUNICIPAL - BA: A LOOK ON THE ATTENTION OF POLICY USERS ALCOHOL AND OTHER DRUGS.** 103f. Dissertation (Master) - Master in Social and Citizenship Policies, Catholic University of Salvador (UCSAL), savior 2015

ABSTRACT

This study presents the Policy of Care for users of alcohol and other drugs in the Network of Psychossocial Care (NPC) of the Historical Center of Salvador, Bahia via the ethno epidemiological research design, aiming to describe the articulation of the NPC attention points in the area; to identify the actions taken by the technical teams in addressing the serious public health problem; to identify the elements that facilitate or hinder the users of care access. The qualitative and quantitative method used structured questionnaires, direct observations and field diary. Bardin (2011) was used for the content analysis of qualitative research. The results highlight the high perception of alcohol problems and drug use by professionals in the territory, as well as referral to specialized service as the procedure for monitoring users of alcohol and other drugs and lack of specialized orientation in most of the units involved. The main considerations point to the logic of forwarding and lack of accountability, division by specialties and services that are established on the daily life of the units.

Keywords: Mental health. Substance abuse. Health policy. Network of Psychossocial Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Problemas com álcool e drogas na população assistida em unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	47
Tabela 2 - Acompanhamento do tratamento de problemas de álcool e drogas de usuários em unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	49
Tabela 3 - Existência de procedimentos para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	50
Tabela 4 - Tipos de procedimentos previstos no acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	51
Tabela 5 - Existência de busca ativa e visita domiciliar nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	53
Tabela 6 - Crises e resolução na própria unidade.	54
Tabela 7 - Lugar de encaminhamento da crise.	54
Tabela 8 - Local onde acontece o tratamento de problemas de álcool e drogas na região.	56
Tabela 9 - Existência de acompanhamento do tratamento de usuários de álcool e outras drogas em outras unidades.	57
Tabela 10 - Modos de contato para acompanhar o tratamento em outra unidade.	58
Tabela 11 - Existência de apoio matricial nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	59
Tabela 12 - Existência de parcerias setoriais entre as unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	61
Tabela 13 - Existência de parcerias intersetoriais entre as unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.	63

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Distribuição populacional, segundo Distrito Sanitário. Salvador/BA (2008).	38
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos dispositivos de pontos de atenção da RAPS, suas unidades de saúde e respectivos bairros.	39
Quadro 2 - Categorias construídas.	44
Quadro 3 - Desenvolvimento da análise por categoria.....	44
Quadro 4 - Substâncias Psicoativas usadas na população das Unidades de Saúde do Centro Histórico de Salvador.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Para Usuários de Álcool e Drogas
CAPS IA	Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência.
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - décima edição.
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo da Atenção Psicossocial
OBID	Observatório Internacional sobre drogas
OPS	Organização Panamericana de saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Política Nacional Antidroga
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidroga
SPA	Substância Psicoativa
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	16
2.1	POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	16
2.2	AS DROGAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	22
2.2.1	A atenção a usuários de álcool e outras drogas	28
2.3	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS	31
2.3.1	O Centro de Atenção Psicossocial para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas - CAPS AD	34
3	METODOLOGIA.....	37
3.1	DOS SUJEITOS E DOS SERVIÇOS.....	40
3.1.1	Sujeitos.....	40
3.1.2	Serviços.....	41
3.2	INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	42
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	43
3.3.1	Categorias de análise.....	44
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1	PROCESSO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	46
4.1.1	Observação de pessoas com problemas de álcool e drogas	46
4.1.2	Substâncias psicoativas usadas pelos usuários das unidades.....	48
4.1.3	Acompanhamento do tratamento de problemas com álcool e outras drogas.....	49
4.2	NATUREZA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO.....	52
4.2.1	Busca ativa e visita domiciliar	52
4.2.2	Crises.....	53
4.3	ARTICULAÇÕES EM REDE	55
4.3.1	Local de tratamento de álcool e drogas na região	56
4.3.2	Acompanhamento e modos de contato no tratamento de usuários de álcool e outras drogas em outras unidades.....	57
4.3.3	Matriciamento	58
4.3.4	Parcerias existentes no território.....	60
4.3.4.1	Parcerias setor saúde	61
4.3.4.2	Parcerias intersetoriais.....	62

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXOS	74
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	75
	APÊNDICES.....	79
	APÊNDICES A – ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA GESTORES/ RESPONSÁVEIS DOS DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	80
	APÊNDICE B - ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA GESTORES DOS CAPS	88
	APÊNDICE C – ROTEIRO ETNOGRÁFICO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA	99
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101

1 INTRODUÇÃO

Como Psicóloga atuei em um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - CAPS AD. Trabalhando com pessoas que apresentavam um uso problemático de substâncias psicoativas, confrontei-me com a grande questão da frágil assistência prestada a estas pessoas.

Nos três anos de atuação em uma instituição considerada “substitutiva do hospital psiquiátrico”, pude observar que apesar de algumas mudanças no modelo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, decorrente do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, tendo a Lei nº 10.216, que acompanha uma série de portarias, sendo uma delas a Portaria nº 336/02, que regulamenta o funcionamento do CAPS. Os Centros conseguem de certa forma suprir necessidades básicas (alimentação, higiene pessoal), cuidados em saúde (medicação, assistência multiprofissional) e suporte psicossocial (atendimentos psicológicos e sociais) aos usuários que na maioria das vezes encontra-se com vínculos familiares fragilizados, problemas sociais (desemprego, baixa escolaridade...), judiciários (oriundos do sistema prisional), entre outros. Muitas das inquietações despertadas naquele período permanecem comigo até hoje, e serão explicitadas na sequência.

Durante a minha trajetória tive a oportunidade de atuar em um CAPS tipo I em uma cidade vizinha, ampliando, assim, a minha área de atuação e minha vivência com pessoas em sofrimento mental.

Com muitas questões em mente, com o desejo de saber mais e de “poder fazer diferente” fui buscar cursos na área de Saúde Mental e Dependência Química. Tive a oportunidade de fazer o curso de Especialização em Saúde Mental e Uso de Substâncias Psicoativas - SPA, na Universidade Federal da Bahia - UFBA, que enriqueceu minha vida profissional por meio de aspectos teóricos e troca de experiências com os demais colegas.

Diante do conhecimento teórico sobre a história das drogas, os efeitos das substâncias psicoativas no organismo, os modelos de tratamento disponíveis para os indivíduos que fazem uso de SPA e o modo como o ambiente e as relações interferem no seu uso, somado as experiências práticas que eu adquiri no CAPS AD, passei a questionar: E quanto aos usuários de álcool e outras drogas, o CAPS AD, é suficiente

para lidar com a problemática do seu uso prejudicial? Poderíamos propor uma articulação em Rede de Atenção Psicossocial para melhor amparar este sujeito em sofrimento? Esta reflexão fomentou o meu interesse em realizar este estudo sobre a articulação em Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, como estratégia na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A questão chave para o desenvolvimento da pesquisa se constitui da seguinte forma: O acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas, em tratamento no CAPS AD, ocorre em articulação com uma rede de atenção psicossocial? Este questionamento possibilita alguns desdobramentos, sendo eles: Como se constitui a Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Sanitário do Centro Histórico, em Salvador-Ba? Quais são as ações que a equipe do CAPS AD realiza para articulação em rede? Qual a importância de uma atenção em rede?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a política do Ministério da Saúde para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, por meio da identificação de sua aplicabilidade na Rede de Atenção Psicossocial disponível, sendo os objetivos específicos: 1. Descrever e analisar as articulações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponíveis na atenção aos usuários de álcool e outras drogas; 2. Identificar as ações que a equipe técnica do CAPS AD realiza para a articulação em rede. A pesquisa foi desenvolvida no Distrito Sanitário do Centro Histórico do Município de Salvador - BA, gerando assim um panorama geral dessa articulação em território adstrito, bem como suas particularidades.

No Capítulo I, contextualizamos a Política Social de Saúde Pública no Brasil e para isso apresentamos de forma sucinta os principais aspectos relacionados à Política de Saúde e Reforma Psiquiátrica. Expomos as drogas como problema de saúde humana demonstrando conceitos, padrões de consumo, modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, abordando os principais, o Modelo Proibicionista e o Modelo da Redução de Danos e também a Atenção a usuários de álcool e outras drogas, onde discorreremos discretamente sobre a evolução da política sobre drogas no Brasil. Ainda apresentamos o tema central desta investigação: A Rede de Atenção Psicossocial enfatizando o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, alvos da presente pesquisa, demonstrando seus princípios norteadores, características, principais ações e suas estratégias para articulação em rede.

O segundo capítulo é voltado para o percurso metodológico e todas as questões referentes a ele: bases teórico-metodológicas, fases do desenvolvimento da pesquisa, local da pesquisa, caracterização dos sujeitos e dos serviços, instrumentos, procedimento de análise dos dados e os aspectos éticos.

No capítulo terceiro, dedica-se aos resultados encontrados na pesquisa, sendo expostos por categorias e subcategorias. Juntamente com a apresentação realizamos a análise e discussão tendo em vista as temáticas do material coletado.

No capítulo 4, apontam-se as considerações finais, apresentando as conquistas e possíveis barreiras do itinerário terapêutico do usuário de álcool e outras drogas na inserção da rede fragilmente articulada e ainda incentivo para futuros trabalhos.

2 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Refletir sobre a articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, dispositivos públicos de saúde, relacionados à saúde mental de usuários de álcool e/ou outras drogas, um dos objetivos desta pesquisa, nos remete a necessidade de contextualizar os caminhos históricos em que a atenção direcionada a este público vem se constituindo.

Os serviços em questão se inserem na atual Política de Saúde Pública Brasileira e, articulados aos demais setores e recursos da comunidade, têm como função acolher e acompanhar usuários de álcool e/ou outras drogas em sofrimento psíquico.

Assim, a fim de contextualizar a presente situação da saúde mental dos usuários de álcool e/ou outras drogas, abordaremos, de forma breve, a trajetória das Políticas Sociais, a Política de Saúde e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, faremos o exame de documentos oficiais do Ministério da Saúde, sendo este responsável pelo financiamento dos dispositivos que constam na atual Rede de Atenção Psicossocial, inscritos na política vigente.

A Saúde Pública é considerada como uma das principais Políticas Sociais compreendida na emergência do “Estado protetor” nos países capitalistas centrais. Sua elaboração requer uma discussão sobre os conceitos e aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que perpassaram e continuam sobrepondo-se às Políticas Sociais.

As Políticas Sociais surgem nos países centrais junto ao Estado Social, como uma estratégia de aliar altas taxas de produtividade a condições de vida menos excludentes para os trabalhadores, objetivando proteger o capitalismo (CASTEL, 1998). A proteção social existente no Estado liberal era baseada na virtude moral de utilidade pública, na beneficência para os inaptos ao trabalho e na coerção dos miseráveis que não se adaptavam ao modelo político e econômico.

O vagabundo era um vadio que ficava na periferia do espaço social e seu drama decorria de fato de ser posto fora da ordem produtiva. Com o pauperismo, manifestava-se o perigo de uma desfiliação em massa inscrita no próprio cerne do processo de produção de riquezas. (CASTEL, 1998, p. 185).

As Políticas Sociais são frutos dos intensos embates políticos e sociais engendrados na tríade: Estado, sociedade e economia, sob a dinâmica da luta de classes. As fortes lutas sociais e a crise econômica no final dos anos 1970 aos anos 1980, o Brasil foi marcado por uma recessão econômica expressiva e significativo avanço sociopolítico, que gerou uma crescente inflação e acentuada dívida pública. A sociedade civil foi uma das protagonistas na redemocratização do país por meio dos movimentos sociais, tendo como resultante a Constituição Federal de 1988, “a Constituição Cidadã”, que unifica princípios liberais, democráticos e universalistas na convergência de políticas estatais e políticas de mercado, no sistema de seguridade social (saúde, assistência e previdência social). (FALEIROS, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8080/90 e a educação pública, regulamentada em 1996 pela Lei 9394/96, Lei De Diretrizes e Bases para a Educação (LDB) são exemplos de leis referentes às Políticas Sociais a *posteriori* surge O Sistema Único da Assistência Social (SUAS) criado através da Lei Federal nº 12.435 em 2011.

A luta por direitos e por cidadania marca historicamente o campo da saúde no Brasil. No transcurso de 24 anos, Getúlio Vargas assumiu o poder em 1930 onde ocupou a chefia de um governo transitório, que adotou medidas centralizadoras que impunham severo controle da política e da economia. Porém, a ação mais incisiva de Vargas foi a política trabalhista adotada, iniciando ainda no seu governo a formulação da política de saúde, organizada como Política de Saúde Pública e a de Medicina Previdenciária, cujo marco foi a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP. (ACIOLE, 2006).

A migração da população rural para urbana se inicia em 1940, promovendo a expansão das cidades, onde a partir daquele período a maioria das pessoas passou a residir em áreas urbanas; o processo de industrialização nas cidades foi a principal motivação para este acontecimento: passagem de vinte anos muito brusca. Este fenômeno acarretou no Brasil um processo de urbanização da estrutura social, constituição de metrópoles nacionais e na conformação de trabalhadores urbanos.

Com este êxodo rural alguns hábitos e modos de vida foram abandonados e tiveram que ser adaptados a esta nova realidade. Famílias começaram a residir na periferia, onde saneamento básico, atenção à saúde, acesso à alimentação, sobrecarga de trabalho, moradia precária, vírus e outras doenças oriundas destes ambientes começaram a aparecer. Diante deste cenário a Saúde Pública com uma via sanitária emerge como solução. (PAIM, 2003).

O Sanitarismo Campanhista procurava explicar os problemas de saúde por meio da relação linear entre agente e hospedeiro e as ações de saúde eram desenvolvidas através de campanhas sanitárias. Nesse período o controle social era visto como medida sanitária de controle do Estado sobre a sociedade, por meio de algumas medidas, como, por exemplo, o combate de vetores e a imunização compulsória da população. O controle era exercido pelo Estado sobre a sociedade à população que era alvo das ações de saúde. (PAIM, 2003).

No final da década de 1970 se intensificaram e tiveram início as lutas comunitárias por saúde, articuladas aos movimentos sociais urbanos, o que resultou numa contestação frontal ao regime militar de 1964, identificado com práticas políticas coercitivas e excludentes, onde se valorizava a saúde individual, o modelo hospitalocêntrico privatista, destacando-se as práticas curativas de caráter assistencialista. (PAIM, 2003).

No campo da Saúde Mental Brasileira destacamos a Reforma Psiquiátrica, que teve seu início no final da década de 1970, após diversas reflexões sobre o modelo assistencial hospitalocêntrico vigente adotado no país, sendo este centrado na privação de liberdade, na ausência de autonomia e exclusão do sujeito. “A reforma psiquiátrica se caracteriza por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a aceitar o sofrimento humano apenas como objeto simples da doença mental, mas por considera-lo em sua complexidade” (YASUI, 2010, p.99).

Em meados da década de 1980, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), vislumbrava-se a construção do processo de descentralização com a universalização do acesso e a integração interinstitucional para superar a clássica dicotomia entre prevenção e cura. Cabe destacar que, articulado a esse movimento mais amplo da sociedade, tinha-se o movimento da Reforma Sanitária que defendia a instituição de um modelo de saúde pautada na democracia e na universalidade da

assistência, liderado por trabalhadores da saúde, universitários e setores organizados da sociedade, comprometidos com as necessidades de mudança. (PAIM, 2003).

Dentro deste cenário histórico emerge o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que iniciou a sua trajetória nos anos setenta, objetivando lutar por melhorias no cuidado às pessoas, em sofrimento mental, institucionalizadas após as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001, 2010), a Declaração de Caracas (1992), bem como a criação da Lei que regulamenta a desinstitucionalização da assistência a saúde mental.

O projeto de lei da Reforma Psiquiátrica n. 3657/89 era simples e constituído de três artigos estruturantes: o primeiro impedia a construção ou a contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de estruturas não manicomiais de atendimento, e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias às autoridades judiciárias. (PITTA, 2011, p. 4585).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com participação da sociedade brasileira, discutiu o direito à saúde e avançou no conceito da sua compreensão, passando a concebê-lo enquanto resultante das condições de vida e da forma de organização e da produção. Apontou, ainda, a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS - descentralizado, com acesso universal, integrando práticas preventivas e curativas e que tivesse a participação da população - por intermédio dos Conselhos de Saúde como parte do sistema. A Conferência Cidadã preparou terreno para que a constituição de 1988, no seu artigo 196 assegurasse a saúde como direito de todos e um dever do estado, com atenção na promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2003). A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada como a mais progressista e integradora, uma vez que nela a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social passaram a integrar a Seguridade Social.

No campo da Saúde Mental foi criado o primeiro CAPS, em 1986, no Estado de São Paulo, “era o dispositivo estratégico para cuidar em liberdade, sendo considerado como um ‘marco inaugural’ de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma ‘clínica ampliada’ que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo” (PITTA, 2011).

Em 1990 o Estado institucionaliza o SUS pela Lei nº 8080/90, ampliando o conceito de saúde como o produto de inúmeros fatores determinantes e condicionantes como: alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. O SUS é regido por um conjunto de princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralização das ações de saúde, e, por fim, o princípio do direito a participação social.

Nesta mesma década surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS - em Santos - SP, com o olhar voltado para o cuidado do sujeito em território, funcionando vinte e quatro horas ao dia, sete dias por semana. Naquele período foi considerada a experiência mais radical de um modelo substitutivo aos manicômios do país. (PITTA, 2011).

Neste período passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo uma delas a Portaria nº 224/92, do Ministério da Saúde, que descreve as características e as principais atribuições do serviço;

São unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL, 2004c).

A Lei Federal nº 10.216 de 2001, resultante do projeto de lei iniciado em 1989, por Paulo Delgado, é sancionada no Brasil doze anos depois. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial hospitalocêntrico em saúde mental para um modelo de base comunitária. A criação da Política de Saúde Mental, em que fica instituído o “cuidado em liberdade”, por meio da substituição progressiva dos manicômios e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, no território garantindo um tratamento antes voltado para o isolamento social, na direção do convívio na família e comunidade.

A Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002 regulamenta as normas e diretrizes para a organização dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, a qual indica como características: acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia,

oferecer-lhes atendimento médico e psicossocial. Essa mesma portaria estabelece que seja de suma importância buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Sendo o cuidado em território considerado a estratégia primordial do processo de reforma psiquiátrica.

Os Centros de Atenção Psicossocial são implantados seguindo critérios populacionais, ou seja, existe um tipo de CAPS de acordo com a distribuição populacional, sendo eles CAPS I, para população entre 20.000 a 70.000 habitantes, CAPS II 70.000 a 200.000 habitantes e CAPS III acima de 200.00 habitantes, sendo este com horário integral de atendimento 24 horas por dia, sete dias na semana; e também relacionados a grupos específicos de portadores de transtorno mental, como as crianças e adolescentes - CAPS IA e usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD. (BRASIL, 2002).

Dois anos mais tarde a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas, publicada em 2004, segue a lógica da Reforma Psiquiátrica, onde concebe o sujeito em suas múltiplas dimensões *biopsicossocioculturais*, tendo como objetivo a diversidade e a autonomia da pessoa usuária de substância psicoativa. A mesma política assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um grave problema de saúde pública, e com isso reafirma a necessidade de superar o atraso histórico de assumir esta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Sete anos depois, a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas foi instituída, no âmbito do Sistema Único de saúde. No art. 5 constitui a rede da seguinte forma: I Atenção básica em saúde, II Atenção Psicossocial Especializada, III Atenção de urgência e emergência, IV Atenção residencial de caráter transitório, V Atenção domiciliar, VI Estratégias de desinstitucionalização e VII Reabilitação Psicossocial, tendo o CAPS AD com a função de organizar a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas baseado na política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011).

A articulação em rede dos diferentes dispositivos de saúde e também com outros setores se mostra fundamental no enfrentamento da complexidade do cuidado na atenção aos sujeitos em sofrimento pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Proporcionar um cuidado no seu território onde eles vivem e circulam, agregando diversos atores, potencializa as possibilidades de inclusão social e de uma melhor qualidade de vida.

A trajetória histórica percorrida até o momento se faz indispensável na compreensão da Política Nacional sobre álcool e outras drogas, visto que esta deve estar em consonância com a Política de Saúde Mental vigente e conseqüentemente deve andar em sintonia com a Política de Saúde Brasileira e os pressupostos da Organização Mundial de Saúde.

2.2 AS DROGAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O conceito propriamente dito sobre drogas tem alguns significados. Carneiro (2005) refere que provavelmente o termo droga deriva de droog que, em holandês significa folha seca. Para a Organização Mundial de Saúde, droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. (OBID, 2014).

Cabe ressaltar a classificação das drogas em lícitas, ou legais, e ilícitas, as ilegais. Os dois termos são constantemente utilizados por profissionais de saúde, meios de comunicação de massa, pesquisadores e a sociedade. No Brasil, elas diferenciam-se entre si pela legalização ou proibição da substância, sendo vendidas ou consumidas legalmente. Porém para o dependente da substância, esta classificação não o distancia dela. Antônio Nery considera que “o uso de drogas legais e/ou ilegais é uma possibilidade dos humanos para suportar o espaçamento social, a solidão, o desamparo”. (NERY, 2010).

Segundo a OMS, as drogas psicotrópicas dividem-se em três grupos distintos: as depressoras do sistema nervoso central que fazem com que o cérebro funcione lentamente em suas funções cognitivas; as estimulantes do sistema nervoso central

que aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais; e por fim as perturbadoras do sistema nervoso central que produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como alterações na senso percepção. (OBID, 2014).

Através da história da humanidade, temos a utilização das drogas em diferentes finalidades: religiosa, moeda de troca, cura e tratamento de doenças, cultura popular e aliviadora de males. Dentro do nosso contexto não se pretende enfatizar as drogas e sim o sujeito que dela faz uso.

Não cabe mais repetir até a exaustão a antiguidade das drogas, seu conhecimento milenar, seus usos mágicos, religiosos e profanos; [...] mas procurar ver como os usuários de drogas, as próprias drogas, os que traficam e a ordem social diferem no tempo e no espaço. (ESPINHEIRA, 2004, p.12).

O sujeito toxicômano envolve-se com a droga por um conflito pessoal, num contexto social que facilita o encontro com a substância, sendo este cenário representado pela equação de Olivenstein (1990) onde ele propõe da seguinte forma o uso da droga: o encontro de um produto, de uma personalidade e de um momento sociocultural. As drogas são os instrumentos mais eficientes para se obter prazer e para se combater a dor. Não apenas a dor física, como também a dor psíquica, para a qual as drogas são consoladoras supremas. (CARNEIRO, 2005).

O CID-10 (10ª revisão da classificação internacional de doenças da OMS) e o DSM IV (4ª edição do Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, da Associação Psiquiátrica Americana), embora exista a 5ª edição, criaram critérios diagnósticos, aceitos pela Organização Mundial de Saúde - OMS, no intuito de formar uma padronização baseada na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a droga, sendo o uso de drogas como consumo de qualquer substância, podendo ser experimental, recreativo, controlado e social. (OBID, 2014).

Quanto aos padrões de consumo das substâncias psicoativas, encontramos na Organização Mundial de Saúde as seguintes diferenciações: o uso experimental é caracterizado por poucos episódios de uso de uma droga específica, infrequentes ou não persistentes; o uso recreativo acontece em circunstância social ou relaxante sem implicações com dependência e outros problemas relacionados; o uso controlado refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com

o funcionamento habitual do indivíduo; já o uso social ocorre em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável. (OBID, 2014)

O uso de drogas não leva, automaticamente a estados de dependência. Passa-se ao abuso com a perda de controle sobre o uso, em consequência de certas dificuldades, que variam de pessoa para pessoa, mas também do contexto social e familiar. (BUCHER, 1995, p.10).

O abuso é um padrão de uso onde considera consequências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência. O DSM IV baseia-se na ocorrência de um ou mais critérios no período de 12 meses, sendo: uso recorrente resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes; uso recorrente em situações onde haja perigo físico; problemas legais relacionados à substância; uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. (DSM IV).

A dependência química caracteriza-se pelo consumo compulsivo de substância, sem controle e geralmente associado a problemas sérios para o usuário. Seu diagnóstico é baseado em sinais e sintomas, com critérios claros e que permite verificar a existência da dependência química. Estes elementos chaves são: estreitamento do repertório, saliência do uso, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, consumo de substâncias para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência, a percepção subjetiva da compulsão para o uso e a reinstalação da dependência após abstinência (FIGLIE, 2004).

Importante, então, salientar que com o uso constante de certas substâncias psicoativas, o organismo sofre uma adaptação causando assim a tolerância. Assim é necessária a administração da droga repetidas vezes, pois não provoca o mesmo efeito como inicialmente.

Todos os conceitos apresentados são comumente utilizados na elaboração de políticas, ações e estratégias no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas se dividem em dois principais posicionamentos políticos e antagônicos, ambos objetivam o respeito à autonomia e o posicionamento dos usuários: o Modelo Proibicionista, que diz respeito às práticas repressivas e focadas na criminalização do uso que prescreva

a abstinência; e o Modelo da Redução de Danos, que objetiva minimizar os efeitos prejudiciais do consumo de substâncias psicoativas, também consiste numa abordagem que tem assumido um importante papel no cenário das drogas.

O Proibicionismo fundamenta-se no modelo moral/criminal unido ao modelo da doença. Sendo o primeiro relacionado ao consumo de drogas configura uma prática delituosa, cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos. E o modelo da doença onde deve ser ofertado o tratamento e reabilitação. (ALVES, 2009).

Na atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas seguindo uma perspectiva proibicionista não há distinção quanto aos padrões de consumo, nenhum tipo de consumo é tolerado e a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento.

No Brasil, existem alguns programas de tratamento voltados à assistência a usuários de álcool e outras drogas focados na proibição, como o grupo de ajuda mutua Alcoólicos Anônimos (AA) e as comunidades terapêuticas, tendo a abstinência total como pré-requisito para adesão ao tratamento.

O AA teve início em 1935, no Estado de Ohio, nos Estados Unidos da América, através de um encontro de dois alcoolistas que foram considerados pela sociedade como desenganados, foram eles: Bill W, um corretor da bolsa de valores, e Dr Bob, um cirurgião. Em 1939, a irmandade publicou o primeiro livro contendo informações básicas sobre Alcoólicos Anônimos. No Brasil surge em 1947, na cidade do Rio de Janeiro o primeiro grupo AA, formado por norte americanos residentes no país, que conheciam o AA e queriam passar a mensagem para os brasileiros, porém teve como grande dificuldade o idioma, visto que tinham pouca fluência na língua portuguesa. (ALCOÓLICOS..., 2014).

Alcoólicos Anônimos se apresentam como irmandade de homens e mulheres que compartilham experiências a fim de solucionar e ajudar uns aos outros a se recuperarem do alcoolismo. Tendo como o único pré-requisito para se tornar membro o desejo de parar de beber. Nesta irmandade não existe mensalidades, ou taxas; é mantida por doações dos próprios integrantes do grupo. Não esta ligada a nenhuma seita ou religião, movimento político, organização ou instituição nem apoia ou combate qualquer causa. (ALCOÓLICOS..., 2014).

A importância do anonimato é fundamental no tratamento, inicialmente devido ao estigma atribuído aos alcoolistas e também assegurar que os compartilhamentos de vida fiquem resguardados entre eles, desta forma o integrante se sente a vontade em dividir a sua história de vida. Existe também uma extensão do anonimato aos meios de comunicação para o público: na imprensa, no rádio, na televisão, no cinema e mais recentemente na internet. (ALCOÓLICOS..., 2014).

O programa de Alcoólicos Anônimos fundamenta-se em “doze passos”, que proporcionam ao alcoolista uma maneira de desenvolver satisfatoriamente a vida sem o álcool. Este programa é apresentado nas reuniões de grupo, que podem ser: reuniões abertas, temáticas abertas, reuniões fechadas, reuniões de passos, reuniões em instituições e clínicas e reuniões de CTO (ALCOÓLICOS..., 2015).

O tratamento em comunidade terapêutica é outro modelo de atenção ao dependente químico onde nenhum padrão de consumo é aceitável, sendo a abstinência total a condição, meio e finalidade do tratamento.

As comunidades terapêuticas são instituições sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Disponibilizam gratuitamente acolhimento para pessoas com transtorno decorrente do uso, abuso ou dependência de drogas. São unidades abertas, de adesão exclusivamente voluntária, é um espaço residencial e protegido para auxiliar na recuperação. O tempo de tratamento pode durar até 12 meses. A equipe técnica varia de acordo com a necessidade do local, ficando estabelecido um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado. (FEBRAC, 2015).

O Observatório crack, é possível vencer - programa do Governo federal - considera que no processo de admissão de um usuário à comunidade esta deve garantir: o respeito à pessoa e à família independente de qualquer diferença étnica, religiosa nacionalidade ou sexual; a orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos; a permanência voluntária; a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade; a possibilidade do usuário interromper a permanência a qualquer momento; a privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais. (BRASIL, 2015).

A redução de danos nasce com o objetivo de constituir estratégias para lidar com a hepatite e o avanço da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) relacionadas aos usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre 1995 a 2003 foram abertos mais de 200 programas de redução de danos (PRD), muitos deles incluindo troca de seringas, e quase todos com recurso do CN-DST/AIDS. Progressivamente as ações dos redutores de danos foram destinadas às outras populações, tais como: presidiários, meninos de rua, profissionais do sexo, usuários de crack e usuários de anabolizantes. (ANDRADE, 2011).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.028/2005, que vigorou a partir de 01 de julho de 2005, regula as ações de redução de danos e a saúde em decorrência do uso de substâncias psicoativas e determina em seu art. 2º:

Que a redução de danos sociais e a saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

A portaria compreende as ações da redução de danos como uma das medidas de atenção integral à saúde: estimulando a adoção de comportamentos mais seguros no consumo de substâncias psicoativas, que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais; objetivem a garantia de assistência integral; incluam a disponibilização dos insumos de prevenção ao HIV/AIDS e as estratégias de proteção à vida; devam ser articuladas intersetorialmente e desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos e devem agir em consonância com a promoção dos direitos humanos respeitando a diversidade dos usuários ou dependentes.

Cuidar na perspectiva da redução de danos é reconhecer a singularidade de cada usuário, delineando com ele estratégias que estão voltadas não para abstinência da droga, mas para o respeito à defesa de sua vida. O método vincula-se ao aumento do grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está sendo tratado. (BRASIL, 2004c).

O tratamento, a recuperação e a reinserção social do dependente químico estão inseridos na política de Sistema Único de Saúde que presta atenção às pessoas

por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Cabe ao CAPS AD prestar atendimento psicossocial a adultos ou crianças e adolescentes (considerando a normativa do Estatuto da Criança e Adolescente), com necessidades decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, dentro da lógica da redução de danos, reconhecendo a singularidade de cada situação e sujeito, e aceitar o que esta sendo solicitado, na perspectiva de que o tratamento será discutido e construído com cada indivíduo. É ação fundamental nos CAPS AD atuar de forma intra e intersetorialmente, envolvendo todos do território, como: as comunidades, familiares e usuários. (BRASIL, 2004b).

O serviço deve utilizar estratégias de prevenção, que combinem os seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas; alternativas para lazer e atividades livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas. Devem ainda atuar de forma que possam fortalecer vínculos afetivos, estreitar laços sociais e a melhora da autoestima dos usuários do serviço. (BRASIL, 2004b).

2.2.1 A atenção a usuários de álcool e outras drogas

Diante da necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 816/2002. A mesma institui a implementação, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas, que regulamenta as normas e diretrizes para a organização dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS voltados exclusivamente para usuários de álcool de drogas, os CAPS AD. (BRASIL 2004).

Já no final da década de 1990, se inicia uma discussão sistemática no campo da Saúde Pública e outros setores sem grande êxito nas divulgações ou mesmo consequências técnicas e políticas para os usuários. Em 2003, o Ministério da Saúde edita um documento sobre Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a

Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil, contendo recomendações básicas internacionais sobre as ações na Rede de Saúde Mental.

Este documento apresenta três diretrizes para a Política: a primeira a intersectorialidade; a segunda a atenção integral constituída pela prevenção, promoção, proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, modelos de atenção - CAPS e redes assistenciais, controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, precursores de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas; por fim a última diretriz é uma política nacional, integral e intersectorial de redução dos danos à saúde e ao bem estar causados pelas bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2004c).

O programa considera ainda a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, acrescentando a importância de uma articulação de uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, além da rede assistencial em saúde mental e a ideologia da reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004c).

Os Centros de Atenção para Usuários de Álcool e Drogas, CAPS AD, devem dispor de atendimento diário, oferecendo tratamento de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, tratando o sujeito de forma individualizada e continua. (BRASIL, 2004c).

Em 2005, o Ministério da Saúde cria algumas portarias destinadas à atenção a usuários de álcool e outras drogas. Em 1º de julho, a Portaria nº 1.028/2005 GM-MS foi criada com o intuito de regulamentar a estratégia de redução de danos, por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados, sem necessariamente intervir na oferta ou no consumo. Naquela semana, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1059 de 04 de julho objetivou destinar incentivos financeiros aos CAPS AD no desenvolvimento de ações de redução de danos dentro e fora das unidades, assim como em 05 de julho instituiu a Portaria n. 384 que autoriza os CAPS tipo I a realizar procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas e cobrar do SUS pelos atendimentos.

Em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.343/2006, onde se 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 droga; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá providências. (BRASIL, 2006).

Nesta lei, destaca-se o art. 19, parágrafo VIII, onde refere à necessidade da articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, apontando a necessidade de construção da intersetorialidade na atenção a estes. Outro destaque é o art. 26 que coloca o usuário e o dependente de drogas, que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos à medida de segurança, tem garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema previdenciário. Percebe-se que é um desafio para a Saúde Pública, a partir desta legislação, ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS para as demandas existentes. (BRASIL, 2006).

No ano de 2007, foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, por meio do Decreto n. 6.117, que contempla estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, considerando a intersetorialidade e a integralidade de ações, para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causadas pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira. (BRASIL, 2007).

Em 23 de dezembro de 2011, o Ministro de Estado da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A portaria estabelece a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS, sendo constituída pelos seguintes componentes: I Atenção Básica em Saúde; II Atenção Psicossocial Especializada; III Atenção de Urgência e Emergência; IV Atenção Residencial de Caráter Transitório; V Atenção Domiciliar; VI Estratégias de Desinstitucionalização; e VII Reabilitação Psicossocial, confirmando a necessidade de um olhar integral ao usuário de álcool e outras drogas, garantindo-lhes os direitos humanos, autonomia e liberdade. (BRASIL, 2011).

2.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

A organização dos serviços de saúde para atenção de usuários de álcool e outras drogas, pressupõe a análise das necessidades de saúde destas pessoas em um determinado território e dos recursos disponíveis nesse local. Propõe-se que os recursos se articulem em rede e proporcionem o cuidado de modo integral as pessoas que ali vivem.

Assim, os dispositivos existentes nesta pesquisa, pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se inserem num território, incluindo a comunidade e outros setores. O território aqui considerado é o conceituado por Milton Santos, englobando as características físicas e as marcas produzidas pelos homens: “o território é a grande mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local, já que em sua funcionalização, o ‘Mundo’ necessita da mediação dos lugares, segundo as virtualidades destes para usos específicos”. (SANTOS, 2006, p. 336).

O território é o local em que se efetiva a quebra do pensamento pontual do cuidado institucionalizado, e se produz a socialização e inclusão social nesse cuidado.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global (YASUI, 2010, p. 127).

O conceito de território é considerado de grande importância para uma concepção de saúde ampliada, onde se considera os fatores humanos, sociais, econômicos, políticos e relacionais como atuantes nas práticas, autocuidados e na atenção a saúde de determinado grupo. (NERY FILHO, 2012).

Ao se trabalhar de forma isolada e fragmentada, a possibilidade da realização de uma clínica ampliada fica insatisfatório, considera-se *que a Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas)*. (CAMPOS & AMARAL, 2007, p. 852)

A rede de atenção à saúde mental do SUS é uma rede local, baseia-se na comunidade, desta forma, trabalhar no território significa resgatar todos os saberes

e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. (BRASIL, 2005).

A Organização Panamericana de Saúde (OPS) refere que atualmente existe uma grande variedade de rede integrada de serviços de saúde, sendo classificados em três categorias: 1. Sistemas que integram somente pessoal de saúde; 2) Sistemas que integram pessoal de saúde e estabelecimentos de saúde; 3) Sistemas que integram pessoal de saúde, estabelecimentos de saúde e seguradoras de saúde. Também pode haver redes locais (ex.: redes de serviços municipais), redes regionais (ex.: redes de serviços provinciais) e redes de serviços nacionais (ex.: redes de referência nacional). (OPS, 2010).

No que se refere especificamente aos dispositivos de saúde, a rede pública é constituída por vários setores assistenciais que visam possibilitar a atenção psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3088 de 2011, agrega os seguintes componentes na construção desta rede: atenção básica; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Tem o CAPS a responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. (BRASIL, 2006).

O cuidado dispensado apenas por um serviço, de forma isolada, não responde as necessidades de todas as demandas de saúde de uma população, sendo assim, a organização em rede é imprescindível. Yasui (2010, p. 115) refere-se à possibilidade da tessitura da trama, de um cuidado que não se faz em apenas em um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. Desta forma, caracteriza a rede como multicêntrica, com participação de diversos atores sociais envolvidos no cuidado aos usuários.

Amarante (2007, p. 86) acrescenta, ainda, que as Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos.

De acordo com Fleury (2013), as redes são um tipo peculiar de instituição, capaz de superar grande parte dos dilemas relativos à dualidade ator/estrutura, embora coloque novos desafios relativos à coordenação das interdependências e governança em caso de redes de políticas. É através da interação dos participantes que suas impressões e experiências ganham significado, para além dos interesses egoístas individuais, sendo a diferenças culturas, o maior dificultador no processo de articulação em rede. Neste caso, a ênfase é no processo comunicacional, por meio do qual os membros da rede compartilham um conjunto de valores, conhecimentos e percepções dos problemas, “a rede se desenvolve pelo trabalho coletivo especificamente planejado” (KLIJN, 2002 *apud* FLEURY, 2013, p. 9).

Na presente investigação, tem-se o conceito de atenção psicossocial atrelado ao de rede, caracterizado por Amarante (2007), como os serviços de atenção psicossocial, aqueles que têm sujeitos que escutam e cuidam, deve lidar com as pessoas e não com as doenças, procura dispor de operadores de diversas categorias profissionais, deve desenvolver ao máximo as habilidades de atuação no território, buscando na sociedade, vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes.

No campo das práticas, conclui-se que as ações conjuntas, entre as equipes do CAPS e os demais serviços da rede, no que se refere à atenção aos usuários de álcool e/ou drogas, focos do estudo, podem ser variadas e relacionadas ao território e devem ser direcionadas as necessidades desta população. Em linhas gerais, estas ações visam:

[...] proporcionar tratamento na atenção primária garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção à comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/familiares/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública. (BRASIL, 2004c, p. 11).

Neste estudo, procura-se investigar as ações que têm sido utilizadas para a articulação entre os dispositivos de saúde na cidade de Salvador, mas precisamente no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador (BA), e a maneira como essas ocorrem. Apesar dos princípios que norteiam as práticas dos serviços de saúde

principalmente o de saúde mental, a distância entre o que as diretrizes falam e o que é visto na realidade parece ser grande.

Como dito anteriormente, a rede de saúde mental pode contar com ações de diversos serviços, incluindo o CAPS AD, que por se tratar do dispositivo central na tessitura da rede, será abordado de maneira singular.

Considerando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Assistência aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, torna-se necessário conhecer, identificar e analisar a articulação da Rede de Atenção Psicossocial desenvolvida pela equipe do CAPS AD.

2.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas - CAPS AD

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assume a principal estratégia no cuidado em Saúde Mental no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, devemos considerar a atenção básica como imprescindível para a construção de uma lógica de atenção, o que significa que os CAPS e as equipes da rede básica devem trabalhar de forma articulada para que haja responsabilidade compartilhada dos casos e maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico. (BRASIL, 2004b).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário ambulatorial e com leitos de suporte à crise e tem como objetivo oferecer atendimento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidados, comunitários e personalizados. Os CAPS são considerados atenção psicossocial especializada, onde são organizados tanto a partir da sua estrutura (física, profissional, equipamentos), como também pela clientela a que se destina (crianças, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves), podendo ser divididos em CAPS I, II e III, CAPS IA, CAPS AD e CAPS AD III, e também variar de acordo com a intensidade do cuidado em intensivo, semi-intensivo e não intensivo. (BRASIL, 2004b).

A organização dos serviços e ações de atenção a usuários de drogas e álcool está baseada na Lei Federal Nº 10.216/2001 que engloba a Portaria GM/816 (30/04/2002). Essa Portaria instituiu a implementação, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas, que regulamenta as normas e diretrizes para a organização dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS voltados exclusivamente para usuários de álcool de drogas, os CAPS AD.

O tratamento, a recuperação e a reinserção social do dependente químico estão inseridos na Política do SUS que presta atenção às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, realizadas na Rede de atenção.

O CAPS AD atende adultos, ou crianças e adolescentes, considerando a normativa do Estatuto da Criança e Adolescente, com necessidades decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, com a atual recomendação que funcione 24 horas, sete dias na semana CAPS AD III, para melhor atender a complexidade dos sintomas e necessidades dos usuários. (BRASIL, 2004b).

Constitui-se em um serviço com atendimento diário, além de possuir leitos com a finalidade de tratamento de desintoxicação. O tratamento consiste na participação de Projeto Terapêutico Individual entre a equipe do CAPS AD e o usuário do serviço. O atendimento a esses usuários é diário e permite a construção de um plano terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e continuada. (BRASIL, 2004b).

As atividades realizadas podem ser bastante variadas, geralmente costumam contar com atendimentos individuais: medicamentoso, psicoterapia, orientação, entre outros, atendimento de grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, além de oferecer cuidado aos familiares dos usuários do serviço. Propõe-se que todos os usuários tenham um projeto terapêutico individual (PTI), sendo considerado por Yasui (2010, p. 149) “uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seus familiares, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços ativados a partir da necessidade do usuário”. Sendo assim, o CAPS AD tem como função respeitar a individualidade e autonomia dos usuários.

Além disso, é atribuída ao serviço a responsabilidade de organizar a rede local de dispositivos de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber: regular a porta de entrada na rede de atenção a usuários de álcool e drogas; coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas; supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; e devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004c).

A equipe mínima de atuação nos CAPS AD é composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior podendo ser: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e seis profissionais de nível médio, sendo: técnico/auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002).

Desde a oficialização dos CAPS AD, sua expansão tem ocorrido de forma contínua, no entanto, há ainda regiões com poucos ou nenhum desse equipamento. No ano de 2006, havia 138 CAPS AD e em 2011 contamos com 272 unidades em todo território nacional, com destaque para o estado de São Paulo com 67 unidades, seguido pelos estados do Rio Grande do Sul, com 26 unidades e Paraná com 22. (BRASIL, 2012) Em 2015, na Bahia, estado, onde é realizada a pesquisa, existem 16 CAPS AD e 2 CAPS AD III. (BRASIL, 2015)

Estes números mostram avanços, mas tem-se uma cobertura assistencial insatisfatória e que é considerado importante continuar a caminhada para a efetivação do modelo substitutivo, voltado para o cuidado em liberdade e não apenas uma simples ampliação do quantitativo de serviços, embora sejam importantes suas existências.

3 METODOLOGIA

A pesquisa tem um olhar etnográfico e epidemiológico, considerando a etnografia como um método de olhar muito perto, que se baseia na experiência pessoal e em participação (GENZUK *apud* FINO, 2003) e a epidemiologia onde se constitui numa estratégia importante de organizar informação de saúde. (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2002).

Para Laplantine (2007, p.75) *a etnografia propriamente dita só começa a existir a partir do momento no qual se percebe que o pesquisador deve ele mesmo efetuar no campo sua própria pesquisa, e que esse trabalho de observação direta é parte integrante da pesquisa.* Sendo assim essas estratégias viabilizam a aproximação a um determinado grupo para compreender seus símbolos, seus mundos e os processos que estão vivendo.

O estudo foi desenvolvido em três fases:

Fase 1- Estudo bibliográfico em documentos como: a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; Portarias e Resoluções e produção acadêmica disponível em bibliotecas virtuais da saúde, observatório de álcool e outras drogas, CETAD observa entre outros relacionados à temática.

Fase 2 – Estudo epidemiológico realizado com os setores/serviços que constituem a Rede de Atenção Psicossocial, pertencente ao Distrito Sanitário do Centro Histórico em Salvador – BA, por meio de aplicação de questionário.

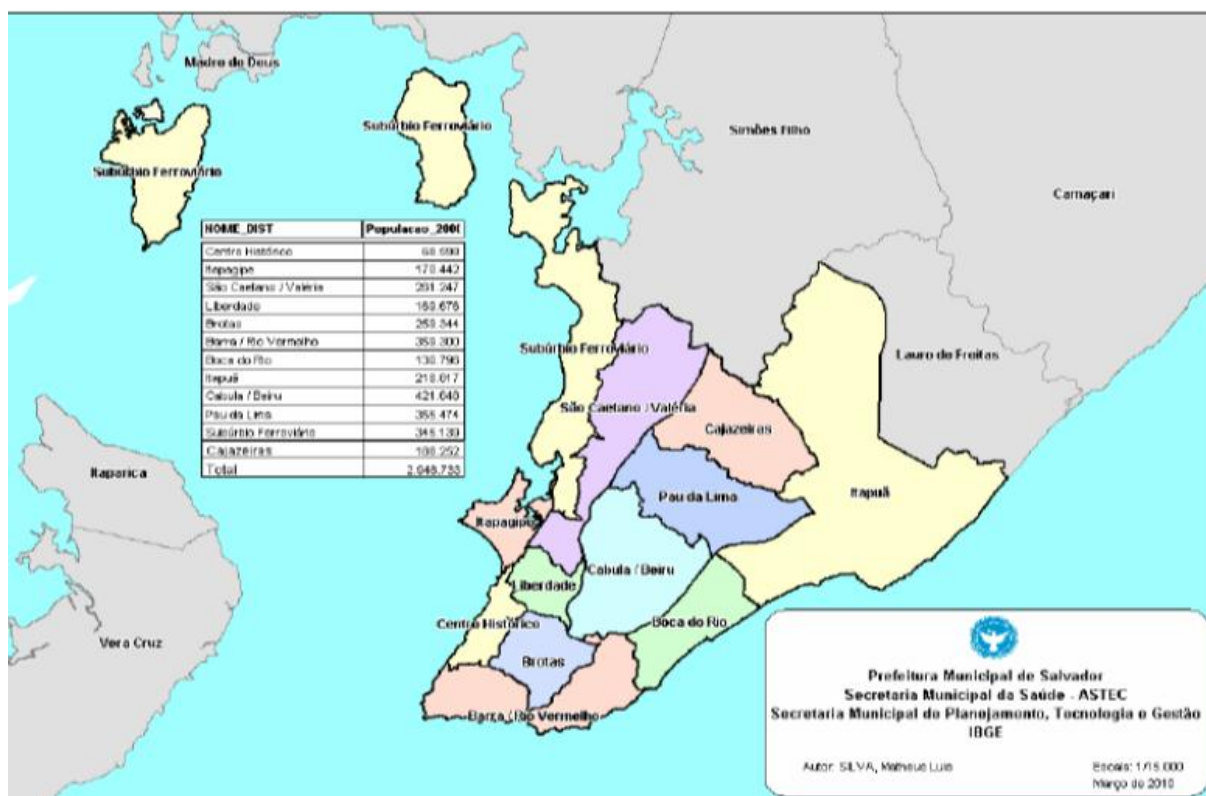
Fase 3- Estudo etnográfico:

3.1 Realização de observações diretas nas reuniões semanais da equipe técnica, do Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Outras Drogas - CAPS AD, durante todo o mês de outubro, com o intuito de compreender as ações desenvolvidas de articulação em rede pela equipe.

3.2 Realização de observações diretas em alguns dispositivos da rede pertencente ao território, sendo eles: um centro de saúde, uma unidade de saúde da família, um consultório na rua e uma unidade de acolhimento.

A pesquisa se desenvolveu na cidade de Salvador, capital da Bahia, cuja população estimada é de 2.902.927 habitantes (IBGE, 2013). Em relação à organização da saúde, o município tem suas unidades de Saúde organizadas em Distritos Sanitários, sendo eles: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

Figura 1 - Distribuição populacional, segundo Distrito Sanitário. Salvador/BA (2008).



Fonte: SMS (2014b).

A Secretaria de Saúde Municipal de Salvador considera o conceito objetivo de Distrito Sanitário através de duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade do território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. (SALVADOR, 2014) Cada distrito é composto por unidades de saúde, tais como: Centros de Saúde, Unidades de saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios

de especialidades, Centros de Referências, que ficam sob sua responsabilidade político-administrativa.

O Distrito Sanitário do Centro Histórico, cenário desta pesquisa, possui unidades de saúde que estão presentes de forma irregular nos demais distritos. No quadro adiante, são apresentados às unidades de saúde existentes no território, separados por bairros.

Em relação à estratégia saúde da família em toda a cidade varia bastante de um Distrito Sanitário para outro. Há um total de 300 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde e 184 implantadas até o mês de junho de 2014, tendo uma proporção de cobertura populacional de 23,42. (BRASIL, 2014).

Quadro 1 - Distribuição dos dispositivos de pontos de atenção da RAPS, suas unidades de saúde e respectivos bairros.

Dispositivos de pontos de atenção da RAPS	Unidades de saúde	Bairro
Atenção Básica em Saúde	19º Centro de Saúde Pelourinho	Pelourinho
	Unidade de Saúde da Família Terreiro de Jesus	Pelourinho
	Centro de Saúde Ramiro de Azevedo	Nazaré
	Centro de Saúde Dr. Péricles Cardoso	Barbalho
	Centro de Saúde Santo Antônio	Santo Antônio
	Centro de Saúde São Francisco	Tororó
	Centro de Saúde Carlos Gomes	Centro
	Unidade de Saúde da Família Gamboa	Ladeira dos Aflitos
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de acolhimento infanto juvenil Casa da ladeira	Nazaré
Consultório na Rua	Consultório na Rua Capitães de areia	Pelourinho
Atenção Psicossocial especializada	CAPS AD Gregório de Matos	Pelourinho
	CAPS II Jardim Bahiano	Jardim Bahiano

Fonte: Salvador (2014).

Os critérios de escolha das unidades se constituem da seguinte forma. Primeiramente, foram selecionadas todas as unidades de saúde tendo em vista: 1) Inclusão deste serviço referenciado pela Portaria RAPS nº 3088/2011, como um ponto

de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas instituída, no âmbito do Sistema Único de saúde; 2) Localização - unidades pertencentes ao Distrito Sanitário do Centro Histórico do município de Salvador.

Para eleger as unidades de saúde para o estudo etnográfico foi considerada a característica e tipologia do serviço, ou seja, um centro de saúde, um consultório na rua, uma unidade de acolhimento, e o CAPS AD.

3.1 DOS SUJEITOS E DOS SERVIÇOS

Os sujeitos da pesquisa foram gerentes das unidades de saúde existentes no Distrito Sanitário do Centro Histórico do Município de Salvador. A escolha pelos gerentes das unidades se deu por considerar que estes possuem uma visão ampliada sobre o serviço relacionado à assistência prestada e organização administrativa da unidade. No entanto, em algumas unidades, outro profissional foi escolhido pelo gerente, como pessoa que poderia responder melhor as perguntas apresentadas.

Assim fizeram parte da pesquisa os gerentes, ou outro profissional por ele indicado, de 2 CAPS, 5 centros de saúde, 1 unidade de saúde na família, 1 casa de acolhimento infanto-juvenil e 1 consultório na rua, totalizando 12 questionários e 4 observações diretas etnográficas.

3.1.1 Sujeitos

Para garantir o anonimato dos participantes, conforme compromisso firmado no “Termo de consentimento livre e esclarecido”, não estabelecerá relação entre os sujeitos da pesquisa e seus locais de trabalho, uma vez que aplicamos a entrevista apenas a um ou dois profissionais de cada equipamento.

Participaram da pesquisa 11 pessoas, sendo em sua maioria do sexo feminino. Em 08 unidades, a pessoa que respondeu ao questionário foi o gerente; em duas unidades, aplicamos a outro profissional da equipe por ele indicado; em uma

unidade tanto o gerente quanto um profissional da equipe responderam ao questionário, para complementar informação que o primeiro não tinha.

Participou ainda, a Equipe técnica do CAPS AD composta por 33 profissionais, sendo 18 nível superior e 15 nível médio, acrescentamos, ainda, 3 psicólogas pertencentes a ambulatório Aliança de Redução de Danos. As participações se deram por meio de observações diretas nas realizações das reuniões técnicas onde a grande maioria estava presente.

3.1.2 Serviços

De acordo com os critérios acima descritos, os serviços de saúde selecionados foram: Centro de Saúde Pelourinho, Unidade de Saúde da Família Terreiro de Jesus, CAPS AD Gregório de Matos, Centro de Saúde Ramiro de Azevedo, Centro de Saúde Dr. Péricles, Centro de Saúde Santo Antônio, Centro de Saúde Carlos Gomes, CAPS II Jardim Baiano, Unidade de Acolhimento Infante Juvenil Casa da Ladeira e o Consultório na Rua Capitães da Areia.

Das unidades da atenção básica uma não foi considerada, pois no período estabelecido para o desenvolvimento da pesquisa a unidade não possuía gestor para a autorização da realização da pesquisa e os funcionários presentes se recusaram a participar da pesquisa.

A atenção básica à saúde é a porta de entrada preferencial do SUS, onde se constitui por um conjunto de ações de saúde, individual ou coletivo, abrangendo a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integrada que melhore a qualidade de vidas das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

A Unidade de Acolhimento infante-juvenil (UA) é a primeira casa de acolhimento de Salvador, na intenção de constituir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial. Objetiva-se oferecer condições de apoio contínuo para adolescentes de 10 a 18 anos incompletos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem

acompanhamento terapêutico e protetivo na garantia de seus direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.

O consultório de Rua Capitães da Areia existe desde 2008, com o maior tempo de funcionamento na cidade, originou-se por meio de um Termo de Ajuste de Conduta determinado pelo Ministério Público da Bahia que determinou a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador através da sua Coordenação Municipal de Saúde Mental, contratar e operar uma equipe multiprofissional para assistir aos adolescentes de rua do Centro Histórico necessitados de saúde e proteção social. Em 2012 o Ministério da Saúde por meio da portaria Nº 2488/11 determina que as equipes devam realizar suas atividades de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas na unidade das unidades básicas de saúde do território de forma articulada com as demais equipes (BRASIL, 2011). Dois anos após a Portaria, em 2014, o consultório de rua foi transformado em Consultório na Rua, seguindo determinações da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde.

3.2 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram submetidos a entrevistas estruturadas (questionários) e aplicadas individualmente pela pesquisadora, que foram preenchidos e depois tabulados para que seja construído um banco de dados quantitativo. Utilizaram-se dois roteiros distintos, sendo um voltado para os gerentes dos CAPS II e CAPS AD (Apêndice B, p. 86) e outro para as demais unidades de saúde (Apêndice A, p. 78).

Com os questionários aplicados para os CAPS foi possível obter informações sobre processos de organização e funcionamento do CAPS, natureza do atendimento e rede de atenção psicossocial, resultados do funcionamento do CAPS. Este questionário foi elaborado a partir do Projeto AVALIAR CAPS NORDESTE II¹, 2010, que tinha como um dos seus objetivos conhecer o que acontece nesses serviços de

¹ Projeto AVALIAR CAPS NORDESTE II *, MS/UCSAL/UFBA/FAPEX/NESC, proc. 2010.

saúde e seus territórios adstritos. Foi reconfigurado em 2014 para a pesquisa AVALIAR RAPS² e utilizado integralmente na presente pesquisa.

Com os questionários aplicados aos dispositivos de atenção a Rede de Atenção Psicossocial obteve informações sobre: processo e organização do serviço, natureza do atendimento ao usuário e articulação em rede.

A observação direta possibilitou o reconhecimento do espaço, estrutura institucional, funcionamento e rotinas. Foi realizada em todas as reuniões semanais da equipe técnica do CAPS AD durante todo mês de outubro, foram percebidas as articulações existentes com a rede no território no setor saúde e intersetorial e as ações realizadas pela equipe para proporcionar esta articulação. Este mesmo instrumento foi utilizado em alguns dispositivos da RAPS, como: um Centro de Saúde, um Consultório na Rua e uma Unidade de Acolhimento e o CAPS AD. Os aspectos observados nas observações diretas foram: estrutura física, acessibilidade e ambiência, gestão, atividades, e articulação em Rede. (Apêndice C, p. 96)

Durante toda a pesquisa foi utilizado o diário de campo, instrumento de fundamental importância para estudos empíricos, MacRae refere que, “o ato de anotar as observações feitas em campo funciona como maneira de introduzir uma ordenação inicial ao material e ajuda a detonar reflexões mais sistematizadas e aprofundadas”. (MACRAE, 2004, p. 33).

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Trata-se de um estudo realizado a partir de uma abordagem qualitativa de acordo com a natureza empírica dos dados e da escolha dos instrumentos quali-quantitativos para coleta e análise dos dados.

A metodologia da pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais (RICHARDSON, 1999), complementando, Chizzotti (1995, p. 79) refere que “a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o

² AVALIAR RAPS, PPSUS/FAPESB/CNPq/ NESC. Proc. 2013.

mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

Para a análise dos dados quantitativos obtidos por meio do questionário, foram utilizadas frequências simples (Excel/Windows) que auxiliam na leitura e análise dos materiais obtidos na coleta de dados.

Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, entendida como “Um método muito empírico, dependente do tipo de ‘fala’ a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Acrescenta ainda, como um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2011, p.36-37).

3.3.1 Categorias de análise

As categorias de análise foram divididas da seguinte forma: processo e organização dos serviços, natureza do atendimento ao usuário e articulações em rede.

Quadro 2 - Categorias construídas.

C1 - PROCESSO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
C2 - NATUREZA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO
C3 - ARTICULAÇÕES EM REDE

Fonte: A autora.

Para melhor compreensão, as categorias foram desdobradas em palavras chaves que compõem o conteúdo das mesmas.

Quadro 3 - Desenvolvimento da análise por categoria.

CATEGORIAS	PALAVRAS-CHAVE
C1 – PROCESSO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	Substâncias Psicoativas, Acompanhamento, Procedimentos,
C2 - NATUREZA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO	Busca Ativa, Visita Domiciliar, Crises.
C3 - ARTICULAÇÕES EM REDE	Tratamento, Matriciamento, Parcerias Setoriais e Intersetoriais.

Fonte: A autora.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador – UCSAL tendo o número do Parecer 767.76 (Anexo A, p. 73). Cumpriu assim os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que compreende referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Após o parecer favorável do Comitê de Ética em pesquisa, foram realizados dois contatos, um com a Coordenação Municipal de Saúde Mental que autorizou a entrada no Campo do território do Distrito sanitário do Centro histórico e outro com o CAPS AD, que já havia dado a devida autorização. Antes das entrevistas foram fornecidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, e explicada à importância do uso do gravador, para que os entrevistados autorizem a gravação das narrativas. Após a assinatura do TCLE a entrevista foi iniciada, explicitando aos participantes a garantia do anonimato. (Apêndice D, p. 98)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A articulação entre o CAPS AD e os demais serviços de saúde se dá de forma distinta na região pesquisada, em relação ao tipo, meio de contato, estratégias adotadas e parcerias.

Apresenta-se essas informações em todos os pontos de atenção á pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, instituídas no âmbito do SUS, pertencentes ao Distrito Sanitário do Centro Histórico do Município de Salvador.

4.1 PROCESSO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

4.1.1 Observação de pessoas com problemas de álcool e drogas

A presença de usuários de álcool e outras drogas no Centro Histórico de Salvador é permanente, a sensação de insegurança e a visível presença de traficantes são alguns dos fatores que mais preocupam ao visitar o Pelourinho. A presença de imóveis em ruínas e abandonados e a falta de investimento em restauração e valorização deste lugar tão importante para a história da cidade de Salvador representa um descaso com a cultura local.

Em apenas alguns instantes, da saída do terminal de ônibus a um rápido passeio pelas ruas do Centro Histórico, é possível notar a presença de crianças e adolescentes pedindo dinheiro, pessoas em situação de rua, usuários em consumo e a prostituição em ruas e vielas mais próximas ao largo principal. Por todo o caminho, percebe-se o policiamento constantemente. Deve-se levar em consideração que o Centro Histórico, representa em termos turísticos, um grande dispositivo de lazer e cultura da Bahia.

Considerando a importância da Rede de Atenção Psicossocial para a atenção aos usuários de álcool e drogas da população, apresentam-se os dados referentes à observação de pessoas com problemas de álcool e drogas da população assistida.

Para tanto foi trabalhada a seguinte pergunta: A equipe observa problemas de álcool e drogas na população assistida por esta unidade?

A Tabela 1 indica a frequência de observações de problemas de álcool e drogas da população assistida por dispositivo da rede. Dentre as quais, 7 entrevistados das unidades básicas, 1 unidade de acolhimento e 1 consultório na rua, totalizando 9 unidades de saúde.

Tabela 1 - Problemas com álcool e drogas na população assistida em unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	6	85,7	1	14,3
UNIDADE ACOLHIMENTO	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0
TOTAL	8	88,8	1	11,2

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

As equipes de saúde têm alta percepção de problemas de álcool e drogas na população, estando atenta a essa problemática, correspondendo a 88,8% das pessoas entrevistadas. O entrevistado que não respondeu afirmativamente a essa questão, trabalhava numa unidade de atenção básica.

Em 2005, a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas realizou juntamente com o CEBRID o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas Psicotrópicas no Brasil, onde se coletou vários dados sobre o tema em todo o País. Dentre os entrevistados, 71,5% referiram ter percebido em sua vizinhança pessoas alcoolizadas e 39,6% sob efeito de outras drogas. O resultado achado pela pesquisa não se distancia totalmente no vivenciado na região nordeste do Brasil. Embora tenha-se trabalhado com gestores e profissionais em unidades de saúde, onde se espera uma maior concentração de usuários.

4.1.2 Substâncias psicoativas usadas pelos usuários das unidades

No Quadro 4, temos a frequência em ordem crescente de substâncias utilizadas por usuários dos serviços. Nas Unidades da Atenção Básica o primeiro lugar está o álcool, o segundo o crack, terceiro a maconha e em quarto e último lugar a cocaína.

Quadro 4 - Substâncias Psicoativas usadas na população das Unidades de Saúde do Centro Histórico de Salvador.

	1º	2º	3º	4º
ATENÇÃO BÁSICA	ÁLCOOL	CRACK	MACONHA	COCAÍNA
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	MACONHA	COCAÍNA	CRACK	ÁLCOOL
CONSULTÓRIO NA RUA	ÁLCOOL	CRACK	MACONHA	COCAÍNA

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Tem-se a ordem crescente das substâncias usadas na população assistida na Unidade de acolhimento. Sendo, em primeiro lugar a maconha, em segundo a cocaína, em terceiro o crack e o quarto álcool, diferencia-se dos dados referentes a uso na vida de maconha por adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos, onde encontramos um percentual de 1,7 para maconha e 6,5 para álcool segundo o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.

No Relatório Europeu sobre drogas de 2014, temos a *cannabis* como a droga ilícita consumida pela esmagadora maioria dos jovens entre 15-16 anos, 24 % dos quais referem o seu consumo regular, 20 % o seu consumo no último ano e 12 % o seu consumo no mês anterior ao inquérito. (OBSERVATÓRIO..., 2014).

Vale ressaltar alguns questionamentos que possam justificar estes resultados, como: o público de usuários da UA ser diferenciado, atendendo a faixa etária de 10 a 18 anos e que estes adolescentes também se encontram em vulnerabilidade e desvinculação familiar, além de termos um quantitativo pequeno para discussão global nessa unidade.

A equipe do consultório na rua afirma que a frequência em ordem decrescente das substâncias usadas na população assistida é em primeiro lugar o álcool, em segundo o crack, em terceiro a maconha e em quarto a cocaína.

A Portaria de nº 122, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, aponta as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua; temos como uma das premissas, que estas equipes “integram componente da

atenção básica e desenvolvem ações de atenção básica, devendo seguir os fundamentos e diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica”.

Diante dos resultados apresentados, percebe-se uma similitude entre as unidades da atenção básica e o consultório na rua, onde o álcool é a substância psicoativa mais usada pela população assistida. Os resultados obtidos com a frequência do uso de drogas também estão em consonância com o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, região nordeste (2005), onde aponta como a droga de maior uso é o Álcool com prevalência de 66,8%.

4.1.3 Acompanhamento do tratamento de problemas com álcool e outras drogas

Considera-se na pesquisa acompanhar o tratamento de pessoas com problemas de álcool e drogas, o ato de realizar alguma ação, ou estratégia que vise colaborar com o tratamento destes usuários dentro da própria unidade.

Nas unidades visitadas foi visto que muitos gestores referiram limitações físicas das unidades, falta de capacitação técnica dos profissionais da atenção básica e a ausência de interesse pela temática saúde mental, são problemas apontados para viabilizar a atenção e cuidado aos usuários de álcool e drogas.

A Tabela 2 mostra que a maioria das equipes de saúde refere acompanhar o tratamento de pessoas com problemas de álcool e drogas da sua unidade. Sendo 44,6% das unidades de saúde referem não realizar acompanhamento.

Tabela 2 - Acompanhamento do tratamento de problemas de álcool e drogas de usuários em unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	3	43	4	57
UNIDADE ACOLHIMENTO	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0
TOTAL	5	55,5	4	44,6

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

As equipes de saúde da atenção básica devem acompanhar aqueles portadores de transtornos mentais desde que se considere a gravidade da doença e os recursos existentes nestas unidades, se não for possível faz-se necessário o encaminhamento para um serviço especializado ou para uma unidade básica que disponha de um profissional especializado em saúde mental. (MINAS GERAIS, 2006).

4.1.3.1 Procedimentos previstos para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas

As equipes de saúde apresentam taxas expressivas da existência de procedimentos previstos para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas nas unidades.

Tabela 3 - Existência de procedimentos para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	5	71,4	2	28,6
UNIDADE ACOLHIMENTO	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0
TOTAL	7	77,8	2	22,2

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Na Tabela 3, os profissionais afirmaram que 77,8% das unidades de saúde possuem procedimentos previstos para o acompanhamento de pessoas com problemas de álcool e outras drogas. Observando as proporções da unidade de acolhimento, consultório na rua que totalizam 100% das unidades, e 71,4% das unidades da atenção básica.

Ao afirmarem que existem procedimentos a serem realizados, surge um novo desdobramento. A frequência crescente dos procedimentos previstos. A Tabela 4 apresenta os tipos distribuídos por unidades.

As observações realizadas nas unidades de saúde apontam para a existência de um trabalho compartilhado em saúde mental entre a unidade e o serviço especializado da região para casos que a equipe entenda como pertinentes a

demanda. Existe um fluxo estabelecido nas unidades sobre as questões de álcool e outras drogas e um entendimento comum às gerências dos serviços sobre a articulação

O procedimento mais referido foi “acolhimento na própria unidade”, com a exceção da unidade de acolhimento. O Ministério da Saúde considera que o acolhimento é um dispositivo essencial na formação do vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. No primeiro momento, a equipe pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias de modo que eles se sintam bem para expressar suas emoções, sabendo que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. (BRASIL, 2013).

Os procedimentos mais comuns na atenção básica são: telefonar p/ o serviço especializado e encaminhar p/ o serviço especializado ambos possuem 71,4%. Já no consultório na rua os procedimentos são: acolhimento na própria unidade, encaminhar p/ o serviço especializado e discutir o caso com o profissional de serviço especializado.

Tabela 4 - Tipos de procedimentos previstos no acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

	ACOLHIMENTO NA UNIDADE PRÓPRIA		TELEFONAR P/ O SERVIÇO ESPECIALIZADO		DISCUTIR NA PRÓPRIA UNIDADE		ENCAMINHAR P/ O SERVIÇO ESPECIALIZADO		DISCUTIR O CASO COM O PROFISSIONAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	5	71,4	4	66,66	0	0	5	71,42	0	0
UNIDADE ACOLHIMENTO	0	0	0	0	1	100	1	100	1	100
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0	1	100	1	100	0	0
TOTAL	6	66,6	4	66,66	2	22,2	7	77,7	1	11,1

Fonte AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

O encaminhamento da atenção básica para serviços especializados segundo o Ministério da Saúde ocorre através de critérios pré-definidos, tendo como destaque: o encaminhamento em caso de existência de crise que não podem ser resolvidos na própria unidade, quando a impossibilidade de manter o paciente na unidade em decorrência do horário de funcionamento e Pacientes muito graves que necessitam de uma avaliação de saúde mental. (MINAS GERAIS, 2006)

Na unidade de acolhimento os procedimentos mais utilizados são: discutir na própria unidade; encaminhar para o serviço especializado; e discutir o caso com o profissional de serviço especializado.

4.2 NATUREZA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Durante as visitas nas unidades de saúde percebe-se o modo de atuação das equipes similar ao “modelo asilar” na qual a divisão de trabalho se dá de forma compartilhada, sendo as tarefas e os sujeitos fragmentados, desconsiderando a atenção integral em sua existência-sofrimento.

No momento das visitas não foi percebido nenhum usuário de álcool e drogas participando das atividades ou até mesmo sendo atendido pela equipe da atenção básica, fazendo refletir sobre esta ausência, será que o acesso e acolhimento da equipe estão favorecendo a inserção destes usuários ao serviço? Será que os usuários de álcool e outras drogas não procuram a Unidade Básica de Saúde? Os gerentes referiram não oferecer atividades exclusivas para os usuários de álcool e outras drogas eles são convidados a participar de todas que são oferecidas a população assistida pela unidade.

No consultório na rua os atendimentos realizados por eles são no território, como foi visto dois membros da equipe abordando e atendendo pessoas em situação de rua na praça próxima a sede.

Na unidade de acolhimento o atendimento é diário e constante, visto que, os usuários residem na própria unidade. Lá é dispensado acompanhamento multiprofissional, articulado com o CAPS AD e também com o Projeto Axé.

4.2.1 Busca ativa e visita domiciliar

O Ministério da Saúde considera a busca ativa como uma atribuição de toda a equipe da atenção básica objetivando notificar doenças e agravos de notificação compulsória e outros agravos e situações de importância local. (BRASIL, 2012).

A Tabela 5 refere a realização de busca ativa nos pontos de atenção, tendo na atenção básica 57%, 100% na unidade de acolhimento e 100% no consultório na rua.

Tabela 5 - Existência de busca ativa e visita domiciliar nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

	BUSCA ATIVA				VISITA DOMICILIAR			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	4	57	3	43	4	57	3	43
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	1	100	0	0	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0	1	100	0	0
TOTAL	6	66,6	3	33,3	6	66,6	3	33,3

Fonte AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, as visitas domiciliares são previstas considerando o risco e vulnerabilidade do indivíduo, sendo realizadas de acordo com as necessidades da família, ou seja, aquelas com maiores necessidades apresentam maiores números de visitas (BRASIL, 2012). O artigo de revisão de Correia, Barros e Colvero (2011) mostrou que a visita domiciliar ao doente mental e seus familiares, feita pela equipe de atenção básica, se destaca. O estudo mostrou que mais da metade das unidades de saúde responderam positivamente ao questionário, entretanto não foram percebidas durante o tempo da pesquisa tais atividades, os gestores queixam-se quanto à dificuldade em transporte no serviço e o número de profissionais suficientes para a realização das mesmas.

No CAPS e CAPS AD, ambos referiram realizar visitas domiciliares de forma sistemática e contínua, possibilitando que o profissional estabeleça vínculos e parcerias com as famílias e comunidade e ações de redução de danos no território.

4.2.2 Crises

Tomamos o conceito de crise de Amarante (2007, p.83).

Como um momento que pode ser resultado de uma diminuição limiar de solidariedade ou tolerância de uns para com os outros, de uma precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por este motivo trata-se de um processo social.

Em usuários de álcool e outras drogas a crise é usual e pode ser uma resposta do organismo frente a uma abstinência da substância psicoativa ou até mesmo uma resposta frente ao uso abusivo da substância.

Tabela 6 - Crises e resolução na própria unidade.

	EXISTÊNCIA DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA				RESOLVE NA PRÓPRIA UNIDADE			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	3	43	4	57	2	28,58	5	71,42
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	1	100	0	0	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0	1	0	0	0
TOTAL	5	55,5	4	44,5	3	33,3	6	66,6

Fonte AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Episódios de agitação psicomotora ocorrem em 55,5% das unidades da de saúde e a não resolutividade desta agitação psicomotora ocorre em 66,6% das unidades (tabela 6).

Durante as observações nas unidades não foi observado nenhum episódio de agitação psicomotora, porém foi referida por alguns gestores que médicos da própria unidade com suporte medicamentoso do CAPS AD conseguem conter a crise.

Na Tabela 7, temos a frequência dos encaminhamentos das crises existentes nas unidades. Em 85,7% das unidades de saúde referiram que as crises são encaminhadas para o CAPS, o restante, 14,3% não respondeu ao questionamento.

Tabela 7 - Lugar de encaminhamento da crise.

	CAPS				NÃO RESPONDEU			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	5	83,3	0	0	1	16,7	0	0
CONSULTÓRIO DE RUA	1	100	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	85,7	0	0	1	14,3	0	0

Fonte AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Deve-se sempre refletir sobre a necessidade de se encaminhar um paciente em crise para uma unidade especializada.

[...] um paciente em crise não requer necessariamente o encaminhamento para serviços específicos de saúde mental, como um CAPS: Muitos deles, embora requerendo um acompanhamento

mais próximo, podem perfeitamente ser acompanhado na unidade básica mais próxima que dispõe de equipe de saúde mental. (MINAS GERAIS, 2006, p.57).

Concordando com o que foi referido existe uma consideração a fazer, alguns serviços não possuem suporte da equipe de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, equipe está que fica a disposição na sede do Distrito Sanitário do Centro Histórico.

Nos questionários aplicados aos CAPS e o CAPS AD, ambos referem atender usuário em situação de crise, essencialmente dos usuários matriculados na própria unidade. Segundo o manual do CAPS estes serviços “devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade” (BRASIL, 2004b, p.17).

4.3 ARTICULAÇÕES EM REDE

Nas unidades visitadas foi percebida que a articulação entre as unidades de saúde e o CAPS AD da região ocorre, prioritariamente, para encaminhamento dos usuários, no qual encaminhar tem o mesmo sentido de se desresponsabilizar, passar o problema adiante. Até uma simples referência, no qual se pede ajuda para situação de crise ou até mesmo um olhar em saúde mental, que exige alguma especificidade. Em alguns casos mais brandos, há um compartilhamento do cuidado apenas em poucos casos, através do trabalho de alguns raros profissionais.

A maioria das falas dos gestores e profissionais refere à ausência de conhecimento técnico em saúde mental e uso e abuso de álcool e outras drogas dos profissionais inseridos na equipe, dificultando assim o acolhimento e tratamento do usuário de álcool e outras drogas dentro do serviço, desta forma o encaminhamento é uma prática rotineira para unidade especializada.

A articulação em rede foi a categoria mais observada nas reuniões técnicas do CAPS AD, onde houve deliberações sobre a importância de uma articulação para melhoria do serviço.

4.3.1 Local de tratamento de álcool e drogas na região

Como apresentado anteriormente na Tabela 4, dentre as referências sobre a existência de procedimentos previstos, destaca-se o “encaminhar para o serviço especializado” e “telefonar para o serviço especializado”; apresentados estes, temos a Tabela 8 que refere à frequência de dispositivos de saúde onde o tratamento é realizado.

Durante a entrevista poderia ser referido mais de um dispositivo para encaminhamento, ou seja, o entrevistado tinha a possibilidade de listar as unidades mais frequentes de encaminhamento.

Segundo os profissionais das unidades da atenção básica, o tratamento para pessoas com problemas com álcool e drogas na região ocorre com mais frequência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 55%. A Unidade de acolhimento e o consultório na rua referem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) como o local de tratamento.

Tabela 8 - Local onde acontece o tratamento de problemas de álcool e drogas na região.

	CAPS		CAPS AD		HOSPITAL PSQUIÁTRICO		AMBULATÓRIO		UNIDADE DE SAÚDE		HOSPITAL GERAL		P.A	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	5	55	3	42	2	28	1	14,2	1	14,2	1	14,2	0	0
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
CONSULTÓRIO NA RUA	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	55,5	4	44,4	2	22,2	1	11,1	1	11,1	1	11,1	1	11,1

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Vale destacar que as unidades básicas de saúde encaminham usuários de álcool e outras drogas para os CAPS, fazendo-nos refletir sobre a falta de conhecimento sobre a existência de um serviço especializado em álcool e droga no território ou a ausência de articulação com a unidade CAPS AD existente.

A Fiocruz (2014) publicou uma pesquisa onde aponta o perfil de usuários de crack e/ou similares do Brasil. Uma das investigações refere ao acesso aos serviços de atenção e tratamento de dependência química, nos últimos 30 dias, pelos usuários, apenas 6,3% referem ter tido acesso ao CAPS AD, seguido de comunidade terapêutica 4,2%, clínica especializada 3,8%, hospital psiquiátrico 3,6% e Casa de Acolhimento Transitório 3,4%. (FIOCRUZ, 2014).

Nas entrevistas realizadas com os serviços substitutivos tem-se a seguinte caracterização: o Centro De Atenção Psicossocial (CAPS) pertencente ao território refere oferecer serviços para adultos com transtornos mentais, porém aos poucos está aumentando a demanda de usuários de álcool e drogas, para tanto a equipe solicita apoio matricial; o Centro De Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) têm como público alvo crianças, adolescentes, adultos e idosos e são oferecidos serviços para transtornos do uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais e usuários em situação de rua.

4.3.2 Acompanhamento e modos de contato no tratamento de usuários de álcool e outras drogas em outras unidades

A Tabela 9 apresenta a frequência da existência de acompanhamento do tratamento de usuários de álcool e outras drogas, na população assistida, por outras unidades.

Os dados apresentados revelam que 57,2% dos dispositivos da Atenção Básica de saúde pertencentes à RAPS acompanham o tratamento fora das suas unidades. A unidade de acolhimento e o consultório na rua em sua totalidade fazem o acompanhamento dos seus usuários em outros dispositivos.

Tabela 9 - Existência de acompanhamento do tratamento de usuários de álcool e outras drogas em outras unidades.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	4	57,2	3	42,8
UNIDADE ACOLHIMENTO	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0
TOTAL	6	66,6	3	33,3

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Dentre as 6 unidades que referiram realizar um acompanhamento do tratamento de usuários de álcool e outras drogas em outras unidades, foi desdobrada uma nova investigação relacionada aos modos de contato mais frequentes.

Na Tabela 10 observamos que as equipes da atenção básica utilizam com maior frequência (75%) telefonemas p/ unidades de tratamento, seguido de notícias pela família (50%), e 75% não há contato com os usuários. A unidade de acolhimento utiliza telefonemas p/ unidades de tratamento, relatório da unidade de tratamento e visita ao usuário no outro serviço e o consultório na rua utiliza reunião com o serviço, telefonemas p/ unidades de tratamento e discussão do caso. Vale salientar que no questionário os gestores escolheram mais de uma alternativa.

Tabela 10 - Modos de contato para acompanhar o tratamento em outra unidade.

	ATENÇÃO BÁSICA		UNIDADE DE ACOLHIMENTO		CONSULTÓRIO NA RUA		TOTAL	
	N (4)	%	N (1)	%	N (1)	%	N (6)	%
NÃO HÁ CONTATO	3	75	0	0	0	0	3	75
REUNIÃO COM O SERVIÇO	1	25	0	0	1	100	2	33,3
TELEFONEMAS PARA UNIDADES DE TRATAMENTO	3	75	1	100	1	100	3	75
CONTATOS COM DISTRITO SANITÁRIO	1	25	0	0	0	0	1	16,6
NOTÍCIAS PELA FAMÍLIA	2	50	0	0	0	0	2	33,3
RELATÓRIO DA UNIDADE DE TRATAMENTO	1	25	1	100	0	0	2	33,3
VISITA AO USUÁRIO EM OUTRO SERVIÇO	0	0	1	100	0	0	1	16,6
DISCUSSÃO DO CASO	0	0	0	0	1	100	1	16,6
OUTRO	1	25	0	0	0	0	0	0

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Muitos dos gestores não demonstraram interesse em estabelecer um contato após encaminhamento para unidade especializada, impedindo assim o fluxo de referência e contra referência e com isso prejudicando a assistência integral da saúde do usuário. Percebemos também o empenho de muitos gestores em manter contato por telefones, mesmo utilizando o próprio, e visitas institucionais apesar da dificuldade de estrutura e deslocamento para a realização da mesma.

4.3.3 Matriciamento

O apoio matricial, objetiva garantir a retaguarda especializada a equipes e profissionais da atenção em saúde mental. Favorecendo a corresponsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas por meio de um profissional de

saúde mental que acompanhe de perto as unidades da atenção básica, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. (BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008). Um usuário pertencente ao CAPS AD não deixa de ser usuário da rede de atenção básica. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é construído conjuntamente entre as duas equipes e as ações e responsabilidade pelo caso são compartilhadas.

O Ministério da Saúde pretende reestruturar a assistência psiquiátrica, preconizando a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011), desta forma proporcionar um suporte técnico pedagógico e apoio institucional às unidades de saúde.

Tabela 11 - Existência de apoio matricial nas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

	PARTICIPAÇÃO EM MATRICIAMENTO			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
ATENÇÃO BÁSICA	1	16,6	5	83,3
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	1	100	0	0
CONSULTÓRIO NA RUA	1	100	0	0
TOTAL	3	37,5	5	62,5

Fonte AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Os resultados da pesquisa apontam que 62,5% das unidades não possuem ações de apoio matricial nos fazendo refletir sobre a ausência de uma equipe de suporte para atendimento, cuidado e atenção dos usuários de álcool e outras drogas. Vale ressaltar que uma unidade da Atenção Básica não respondeu a este questionamento, gerando assim um número total de oito unidades participantes. Considerando esta ausência do apoio matricial, mantém-se uma sobrecarga para os profissionais e serviços especializados, fazendo com que haja uma alta prevalência de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, reafirmando assim um modelo médico dominante. (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2007).

4.3.4 Parcerias existentes no território

A Reforma Psiquiátrica objetiva abandonar velhos modelos onde predomina a exclusão e a baixa troca social, como no manicômio, por exemplo, para passarmos a oferecer um lugar de múltiplas ofertas, “oficinas de produção de subjetividade, em um território. Desta forma garantir-se-ia ao sujeito em sofrimento psíquico o mesmo espaço que as outras pessoas nas unidades de saúde, nas associações de bairro, nos espaços de trabalho e de lazer” (SOUZA & RIVERA, 2010, p.105).

A Política de Saúde Mental demanda o desenvolvimento de articulações com outras áreas do saber, outras técnicas e práticas, proporcionando assim transformações sociais e a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com vários fragmentos da sociedade, possibilitando o fomento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, da habitação, do esporte, do trabalho, do lazer, dentre outros, além do estabelecimento de parcerias com Universidades, Ministério Público, ONGs, etc. (SOUZA & RIVERA, 2010).

Durante a participação da pesquisadora que ocorreu nas quatro reuniões técnicas no CAPS AD foi percebido que há uma organização quanto à discussão do dia, existe uma pauta onde todos podem colocar pontos a serem discutidos, são reuniões que fluem livremente a todos os interessados, ou seja, qualquer profissional pode sugerir pontos e colocar suas inquietações, não apenas sobre estudos de casos bem como a organização e funcionamento da unidade.

As reuniões na maioria das vezes são divididas em dois momentos, o primeiro é relacionado a pauta do dia e o segundo momento é relacionado à educação permanente dos profissionais, foi visto “Fórum Clínico e capacitação sobre Acolhimento”.

Para melhor investigação dos objetivos da pesquisa houve uma seleção de dados referentes a tudo que é colocado pelos profissionais que se refere a Articulações em rede, envolvendo: parcerias existentes no território no setor saúde e parcerias intersetoriais.

4.3.4.1 Parcerias setor saúde

No ano de 2010 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, onde no documento destinado a álcool e outras drogas como desafio para a saúde e a política intersetorial no tópico destinado às Ações de Promoção e Prevenção delibera.

Incentivar a promoção da saúde, a prevenção primária e o diagnóstico precoce dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas unidades de saúde, através da Equipe de saúde da família, para abordagens de redução de danos e encaminhamentos para o tratamento multiprofissional, quando necessário (SUS, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010, p.89).

A articulação entre os serviços de saúde e a Atenção básica deve levar em consideração o território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Dentre os dados apresentados na Tabela 12, destacam-se como principais parcerias setoriais das unidades de atenção básica: o consultório na rua, outras unidades de ESF/PACS, ambulatório de especialidades e o SAMU.

Tabela 12 - Existência de parcerias setoriais entre as unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

SETOR SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA		UNIDADE DE ACOLHIMENTO		CONSULTÓRIO NA RUA		TOTAL	
	N (7)	%	N (1)	%	N (1)	%	N (9)	%
ESF/PACS	4	57	1	100	1	100	6	66,6
NASF	3	42,8	0	0	0	0	3	33,3
CONSULTÓRIO DE RUA	6	85,7	1	100	0	0	7	77,7
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES	4	57	0	0	1	100	5	55,5
SAMU	5	71,4	0	0	0	0	5	55,5
PA/OS	3	42,8	1	100	1	100	5	55,5
HOSPITAL GERAL	2	28,5	1	100	1	100	4	44,4
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	1	14,2	0	0	0	0	1	11,11
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	1	14,2	0	0	0	0	1	11,11

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

Na unidade de acolhimento, as parcerias setoriais mais frequentes são: ESF/PACS, consultório na rua, pronto atendimento e Hospital Geral. No consultório

na rua estabelecem-se parcerias setoriais entre ESF/PACS, ambulatório de especialidades, pronto atendimento e Hospital Geral.

Durante a participação nas reuniões técnicas no CAPS AD foi levantada a possibilidade de articulação com outras unidades de saúde, como por exemplo, a unidade de acolhimento, para compartilhamento de lanches dos seus usuários que fazem tratamento no CAPS AD.

Será que teria a possibilidade de haver uma articulação com a UA pra ver se teria como ajudar com o lanche neste dia? (prof. 1).

Claro, acho que a UA tem seu recurso, somos parceiros ou não? Se o CAPS AD tem uma dificuldade porque um parceiro não ajuda neste momento (prof. 2).

Durante a discussão não houve um consenso entre os profissionais participantes. Um dos membros considera que a parceria entre o CAPS AD e a UA não deve ocorrer desta forma e responde aos demais.

Perai, a UA dá o lanche deles, por quê? Se eles também são pacientes do CAPS, como os outros... (prof. 3).

Outra profissional concorda e complementa: Legítima a não legitimidade desses meninos no CAPS. O CAPS deve exercer seu mandato (prof. 4).

De acordo com o que foi visto, temos um embate de opiniões sobre o que é parceria. Dois profissionais consideraram a parceria como algo comum e de ajuda mútua as unidades, ou seja, o CAPS AD atende os usuários da UA e a mesma por sua vez fornece o lanche necessário para a permanência deles. Já a outra dupla de profissionais não concordam com os demais colegas alegando que se os usuários estão inseridos de forma legítima aos atendimentos do CAPS AD nada mais justo do que a instituição arcar com as suas despesas, e desta forma a parceria não seria estabelecida.

4.3.4.2 Parcerias intersetoriais

O uso de álcool e outras drogas por se tratar de uma demanda a diversas políticas públicas requer uma grande capilaridade para efetivação de uma política integral ao usuário de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004c).

Os serviços de atenção psicossocial devem deixar suas sedes e formar vínculos na sociedade complementando e ampliando os recursos existentes. A articulação entre todos os envolvidos na saúde, ou no âmbito das políticas públicas em geral, e finalmente, na totalidade dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. (AMARANTE, 2007).

Dentre os dados apresentados na Tabela 13, referente às unidades da atenção básica, destacam-se como principais parcerias na rede intersetorial o CRAS, assistência social, ONG, conselho tutelar e escolas.

Os resultados apontam que na unidade de acolhimento na rede intersetorial existe a forte parceria com a previdência social, ONGs, conselho tutelar e esporte.

Tabela 13 - Existência de parcerias intersetoriais entre as unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador.

SETOR ASSISTENTE SOCIAL	ATENÇÃO BÁSICA		UNIDADE DE ACOLHIMENTO		CONSULTÓRIO NA RUA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CRAS	4	57,1	0	0	1	100	4	44,4
CREAS	2	28,5	0	0	1	100	3	33,3
PREVIDÊNCIA SOCIAL	1	14,2	1	100	0	0	2	22,2
ASSISTÊNCIA SOCIAL	4	57,1	0	0	1	100	1	11,1
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA	0	0	0	0	1	100	1	11,1
ONG	4	57,1	1	100	0	0	5	55,5
SEGURANÇA PÚBLICA E JURÍDICO	N	%	N	%	N	%	N	%
SUPORTE JURÍDICO	0	0	0	0	1	100	1	11,1
CONSELHO TUTELAR	3	42,8	1	100	1	100	5	55,5
POLÍCIA MILITAR	1	14,2	0	0	0	0	1	11,1
ESPORTE E LAZER	N	%	N	%	N	%	N	%
ESPORTE	0	0	1	100	0	0	4	44,4
LAZER	3	42,8	0	0	1	100	4	44,4
EDUCAÇÃO	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCOLAS	4	57,1	0	0	0	0	4	44,4
OUTROS	3	42,8	0	0	0	0	2	22,2

Fonte: AVALIAR RAPS; MS; FAPESB; CNPq (2015).

No consultório na rua estabelecem-se parcerias na rede Intersectorial com o CRAS, o CREAS, a assistência social, o benefício de prestação continuada, suporte jurídico, conselho tutelar e equipamentos de lazer.

A pesquisa da Fiocruz (2014), sobre o perfil de usuários de crack e/ou similares do Brasil, também investiga o acesso aos serviços ofertados pela rede pública; nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa, 20,2% dos entrevistados referem acesso às unidades da atenção básica, seguido por serviços que fornecem alimentação gratuita 17,5%, acolhimento institucional e/ou outros serviços da rede pública de assistência

social (CRAS, CREAS, abrigo, casa de passagem etc.) 12,6% dos entrevistados. Estes dados apontam que os mais procurados foram serviços de cunho social e o equipamento de saúde sem ser voltado para tratamento de dependência química. (FIOCRUZ, 2014).

Nas visitas às instituições, muitos gestores referiram a importância de uma articulação com a rede intersetorial para proporcionar um suporte na melhoria da qualidade de vida dos usuários. As unidades de atenção básica são as que possuem uma menor articulação, havendo uma parceria com os serviços ligados a Secretaria de Assistência Social.

Na unidade de acolhimento foi visto no dia da visita o retorno para casa dos usuários residentes acompanhados de orientadores sociais após participação de atividades no Projeto Axé, ONG parceira da instituição, que desenvolve atividades educativas, culturais e defesa dos direitos de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, em especial os que vivem em situação de rua na Cidade de Salvador - BA. Outra parceria forte com a UA é o CAPS AD, pois todos os residentes da casa realizam tratamento para a dependência química na unidade especializada.

No consultório na rua foi referido pelo gestor e alguns profissionais que existe uma parceria muito forte com os órgãos do judiciário, defensoria pública e conselho tutelar, para garantir os direitos que por muitas vezes são violados, os órgãos referentes à Secretaria da Assistência Social oferecem um suporte de benefícios sociais, abrigamento e suporte a vulnerabilidades familiares e sociais. Foi referido ainda que os adolescentes em acompanhamento pela a equipe realizavam atividades recreativas, educativas e físicas nas praças e quadras, porém sem um auxílio de um transporte algumas atividades extra território tiveram que ser canceladas.

Durante as reuniões técnicas do CAPS AD foram referidas duas parcerias intersetoriais, que poderiam vir a existir na unidade, a primeira com os museus do Centro Histórico e a segunda com a Secretaria Municipal de Infraestrutura e defesa civil com o intuito de criar uma horta comunitária.

Durante a reunião um técnico do serviço que estava se desfazendo de um grupo terapêutico tem a ideia de mudar a temática e propõe a seguinte oficina:

Tô pensando em variar um pouco, pensando no meu elenco de habilidades não tenho muito a oferecer... Eu pensei em uma coisa que ainda não tem aqui no CAPS AD, em fazer uma espécie de oficina

workshop de Inglês... Eu posso fazer uma coisa mais direcionada ao turismo (prof. 5).

Todos se agitam e se interessam em participar, um profissional se coloca da seguinte forma: [...] *o museu está aberto a isto, inserir os meninos nas atividades do museu como guia turístico. (Prof. 6).*

Nestas falas percebe-se à preocupação dos profissionais em oferecer oficinas que sejam úteis a vida dos usuários do serviço, proporcionando capacitação e conseqüentemente inserção dos mesmos no mercado de trabalho.

Indaga-se sobre a substituição de uma oficina terapêutica por um grupo de formação profissional ou até mesmo se não seria mais proveitosa para os usuários uma articulação com cursos de inglês que propiciassem esta formação.

Outro exemplo de articulação ocorreu quando um técnico encontra um funcionário da Secretaria Municipal de Infraestrutura e Defesa Civil e propõe a ele uma parceria para se criar uma horta comunitária nas dependências do CAPS AD.

- Passando pela Praça da Sé, vi um funcionário da prefeitura cuidando das plantas da Praça, eu conversei com ele. Você quer fazer uma horta lá no CAPS AD? (prof. 7.).

- Como é esta horta? (prof. prefeitura).

- Ta faltando terra, semente, jardineira...

- Veja o que está faltando e entra em contato com a gente, que irei pessoalmente lá (prof. prefeitura).

A formação de uma articulação se dá a qualquer momento e em qualquer lugar, dispensando métodos e manejos burocráticos para a tessitura da rede. Este é um exemplo claro de estabelecimento de rede por meios informais.

Considera-se que o trabalho em articulação em rede entre todos os diversos recursos comunitários assim como intervenções no cotidiano das pessoas são essenciais para originar um cuidado eficaz aqueles que estão em intenso sofrimento devido a problemas de álcool e outras drogas.

Contudo, percebe-se que muitas dificuldades são vivenciadas pelas unidades de saúde para tecer a rede, prejudicando assim a concretização da articulação. As dificuldades mais referidas foram à ausência de recursos humanos e de instrumentos técnicos científicos que levam a uma sobrecarga de trabalho nas unidades. Este problema é comum na maioria dos locais pesquisados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação das ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas realizadas nos pontos de atenção da RAPS ocorre de forma diferenciada em cada uma delas. Porém, vemos em comum que existe uma possibilidade de se incluir os cuidados em saúde mental e problemas de álcool e outras drogas na RAPS particularmente nas ações das equipes das unidades básicas. Nas equipes do consultório na rua se incorpora as unidades básicas de saúde. O que se lamenta é que somente poucas unidades básicas de saúde e unidade de saúde da família têm equipes de consultório na rua. Desejável seria que a equipe de saúde mental e álcool e outras drogas fosse parte integrante do cuidado na atenção primária, tendo equipes especializadas, treinadas para o atendimento na rede psicossocial.

O Distrito Sanitário Centro Histórico, da cidade de Salvador - Ba, local que escolhemos para realizar esta pesquisa, representa um campo investigação diferenciado e heterogêneo, dada sua magnitude e suas condições culturais, turísticas e sociais, entre outros fatores.

O objetivo de descrever a articulação dos pontos de atenção da rede de atenção psicossocial na atenção aos usuários de álcool e drogas como cenário da aplicação da política nacional de álcool e drogas foi cumprido, revelando evidentes ações desarticuladas entre si.

O recorte desse estudo privilegiou a Rede de Atenção Psicossocial baseada na portaria da RAPS 3088, onde coloca apenas os dispositivos de saúde como implicados no acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas, mas se detecta uma forte presença de ONGs que trabalham na região com inclusão social e cidadania que se organicamente articuladas a RAPS poderia dar a essa rede uma grande potência.

Percebe-se nesta investigação que algumas equipes das unidades de saúde têm a intenção de operacionalizar um modelo de atenção psicossocial. Entretanto, existe uma fragilidade na tessitura desta rede tornando a atenção fragmentada, frágil, pouco resolutiva para seus usuários.

A lógica dos encaminhamentos se mostra como o principal procedimento previsto para acompanhamento de pessoas com problemas de álcool e outras drogas. Devemos considerar que o trabalho de forma compartilhada e fragmentada,

compromete a eficácia de uma clínica ampliada. Estes foram referidos por todos na rede, que parecem mais cumprir uma função de deslocar para longe a resolutividade de rede, que revela um fluxo de referência e contra referência, uma relação cúmplice e solidária entre as equipes, que atuam na área. Considera-se que as ações direcionadas as ações à saúde mental apresentam melhores resultados quando articuladas em parcerias setoriais e intersetoriais voltadas a um indivíduo biopsicossociocultural.

Ademais, observa-se nessa pesquisa a ausência de apoio matricial entre as diferentes equipes fragilizando e despotencializando o trabalho em rede na região. Vale lembrar que o apoio matricial é essencial na co responsabilização dos casos, permitindo regular o fluxo de usuários nos serviços. Para isso, deverá existir uma reformulação na estrutura organizacional e no processo de trabalho tradicional com a organização de equipes assegurando retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico especializado. Desta forma as equipes de saúde se co responsabilizam pelos casos e compartilham a elaboração e execução dos projetos terapêuticos.

Uma rede de atenção integral em saúde é formada por unidades de saúde e por variados dispositivos do território que se organizam com o intuito de responder as complexas necessidades de uma determinada população, como temos, por exemplo, a presença marcante de ONGs e outras entidades intersetoriais, como o Ponto de Encontro sob gerência das Organizações Sociais Irmã Dulce e o Ponto da Cidadania sob os cuidados do CETAD, que infelizmente no estudo não foi referido pelos gestores das unidades. Tal rede intersetorial estará sendo estudada com profundidade no Projeto Avaliar RAPS.

Deve-se considerar as singularidades da clínica da dependência química que apontam para uma maior importância do desenvolvimento de ações articuladas e inseridas ao meio social em que se encontram. Sendo assim, a intersetorialidade das ações e a realização de parcerias com as unidades da Secretaria de Assistência Social, Esporte e lazer e ONG como citadas anteriormente são fundamentais para garantir a inserção social dos usuários de álcool e drogas em tratamento. Desta forma, a territorialidade das ações de cuidado para fora dos limites estruturais são indispensáveis, fatores que têm sido pouco priorizados nos locais pesquisados.

Nessa pesquisa, percebe-se que cada unidade de saúde tem seu passo, suas características e assim de forma particular vê-se a dificuldade em superar a hegemonia do modelo tradicional, do encaminhamento, da procura por especialista,

da fragmentação do cuidado e das pessoas. Vencer este modelo tradicional e substituí-lo por outro voltado para atenção psicossocial, no qual compartilhar a responsabilidade é um desafio que se coloca no cotidiano do serviço.

Na finalização dessa dissertação resta a sensação que apenas revelamos a ponta de um *iceberg* de iniciativas que compõe a rede de atenção psicossocial disponível para a efetivação da política de usuários de álcool e outras drogas que instigam novos estudos que complementem este, para que os usuários do Centro Histórico de Salvador possam merecer os cuidados que necessitam para superar suas dificuldades e sofrimentos que os habilitem ao pleno exercício de seus direitos de cidadania.

REFERÊNCIAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Sobre o AA**. Disponível em: <www.aa.org.br>. Acesso em: 5 jan. 2014.

ACIOLE, G.G. A trajetória da saúde no Brasil: veredas e caminhos do público e do privado. In: _____. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos Políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.2309-2319, nov. 2009.

ANDRADE, T.M. Reflexões sobre políticas de droga no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4665-4674, dez. 2011.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO ESTADO DA BAHIA, SERGIPE, ALAGOAS, PERNAMBUCO E PARAÍBA, NO NORDESTE DO BRASIL. Pesquisa Avaliar CAPS – Nordeste II, 2012-2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 2006.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, p.632-645, 2008.

BRASIL. **Comunidades terapêuticas**. Disponível em: <www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>. Acesso em: 06 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de correntes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislação>>.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2011**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 06 de abril de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF, 01 de julho de 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>.

_____. Casa Civil. **Decreto n. 6117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 22 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília DF, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 de outubro de 2011. Disponível em: <www.planalto.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Brasília, 2014. Informativo eletrônico. Disponível em: <www.dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial - manual/Caps**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação geral de saúde mental: reforma Psiquiátrica e política em saúde mental**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev.ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados – 10**, Brasília, DF, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico, mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Observatório crack. Disponível em www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html, acesso em 17 de março de 2015.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

CAMPOS, R.O. *ET al.* Avaliação da Rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista Saúde Pública**, p. 16-22, 2009.

CAMPOS, GWS. AMARAL, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 12 p. 849-859, 2007.

CARNEIRO, H. VENANCIO, R.P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte; PUC-MG, 2005.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1999.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas direitos humanos e laço social**. Brasília, DF: CFP, 2013.

CORREIA, V.R; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, p. 1501-1506, 2011.

COUTINHO, D.M. *et al.* **Um manual para o CAPS**. V. 1. 1. ed. Salvador: BIGRAF, 2005.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: Tavares, L.A. *et al.* (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; CEETAD/UFBA, 2004.

FALEIROS, V.P. **A política social do estado capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FEBRACT. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=historico>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

FIGLIE N.B.; PAYÁ, R. Abordagem familiar em dependência química. In: BORDIN, S.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FINO, C. FAQs, etnografia e observação participante. **Revista Europeia de Etnografia da Educação**, v. 3, 2003.

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

FLEURY, S. **As redes e a difusão de inovações.** 2013. Disponível em: <www.ebape.fgv.br/sites/ebape.fgv.br/files/artigos_sonia_fleury_as_redes_e_a_difusao_de_inovacoes.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=291480>>. Acesso em: 23 set. 2013.

LABATE, B.C. *et al.* **Drogas e cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

LIMA, C.M.G. de *et al.* Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, jan. 1996.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental.** Belo Horizonte, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico:** pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NERY, A. **O crack é feito com a raspa do chifre do diabo.** Disponível em: <<http://conversandocomnery.wordpress.com/2010/05/27/%E2%80%9Co-crack-e-feito-coma-raspa-do-chifre-do-diabo%E2%80%9D/>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

NERY, A. *et al.* **As drogas na contemporaneidade:** perspectivas clínicas e culturais. Salvador. EDUFBA; CETAD, 2012.

OBID. OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11221&rastro=O+que+%C3%A9+a+Droga>. Acesso em: 06 out. 2013.

_____. **Informações sobre drogas/padrões de uso.** Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DE DROGAS E TOXICO DEPENDÊNCIA. **Relatório Europeu sobre drogas:** tendência e evoluções. União Europeia, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Cid-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: ROUQUAIROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia: saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PEREIRA, P.A.P. **Política social: temas e questões**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579 – 4589 dez. 2011.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROUQUAIROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia: saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

SALVADOR - BA. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos sanitários**. Salvador, 2014. Disponível em: <www.saude.salvador.ba.gov.br>. Acesso em: 4 nov. 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: <www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014b.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo - razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SENAD. **Seminário Internacional de Políticas Públicas Sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2004.

SOUZA A.C.; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, p. 105-114, 2010.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência nacional de Saúde mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO HISTÓRICO, DO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BA:
UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Pesquisador: Flavia Suzanne Goiabeira Nery

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32469214.3.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 767.765

Data da Relatoria: 02/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo aborda a "Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Centro Histórico de Salvador/BA: um olhar sobre a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas". Segundo o referido projeto a Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela "Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 [...] com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à 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. No seu art. 5º constitui a rede da seguinte forma: I - Atenção básica em saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de urgência e emergência; IV - Atenção residencial de caráter transitório; V - Atenção domiciliar; VI - Estratégias de desinstitucionalização e VII - Reabilitação Psicossocial, tendo o CAPS AD a função de organizar a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas baseado na política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas".

Quanto à metodologia prevê-se a realização do estudo em 3 fases (1: Pesquisa Bibliográfica; 2: Estudo etno-epidemiológico; 3: Estudo etnográfico). Como técnicas e instrumentos de pesquisa são identificados: Documentos oficiais do Serviço (prontuários, ofícios encaminhamentos),

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205

Bairro: Federação

CEP: 40.231-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 767.765

Questionário, Observação Direta e Entrevista semi-estruturada. A observação nos prontuários, conforme consta do projeto no Apêndice 3, será realizada mediante seleção aleatória, em gavetas diferentes, de 06 prontuários: 02 de cada modalidade de atendimento (intensivo, semi intensivo e não intensivo), sendo 1 para cada sexo (feminino e masculino). Quanto ao questionário, será utilizado aquele construído especialmente para a pesquisa AVALIAR CAPS – NORDESTE II MS/UFBA/UCSAL, objetivando avaliar estrutura, processo e resultado à luz do olhar sobre o respeito e garantia dos direitos humanos fundamentais aos usuários- QualityRights/OMS 2012. A análise dos dados se fará utilizando softwares específicos (EPI-DATA, SPSS) que auxiliam na leitura e análise dos materiais quantitativos obtidos na coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem por objetivo primário "compreender as políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Centro Histórico do município de Salvador/BA, através da Rede de Atenção Psicossocial disponível".

Como objetivos secundários foram especificados: "- Descrever a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS disponível na atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Centro Histórico de Salvador/BA; - Discutir as ações que a equipe técnica do CAPS AD realiza para a articulação em rede; - Investigar a articulação em rede à atenção aos usuários do serviço; - Conhecer um mês típico de usuários de álcool e outras drogas no Centro Histórico de Salvador/ BA".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos: Segundo o protocolo de pesquisa apresentado, o projeto "apresenta baixa probabilidade de um evento desfavorável. Será explicitado a eles que sua participação é voluntária e que eles podem se retirar do estudo a qualquer momento".

Quanto aos benefícios: O projeto apresenta como benefícios o "conhecimento procedente da pesquisa que contribuirá para o desenvolvimento de alternativas no tratamento da dependência química efetivas para intervenção em rede no futuro; Instrumentos públicos e validados de avaliação para serem utilizados por gestores de serviços".

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205

Bairro: Federação

CEP: 40.231-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 767.765

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa em questão é relevante e trata de uma temática muito importante referente aos problemas sociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas e à adequação das políticas públicas que vem sendo utilizadas, a partir de 2011, para a minimização dos mesmos, bem como para o atendimento da população usuária. Tem como foco de análise os usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Centro Histórico de Salvador/BA. Está bem redigido, com referencial teórico compatível e metodologia bem definida. Os resultados apresentados certamente contribuirão para o aprimoramento da sistemática de tratamento da dependência química em uma perspectiva de intervenção em rede, que vem sendo utilizada pelo poder público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1)O TCLE apresentando atendeu às solicitações constantes no Parecer Consubstanciado, emitido em 11/08/2014, quanto à previsão de riscos e desconfortos e forma de minimização dos mesmos; à garantia de entrega de 2ª via para o participante e a identificação do participante.

2)A autorização para acesso aos prontuários dos sujeitos da pesquisa foi inserida no TCLE, considerando que serão utilizados os prontuários dos 03 (três) entrevistados, conforme ajuste metodológico encaminhado, em 26/08/2014;

3)Apresentação das Cartas de Anuência da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde – Sub Coordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal (Secretaria Municipal da Saúde) e do CAPS AD Gregório de Matos, devidamente assinadas.

Recomendações:

Conforme solicitação da pesquisadora recomenda-se o ajuste no Apêndice 3 – Roteiro de Observação nos Prontuários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu a todas às solicitações do CEP/UCSal, conforme relacionado acima. Desta forma, o projeto se encontra aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
 Bairro: Federação CEP: 40.231-902
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 767.765

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em concordância ao Parecer do Relator, em 27/08/2014, fica deliberado que o Projeto se encontra Aprovado, tendo em vista que a pesquisadora cumpriu com todas as recomendações explicitadas no Parecer Consubstanciado, emitido em 11/08/2014.

SALVADOR, 27 de Agosto de 2014

Assinado por:
Aparecida Netto Teixeira
(Coordenador)

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205

Bairro: Federação

CEP: 40.231-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

APÊNDICES

APÊNDICES A – ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA GESTORES/
RESPONSÁVEIS DOS DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL



N



%



N



NESC

%

AValiação DAS POLÍTICAS E DA QUALIDADE DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA
BAHIA

- RAPS, COM FOCO PARA OS TERRITÓRIOS DE SALVADOR, FEIRA DE SANTANA E MACAÚBAS (AVALIAR CAPS³)

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (EXCETO O CAPS)

- Referente aos Usuários de Saúde Mental e de SPA –

Precisamos de sua colaboração para avaliar a articulação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Este questionário é parte da pesquisa avaliativa AVALIAR RAPS-BA que precisamos respondê-lo do modo mais verdadeiro para que suas informações sirvam para melhorar a atenção nesse território.

Tomaremos todos os cuidados para que suas informações sejam estritamente confidenciais e anônimas, utilizadas apenas como dados estatísticos, epidemiológicos e trabalhos qualitativamente conduzidos, garantindo o absoluto sigilo do(a) informante. Tente respondê-lo o mais real possível, para que os resultados correspondam à realidade dos serviços prestados. A veracidade desta avaliação estará na dependência de suas informações, pelas quais agradecemos profundamente pelo tempo dispendido e pelos comentários e sugestões.

A cargo da Coordenação. Não preencha

Nº de Identificação do Formulário

--	--	--	--

1) IDENTIFICAÇÃO

OBS

	1.1 - SMS de:	1.5 – Nº Unidades Munic. Similares a esta:	
	1.2 – Unidade:	1.6 – Data da Coleta:	
	1.3 – População Município (hab.):	1.7 – Horário da Coleta: : horas	
	1.4 – Cargo:		
	2) TIPOS DE SERVIÇO		

³ Avaliar RAPS. PITTA, AMF; RABELO, AR; MONTEIRO, DA; NERY, FSG. Salvador, NESC/CNPq (2014).

8	1 – Unidades de Saúde	2.1. UBS/PSF	2.2. CAPS	2.3. POLICLIN	2.4. PA/OS/UPA	2.5. SAMU	2.6. HG
		2.7. C. DE RUA	2.8. UA	2.9. Outro			
9	2 - Unidades Inter setoriais	2.10. CRAS	2.11. CREAS	2.12. C. TUTELAR	2.13. PM	2.14. POL. CIVIL	2.15. MPE
10		2.16. FORUM	2.17. Def. Publ.	2.18. ONG	2.19 OUTRO		
11	3 - Natureza do Serviço	1 PÚBLICA MUNIC	2 PÚBLICA ESTAD	3 FILANTRÓPICA	4 PRIVADA	5 ONG	
4 – Há quanto tempo este serviço está em funcionamento..... ____ anos e ____ meses							

3) PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

12....	1 – A equipe observa problemas de transtornos mentais na população	SIM	NÃO
13	por esta Unidade		
14	2 - A equipe observa problemas de álcool e drogas na população assistida	SIM	NÃO
	por esta Unidade		
	3 – Enumere de 1 a 4 por ordem de frequência decrescente as substâncias usadas:		
15....		Cocaína	Maconha
16		Crack	Álcool
17	4 – Enumere por ordem decrescente os quatro diagnósticos mais frequentes: (> 1 Alternativa)		
18	1	F 00 - 09	Demências e Outros quadros orgânicos primários
19	2	F 10 - 19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Drogas
20	3	F 20 – 29	Esquizofrenia e Transtornos afins
21	4	F 30 - 39	Transtornos do Humor
22	5	F 40 - 48	Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)
23	6	F 60 - 69	Transtornos de Personalidade e outros hábitos
24	7	F 70 - 79	Retardo Mental
25	8	F 80 - 89	Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global
	9	F 90 - 92	Transtornos Hipercinéticos e de Conduta
	10	F 99	Transtornos mentais não especificados
	11	- - -	Não mencionado
26....	5 - A equipe acompanha o tratamento de problemas mentais de usuários desta	SIM	NÃO
27	Unidade		
28	6 - A equipe acompanha o tratamento de probl. de álcool e outras drogas de	SIM	NÃO
	usuários desta Unidade		
29	7 – Existe algum procedimento previsto para usuários com T. mentais e álcool e	SIM	NÃO
30	outras drogas		
31			
32	1	Acolhimento na própria unidade	
33	2	Telefonar para o serviço de especialidade	
34	3	Discutir o caso com profissional de serviço especializado	
35	4	Discutir o caso na própria equipe	
36			

37	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>Encaminhar para serviço especializado</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Encaminhar para atenção básica</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Encaminhar para pronto socorro</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Encaminhar para internação</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Encaminhar para NASF</td> </tr> </table>	5	Encaminhar para serviço especializado	6	Encaminhar para atenção básica	7	Encaminhar para pronto socorro	8	Encaminhar para internação	9	Encaminhar para NASF																														
5	Encaminhar para serviço especializado																																								
6	Encaminhar para atenção básica																																								
7	Encaminhar para pronto socorro																																								
8	Encaminhar para internação																																								
9	Encaminhar para NASF																																								
38.... 39 40 41	<p>9 – Articulação regular com pontos da Rede: (> 1 Alternativa)</p> <table border="1"> <tr> <td>1 – Informal com Unidades de Saúde.....</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td>2 – Informal com Unidades Inter-setoriais</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td>3 – Formal com Unidades de Saúde</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td>4 - Formal com Unidades Inter-setoriais</td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> </table> <p>OBS.: Formal entende-se por ato com a existência de documentação de referência e contra referência.</p>	1 – Informal com Unidades de Saúde.....	SIM	NÃO	2 – Informal com Unidades Inter-setoriais	SIM	NÃO	3 – Formal com Unidades de Saúde	SIM	NÃO	4 - Formal com Unidades Inter-setoriais	SIM	NÃO																												
1 – Informal com Unidades de Saúde.....	SIM	NÃO																																							
2 – Informal com Unidades Inter-setoriais	SIM	NÃO																																							
3 – Formal com Unidades de Saúde	SIM	NÃO																																							
4 - Formal com Unidades Inter-setoriais	SIM	NÃO																																							
	<p>10 – Houve reuniões para acordar parceria com as Unidades interessadas</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> </table> <p>11 - Se <u>SIM</u>, assinale as Unidades que participaram de reuniões nos Quadros abaixo (> 1 Alternativa)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Quadro 1 – DE SAÚDE</th> <th colspan="2">Quadro 2 – INTRA SETORIAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1 - UBS/PSF</td> <td></td> <td>9 - CRAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 - CAPS</td> <td></td> <td>10 - CREAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3-Policlínica/ Multicentro</td> <td></td> <td>11 – CONS TUTELAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 – PA/PS/UPA</td> <td></td> <td>12 – PM / POL. CIVIL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 - SAMU</td> <td></td> <td>13 – DEF. PÚB. ESTADUAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6 - HOSP. GERAL</td> <td></td> <td>14 - MPE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 – NASF</td> <td></td> <td>15 - FORUM</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8 – OUTRA</td> <td></td> <td>16 - OUTRA</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	Quadro 1 – DE SAÚDE		Quadro 2 – INTRA SETORIAIS			1 - UBS/PSF		9 - CRAS		2 - CAPS		10 - CREAS		3-Policlínica/ Multicentro		11 – CONS TUTELAR		4 – PA/PS/UPA		12 – PM / POL. CIVIL		5 - SAMU		13 – DEF. PÚB. ESTADUAL		6 - HOSP. GERAL		14 - MPE		7 – NASF		15 - FORUM		8 – OUTRA		16 - OUTRA	
	SIM	NÃO																																							
Quadro 1 – DE SAÚDE		Quadro 2 – INTRA SETORIAIS																																							
	1 - UBS/PSF		9 - CRAS																																						
	2 - CAPS		10 - CREAS																																						
	3-Policlínica/ Multicentro		11 – CONS TUTELAR																																						
	4 – PA/PS/UPA		12 – PM / POL. CIVIL																																						
	5 - SAMU		13 – DEF. PÚB. ESTADUAL																																						
	6 - HOSP. GERAL		14 - MPE																																						
	7 – NASF		15 - FORUM																																						
	8 – OUTRA		16 - OUTRA																																						
59 60--68 61--69 62--70 63--71 64--72 65--73 66--74 67	<p>12 – Tem havido retorno/contra referência à Unidade de referência.....</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>NÃO</td> </tr> </table> <p>13 – Se <u>SIM</u>, assinale em ordem decrescente as 3 Unidades mais frequentes: (> 1 Alternativa)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Quadro 1 - SETORIAIS</th> <th colspan="2">Quadro 2 – Extra SETORIAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1 - UBS/PSF</td> <td></td> <td>9 - CREAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 - CAPS</td> <td></td> <td>10 - CONS TUTELAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3-Policlínica/ Multicentro</td> <td></td> <td>11 - PM</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 – PA/PS/UPA</td> <td></td> <td>12 – POL. CIVIL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 - SAMU</td> <td></td> <td>13 - MPE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6 - HOSP. GERAL</td> <td></td> <td>14 - FORUM</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 – OUTRA</td> <td></td> <td>15 - OUTRA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8 - CRAS</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NÃO	Quadro 1 - SETORIAIS		Quadro 2 – Extra SETORIAIS			1 - UBS/PSF		9 - CREAS		2 - CAPS		10 - CONS TUTELAR		3-Policlínica/ Multicentro		11 - PM		4 – PA/PS/UPA		12 – POL. CIVIL		5 - SAMU		13 - MPE		6 - HOSP. GERAL		14 - FORUM		7 – OUTRA		15 - OUTRA		8 - CRAS				
	NÃO																																								
Quadro 1 - SETORIAIS		Quadro 2 – Extra SETORIAIS																																							
	1 - UBS/PSF		9 - CREAS																																						
	2 - CAPS		10 - CONS TUTELAR																																						
	3-Policlínica/ Multicentro		11 - PM																																						
	4 – PA/PS/UPA		12 – POL. CIVIL																																						
	5 - SAMU		13 - MPE																																						
	6 - HOSP. GERAL		14 - FORUM																																						
	7 – OUTRA		15 - OUTRA																																						
	8 - CRAS																																								
	<p>14 – Há atendimento de demanda espontânea usuários álcool e drogas e transtornos mentais na Unidade?</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> </table>		SIM	NÃO																																					
	SIM	NÃO																																							
4) FREQUÊNCIAS																																									
76	4.1 – Nº Usuários matriculados (> 1 Alternativa)																																								

mentais.....	1 – Com T.				
SPA.....	2 – Usuários com Abuso/Dependência de				
ambas.....	3 - Com comorbidade de				
Usuários.....	4.2 – Média mensal de Atendimento aos				
	4.3 – Adesão ao atendimento:				
1 – Com T. mentais.....		ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
	2 – Usuários com Abuso/Dependência SPA.	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
	3 - Com comorbidade de ambas.....	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM

5) NATUREZA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

5.1 - Há busca ativa.....		SIM	NÃO
5.2 - São realizadas Visitas Domiciliares.....		SIM	NÃO
5.3 - Há episódios de APM – Agitação Psicomotora/Crises.....		SIM	NÃO
1 - São resolvidos pela própria Unidade.....		SIM	NÃO
2 – Se NÃO , são encaminhados para:.(Assinale, em ordem decrescente as 3 Unidades nos Quadros abaixo para onde são feitos os encaminhamentos) (> 1 Alternativa)			
87--96	Quadro 1 – DE SAÚDE	Quadro 2 – INTRA SETORIAIS	
88--97	1 - UBS/PSF	10 - CRAS	
89--98	2 - CAPS	11 – CONS TUTELAR	
90--99	3–Policlínica/ Multicentro	12 - PM	
91-100	4 – PA/PS	13 – POL. CIVIL	
92-101	5 - SAMU	14 - MPE	
93-102	6 - HOSP. GERAL	15 - FORUM	
94-103	7 – OUTRA	16 – DEF. PUB.	
95	8 - NASF	17 - OUTRA	
	9 - CREAS		
SPA.....	5.4 - Realiza Atendimento Individual para portadores de T.M e	SIM	NÃO
SPA.....	5.5 - Realiza Atendimento Grupal para portadores de T.M e	SIM	NÃO

6) MEDICAMENTOS PSICOFARMACOTERÁPICOS (Com respeito à quantidade dos medicamentos)

6.1 – Via oral.....	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
---------------------	-------	-----	----------	------

6.2 – Via injetável		ÓTIMO		BOM		RAZOÁVEL		RUIM	
---------------------	--	-------	--	-----	--	----------	--	------	--

7) MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

<p>7.1 - Antes de entrar na Unidade, algum técnico já participou de matriciamento.....</p> <p>7.2 - O CAPS ou Gestores realizam matriciamento de saúde mental <u>eventual</u> nesta Unidade.....</p> <p>7.3 - O CAPS ou Gestores realizam matriciamento de saúde mental <u>regular</u> nesta Unidade.....</p> <p>(OBS.: <i>Matriciamento</i> é a estratégia que valoriza a prática do cuidado no âmbito do território, enfatizando a singularidade do sujeito, sem fragmentar o cuidado, pois considera ainda as dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais, que envolvem o cotidiano das ações para a promoção da saúde e mantém o foco no sujeito e não apenas na patologia. É, assim, uma <i>capacitação</i> ampliada e específica, que decorreu da filosofia da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80)</p>		SIM		NÃO
		SIM		NÃO
		SIM		NÃO

8) CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

<p>8.1 - Antes da lotação na Unidade, algum técnico participou de capacitação.....</p> <p>8.2 - Houve Capacitação inicial da Equipe.....</p> <p>8.3 - Há Capacitação eventual da Equipe.....</p> <p>8.4 - Há Capacitação periódica da Equipe.....</p> <p>8.5 - Qual foi a forma da última capacitação:</p>		SIM		NÃO					
		SIM		NÃO					
		SIM		NÃO					
		SIM		NÃO					
	1	Curso	2	Seminário	3	Oficina	4	Supervisão clínica Institucional	5
<p>8.6 - Há dificuldades no atendimento aos usuários de álcool e drogas na unidade.....</p> <p>8.7 - Há dificuldades no atendimento aos usuários com transtornos mentais na unidade.....</p> <p>8.8 - O quanto você se sente em condições para lidar com os problemas de álcool e/ou outras drogas:</p> <p>8.9 - O quanto a equipe se sente em condições para lidar com os usuários com transtornos mentais:</p>		SIM							
		SIM							
	1	Não me sinto	2	Regular	3	Bem			
	1	Não me sinto	2	Regular	3	Bem			

9) ARTICULAÇÃO DE REDE

120....	9.1 – Onde acontece o tratamento em saúde mental na região desta Unidade em ordem decrescente.
121	(Assinale os itens correspondentes) (> 1 Alternativa)
122....	1 - UBS/PSF
123	2 - CAPS
124	3 - CAPSad
125	4 - Ambulatório
126	5 – PA/PS
	6 - SAMU

127			7 - HOSP. GERAL
128			8 – Hosp. Psiquiátrico
129			9 – Comunidade Terapêutica
			10 - Outra
130...	9.2 - Onde acontece o tratamento para problemas de álcool e outras drogas na região desta Unidade por ordem decrescente (<i>Assinale os itens correspondentes</i>) (> 1 Alternativa)		
131			1 - UBS/PSF
132			2 - CAPS
133			3 - CAPSad
134			4 - Ambulatório
135			5 – PA/PS
136			6 - SAMU
137			7 - HOSP. GERAL
138.....			8 – Hosp. Psiquiátrico
			9 – Comunidade Terapêutica
139-	9.3 – Enumere na coluna à esquerda, em ordem decrescente os três profissionais desta Unidade mais envolvidos no atendimento aos usuários (> 1 Alternativa)		
140			8 - Escrivão
140-	1 - Coord./Diretor/Comand./Juiz/Promot/Deleg.		9 – Outro Prof. Militar
141	2 – Médico		10 - Guarda Penitenciário
141-	3 - Enfermeiro		11 – Outro Conselheiro Tutelar
142	4 – Psicólogo		12 – Outro Profissional Universitário
142-	5 – Assistente Social		13 – Prof. Nível Médio
143	6 – Outro Prof. Universitário de Saúde		14 - Outro
143-	7 – Promotor de Justiça		
144			
144-			
145	9.4 – Enumere em ordem decrescente os profissionais que fazem o encaminhamento dos usuários para outras Unidades (> 1 Alternativa)		
145-			1 - Coordenador
146			2 - Médico
			3 - Enfermeiro
147....			4 - Psicólogo
148			5 – Assistente social
149....			6 – Outro prof. Universitário da saúde
150			7 – Profissional Universitário outro
151			8 – Profissional de nível médio
152	9.5 – Quando o atendimento se dá em outras Unidades da Rede existem modos para acompanhar o tratamento		
153	nessa Unidade (contra-referência).....		
154			SIM
155....			NÃO
	9.6 – Coloque em ordem decrescente os três modos de contato mais frequentes (> 1 Alternativa)		
156-			8 - Notícias pela família
1612	1 – Não há contato		9 – Outro Prof. Militar
	2 – Reunião com o serviço		

157-							
162	3 – Visita ao usuário no outro serviço				10 – Discussão do caso		
158-	4 – Relatórios da Unidade de tratamento				11 – Outro		
163	5 – Telefonemas para a Unidade de tratamento				Qual		
159-	<p style="text-align: center;">9.7 – Há, na sua região, algum serviço ou equipe de apoio na atenção aos usuários com t</p> <p>mentais para os</p> <p>casos atendidos nesta Unidade <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>9.8 - Há, na sua região, algum serviço ou equipe de apoio na atenção aos usuários de álcool e</p> <p>outras drogas para os</p> <p>casos atendidos nesta Unidade <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>9.9 – Se <u>SIM</u> assinale a(s) alternativa(s) correspondente(s) (> 1 Alternativa)</p>						
168					1 - NASF		
169					2 - UBS/PSF		
170					3 - CAPS		
171					4 - CAPSad		
172					5 - Ambulatório		
173					6 – PA/PS/UPA		
174					7 - SAMU		
175					8 - HOSP. GERAL		
176					9 – Hosp. Psiquiátrico		
177					10 – Comunidade Terapêutica		
178....	9.10 – Quais são as atribuições dessas equipes ou serviços para com esta Unidade (> 1 Alternativa)						
179					1 – Suporte para discussão de casos		
180					2 – Suporte para atendimento dos casos		
181					3 – Suporte para capacitação da equipe		
----					4 - Outra		
182-					5 – Quais		
188	9.11 – Assinale as parcerias existentes no território pertencentes a esta Unidade						
183-							
189							

	1. ESF/PACS		SIM		NÃO				
2.	NASF		SIM		NÃO				
	3. Consultório de rua		SIM		NÃO				
	4. Ambulatório de especialidades		SIM		NÃO				
5.	SAMU		SIM		NÃO				
6.	PA/OS		SIM		NÃO				

	7. Hospital Geral		SIM		NÃO				
8.	Hospital Psiquiátrico		SIM		NÃO				
9.	CRAS		SIM		NÃO				
10.	CREAS		SIM		NÃO				
11.	Escolas		SIM		NÃO				
12.	Outras instituições...		SIM		NÃO				
	Quais								
								

193	<p>9.12 – Quais os dispositivos utilizados nesta Unidade para garantia de cidadania do usuário</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">1 - Suporte jurídico</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2 - Trabalho</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3 - Previdência Social</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4 - Assistência Social</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5 - Esporte</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6 - Lazer</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7 - Benefícios de prestação continuada (LOAS)</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8 - Programa de volta para casa</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9 - Conselho Tutelar</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9 - Outros (Cons. Municipal da Saúde, Conselho Gestor)</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">SIM</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">NÃO</td> </tr> </table> <p>Quais:</p> <p>.....</p>	1 - Suporte jurídico	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	2 - Trabalho	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	3 - Previdência Social	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	4 - Assistência Social	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	5 - Esporte	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	6 - Lazer	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	7 - Benefícios de prestação continuada (LOAS)	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	8 - Programa de volta para casa	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	9 - Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	9 - Outros (Cons. Municipal da Saúde, Conselho Gestor)	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	
1 - Suporte jurídico	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
2 - Trabalho	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
3 - Previdência Social	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
4 - Assistência Social	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
5 - Esporte	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
6 - Lazer	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
7 - Benefícios de prestação continuada (LOAS)	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
8 - Programa de volta para casa	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
9 - Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
9 - Outros (Cons. Municipal da Saúde, Conselho Gestor)	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																																
202	10) INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO/CUIDADO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																																															
	1 – Esses atendimentos são	<input type="checkbox"/>	1. INDIVID.	<input type="checkbox"/>	2. GRUPAIS	<input type="checkbox"/>	3. AMBOS																																													
11) SATISFAÇÃO DO CUIDADO																																																				
	1 – Por parte do informante	<input type="checkbox"/>	ÓTIMO	<input type="checkbox"/>	1. BOM	<input type="checkbox"/>	2. RAZOÁVEL	<input type="checkbox"/>	3. RUIM																																											
	2 – Por parte do usuário*	<input type="checkbox"/>	ÓTIMO	<input type="checkbox"/>	1. BOM	<input type="checkbox"/>	2. RAZOÁVEL	<input type="checkbox"/>	3. RUIM																																											
	3 – Por parte do(s) familiar(es)*	<input type="checkbox"/>	ÓTIMO	<input type="checkbox"/>	1. BOM	<input type="checkbox"/>	2. RAZOÁVEL	<input type="checkbox"/>	3. RUIM																																											
(* de acordo com o depoimento do informante)																																																				
12) OBSERVAÇÃO COMPLEMENTAR DO INFORMANTE																																																				
13) OBSERVAÇÃO COMPLEMENTAR DO ENTREVISTADOR																																																				

FIM

APÊNDICE B - ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA GESTORES DOS CAPS



ESCOLAS



4



57,1



NESC

AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS E DA QUALIDADE DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA BAHIA - RAPS, COM FOCOPARA OS TERRITÓRIOS DE SALVADOR, FEIRA DE SANTANA E MACAÚBAS (AVALIAR CAPS^{4,5})

Precisamos da sua colaboração para avaliar os CAPS como dispositivos estratégicos na Reforma Psiquiátrica do Brasil e sua articulação com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Esse questionário é parte da pesquisa avaliativa da Região Nordeste II e precisamos respondê-lo do modo mais verdadeiro para que suas informações sirvam para examinar a distância entre as políticas prescritas e o que acontece nas práticas cotidianas. Tomaremos todos os cuidados para que as informações fornecidas sejam estritamente confidenciais e anônimas, utilizadas apenas como dados estatísticos, epidemiológicos e trabalhos qualitativamente conduzidos, garantindo o absoluto sigilo do (a) informante. Tente respondê-lo com a equipe do CAPS. O rigor, seriedade e intensidade desta avaliação estarão na dependência de suas informações pelas quais agradecemos profundamente no tempo despendido e pelos comentários e sugestões!

⁴ Avaliar – CAPS Nordeste II, 2012. PITA, AMF; COUTINHO, DM; FAGUNDES, TLQ; FAUTH, A; SERRA, IVS; APHAT, M; PERREAULT, M. UFBA, 2012. Subsidiado por AVALIAR CAPS-MS, 2012; QUALITY RIGHTS – OMS, 2012, Modificado por NESC/CNPq,, 2014

⁵ Avaliar RAPS. NESC-UCSAL/CNPq. Salvador, 2014.

AVALIAR RAPS 01
ROTEIRO PARA GESTORES/EQUIPES DOS CAPS

Não preencher: a cargo da Coordenação:		Nº de Identificação do Formulário	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
I. ESTRUTURA								
1 5 2 6 3 7 4 8	1. Identificação							
	1.1 - SMS de:	1.5 – População Município (hab.):						
	1.2 – Unidade:	1.6 – Nº Unidades Munic. Similares a esta:						
	1.3 – Informante:	1.7 – Data da Coleta:						
	1.4 – Cargo:	1.8 – Horário da Coleta: : horas						
Marque com um ou mais X ao lado de cada resposta que se aplicar a este CAPS								
9	2. Tipo deste CAPS? (0) CAPS I (1) CAPS II (2) CAPS III (3)CAPS i (4) CAPS ad (5) CAPS ad III (6) Com atendimento 3º Turno							
1010	3. O CAPS está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)? (0) Não (1) Sim							
4. Oferece serviços para (pode marcar mais de uma alternativa):								
(1) 12	Crianças/ Adolescentes	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(2) 13	Adultos	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(3) 14	Idosos	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
5. Oferece serviços para (pode marcar mais de uma alternativa):								
(1) 15	Transtornos do uso de álcool e outras drogas	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(2) 16	Transtornos mentais	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(3) 17	Distúrbios neurológicos	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(4) 18	Deficiência intelectual	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(5) 19	Usuário em situação de rua	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
(6) 19	Outro: qual? _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Não</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">Sim</td></tr> </table>	0	Não	1	Sim		
0	Não							
1	Sim							
20.....	6. Qual a natureza jurídica deste CAPS? (1) Pública Municipal (2) Pública Estadual (3) Filantrópica (4) Privada							
21.....	7. Há quanto tempo em funcionamento? _____ anos _____ meses							
22	8. Horário de funcionamento? (1) Das 8h às 12h e das 14h às 18h (2) Das 12h às 18h (3) Das 8h às 12h (4) Das 8h às 21h (5) Das 8h às 18h (6) Funciona 24h (7) Das 8h às 17h							
23	9. Sobre Instalações físicas Segue orientação da Portaria GM/MS 615/13 para CAPS e UA (1) SIM (2) NÃO (3) EM PARTE							

24	10. Tem suas estruturas de acordo com a política de acessibilidade (rampas, banheiros com barras, etc.)? (0) Não (1) Sim, completamente (2) Sim, parcialmente																																																																															
25	11. Os leito(s)/leitos de observação permitem privacidade dos usuários? (0) Não (1) Sim																																																																															
26	12. Os usuários têm onde guardar seus pertences pessoais 0) Não (1) Sim																																																																															
27 28 29 30 31 ---	13. Há os seguintes espaços externos? (> 1 alternativa) 1) Pátio (0) Não (1) Sim 2) Horta (0) Não (1) Sim 3) Jardim (0) Não (1) Sim 4) Utiliza de outras Unidades (0) Não (1) Sim 5) Outros espaços externos (0) Não (1) Sim 6) Quais? _____																																																																															
32..... 33..... 34 35 36 37	14. Possui transporte para uso do CAPS (> 1 alternativa) (0) Não (1) Sim 1) Atende usuários da zona urbana (0) Não (1) Sim 2) Atende usuários da zona rural (0) Não (1) Sim 3) Utiliza vale-transporte parcial (0) Não (1) Sim 4) Utiliza exclusivamente vale-transporte (0) Não (1) Sim 5) Usuários utilizam o transporte Escolar (0) Não (1) Sim																																																																															
38.....50 39.....51 40.....52 41.....53 42.....54 43.....55 44.....56 45.....57 46.....58 47.....59 48.....60 49.....61	15. RH – Quantitativo de profissionais por Categoria (> 1 alternativa) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">CATEGORIA</th> <th style="width: 10%;">OBS</th> <th style="width: 10%;">Nº</th> <th style="width: 50%;">CATEGORIA</th> <th style="width: 10%;">OBS</th> <th style="width: 10%;">Nº</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Médico Generalista</td> <td></td> <td></td> <td>13. Artesão.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Psiquiatra</td> <td></td> <td></td> <td>14. Artista Plástico/Educ.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Enfermeiro</td> <td></td> <td></td> <td>15. Redutor de Danos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Psicólogo</td> <td></td> <td></td> <td>16. Auxiliar de Cozinha</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Assistente Social</td> <td></td> <td></td> <td>17. Auxiliar de Limpeza</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Pedagogo</td> <td></td> <td></td> <td>18. Jardineiro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Fonoaudiólogo.</td> <td></td> <td></td> <td>19. Segurança/Guarda/Vigilante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Terapeuta Ocupacional</td> <td></td> <td></td> <td>20. Aluno Graduando</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Técnico/Auxiliar de Enferm.</td> <td></td> <td></td> <td>21. Aluno Estagiário</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. Músico Terap.</td> <td></td> <td></td> <td>22. Residente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. Técnico Administrativo</td> <td></td> <td></td> <td>23. Voluntário</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. Educador Físico</td> <td></td> <td></td> <td>24. Outro</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	OBS	Nº	CATEGORIA	OBS	Nº	1. Médico Generalista			13. Artesão.			2. Psiquiatra			14. Artista Plástico/Educ.			3. Enfermeiro			15. Redutor de Danos			4. Psicólogo			16. Auxiliar de Cozinha			5. Assistente Social			17. Auxiliar de Limpeza			6. Pedagogo			18. Jardineiro			7. Fonoaudiólogo.			19. Segurança/Guarda/Vigilante			8. Terapeuta Ocupacional			20. Aluno Graduando			9. Técnico/Auxiliar de Enferm.			21. Aluno Estagiário			10. Músico Terap.			22. Residente			11. Técnico Administrativo			23. Voluntário			12. Educador Físico			24. Outro			
CATEGORIA	OBS	Nº	CATEGORIA	OBS	Nº																																																																											
1. Médico Generalista			13. Artesão.																																																																													
2. Psiquiatra			14. Artista Plástico/Educ.																																																																													
3. Enfermeiro			15. Redutor de Danos																																																																													
4. Psicólogo			16. Auxiliar de Cozinha																																																																													
5. Assistente Social			17. Auxiliar de Limpeza																																																																													
6. Pedagogo			18. Jardineiro																																																																													
7. Fonoaudiólogo.			19. Segurança/Guarda/Vigilante																																																																													
8. Terapeuta Ocupacional			20. Aluno Graduando																																																																													
9. Técnico/Auxiliar de Enferm.			21. Aluno Estagiário																																																																													
10. Músico Terap.			22. Residente																																																																													
11. Técnico Administrativo			23. Voluntário																																																																													
12. Educador Físico			24. Outro																																																																													

		16. RH – Carga Horária semanal por cada categoria (Não é o total da CH da categoria) (> 1 alternativa)											
		CAT	CATEGORIA				20	30	40				
62-----74		1. Médico Generalista	13. Artesão.										
63-----75		2. Psiquiatra	14. Artista Plástico/Educ.										
64-----76		3. Enfermeiro	15. Redutor de Danos										
65-----77		4. Psicólogo	16. Auxiliar de Limpeza										
66-----78		5. Assistente Social	17. Auxiliar de Cozinha										
67-----79		6. Pedagogo	18. Jardineiro										
68-----80		7. Fonoaudiólogo.	19. Segurança/Guarda/Vigil.										
69-----81		8. Terapeuta Ocupacional	20. Aluno Graduando										
70-----82		9. Técnico/Aux. De Enferm.	21. Aluno Estagiário										
71-----83		10. Músico Terap.	22. Residente										
72-----84		11. Técnico Administrativo	23. Voluntário										
73-----85		12. Educador Físico	24. Outro										

		17. RH – Capacitação em saúde mental (Por Categoria, não pelo total de profissionais mesma categoria) (> 1 alternativa)								
		CATEGORIA	SIM	NÃO	CATEGORIA	SIM	NÃO			
86-----98		1. Médico Generalista			13. Artesão.					
87-----99		2. Psiquiatra			14. Artista Plástico/Educ.					
88-----100		3. Enfermeiro			15. Redutor de Danos					
89-----101		4. Psicólogo			16. Auxiliar de Limpeza					
90-----102		5. Assistente Social			17. Auxiliar de Cozinha					
91-----103		6. Pedagogo			18. Jardineiro					
92-----104		7. Fonoaudiólogo.			19. Segurança/Guarda/Vigil.					
93-----105		8. Terapeuta Ocupacional			20. Aluno Graduando					
94-----106		9. Técnico/Auxiliar de Enferm.			21. Aluno Estagiário					
95-----107		10. Músico Terap.			22. Residente					
96-----108		11. Técnico Administrativo			23. Voluntário					
97-----109		12. Educador Físico			24. Outro					
110-111-112. 113-114-115.		18. Marque quais os tipos de vínculo empregatício dos trabalhadores desta Unidade (> 1 alternativa)								
		(1) CLT (2) Contrato emergencial (3) temporário (4) Estatutário (5) Bolsista (6) Terceirizado								
116.....		19. Dispensa de medicamentos da Assist. Farm. Básica?								
...	(0) Não (1) Sim								
117.....		20. Dispensa medicamentos da Assist. Farmacêutica Especializada “Excepcionais”?								
...		(0) Não (1) Sim								
118		21. Nº aproximado pacientes em uso (inscritos) (.....)								
119		22. Período para Dispensação pela SESAB após solicitação								
		(0) 30 dias (1) 60 dias (2) > 60 dias								
120.....		23. A manutenção das estruturas físicas você considera								
...		a) Equipamentos (0) Boa (1) Regular (2) Ruim								
		b) Paredes(0) Boa (1) Regular (2) Ruim								

121	c) Pisos(0) Boa (1) Regular (2) Ruim	
122	d) Mobiliário(0) Boa (1) Regular (2) Ruim	
123	e) Vestuário e Cama Banho(0) Boa (1) Regular (2) Ruim	
124	c) Outros aspectos que considere importantes para o funcionamento deste serviço:	
----	_____	
II. PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CAPS		
125.....	1. Projeto Terapêutico Assistencial (PTA)?(0) Não (1) Sim	
.....	2.1.1 - É revisto periodicamente?(0) Não (1) Sim	
....	2.1.2 - Com frequência anual?(0) Não (1) Sim	
126	<i>(PTA é o plano de trabalho da Unidade acordado na equipe para ser desenvolvido cotidianamente no CAPS,</i>	
127	<i>com detalhamento clínico e de Reabilitação Psicossocial, a ser pactuado anualmente.)</i>	
128	2. Projeto Terapêutico Individual / Singular (PTI, PTS)?(0) Não (1) Sim	
129	2.2.1 - É revisto periodicamente? (0) Não (1) Sim	
3. Quem participa da definição do PTI/PTS (> 1 alternativa)		
130.....	2.3.1 – A Equipe(0) Não (1) Sim	
131	2.3.2 – O médico(0) Não (1) Sim	
132	2.3.3 – Técnico de Referência(0) Não (1) Sim	
4. Organização do processo de trabalho (> 1 alternativa)		
133.....	a) Presta cuidados intensivos? (0) Não (1) Sim	
.....	b) Presta cuidados semi-intensivos? (0) Não (1) Sim	
....	c) Presta cuidado não intensivo (0) Não (1) Sim	
134	d) Atendimento Ambulatorial? (0) Não (1) Sim	
135	e) Tem atendimento de educação física? (0) Não (1) Sim	
136.....	f) Realiza orientação à família? (0) Não (1) Sim	
.....	g) Realiza cuidado contínuo com Grupos de Familiares (0) Não (1) Sim	
....	h) Tem acolhimento diurno? (0) Não (1) Sim	
137	i) Tem acolhimento noturno? (*) (0) Não (1) Sim	
138	j) O usuário tem livre acesso as dependências da CAPS durante o seu período de funcionamento?	
139	(0) Não (1) Sim	
140	k) Oferece atendimento integral para todos os dias da semana? Encaminhamento	
141	(0) Não (1) Sim	
142	l) Atende o usuário em situação de crise/APM? (0) Não (1) Sim	
143	m) Faz solicitação de exames laboratoriais? (0) Não (1) Sim	
144	n) Fornece Atestados/Laudos/Relatórios quando sempre solicitados (0) Não (1) Sim	
145	o) Realiza visitas domiciliares? (0) Não (1) Sim	
146	p) São oferecidas três refeições diárias? (0) Não (1) Sim	
147	q) Faz distribuição de preservativos? Utiliza estrat. R Danos (0) Não (1) Sim	
148	r) Tem projeto de geração de renda e trabalho? (0) Não (1) Sim	
149	s) Há vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos? (0) Não (1) Sim	
150	t) Tem usuário inscrito no Programa de Volta Para Casa? (0) Não (1) Sim	
151	u) O Atendimento de demandas espontâneas externas é através de AGENDAMENTO	
152	(0) Não (1) Sim	
153	v) O Atendimento de demandas espontâneas externas é através de AGENDAMENTO	
154	(0) Não (1) Sim	
.....	(* - Quando se tratar de CAPS III, CAPS ad III e CAPS com atendimento de terceiro turno (19 às 22	
.....	horas)	

155	5. O atendimento em grupo é predominante?	(0) Não (1) Sim	
156	6. Tem Grade Semanal de atendimentos Grupais (> 1 alternativa).....	(0) Não (1) Sim	
157	6.1 – Inclui atendimento em GO – Grupo Operativo	(0) Não (1) Sim	
158	6.2 - Inclui atendimento em OF – Oficinas Terapêuticas	(0) Não (1) Sim	
159	6.3 - Inclui atendimento em OGR – Oficinas efetivamente Geradoras de Renda.....	(0) Não (1) Sim	
160	(> 1 alternativa)		
160	7. Todas as categorias profissionais estão envolvidas nas atividades grupais	(0) Não (1) Sim	
161	7.1 – Os profissionais de NU	(0) Não (1) Sim	
162	7.2 – Os profissionais de NM	(0) Não (1) Sim	
163	8. A equipe recebe Supervisão clínico–institucional ..	0) Não (1) Regularmente (2) Raramente	
164	8.1 - A superv. Institucional é do SUS (> 1 alternativa).(...)	(0) Municipal (1) Estadual (2) Federal (3) Autofinanciável	
I.1 - Humanização do Cuidado			
165.....	9. Quais os dispositivos que a equipe deste CAPS dispõe para a implementação da política de humanização na relação com o usuário e acompanhantes /familiares? (> 1 alternativa). (
.....	a) Acolhimento durante todo o período de atendimento	(0) Não (1) Sim	
.....	b) Existe Plantão técnico da Equipe para acolhimento e ambiência	(0) Não (1) Sim	
166	c) Acolhimento empático, inclusivo e personalizado do usuário e familiares	(0) Não (1) Sim	
167	d) Gerenciamento de casos na comunidade	(0) Não (1) Sim	
168	e) Procedimentos de redução de tempo de espera de atendimento	(0) Não (1) Sim	
169	f) Procedimentos para aumentar o tempo de atendimento aos usuários	(0) Não (1) Sim	
170	g) Procedimentos para atender com equidade todos os usuários	(0) Não (1) Sim	
171	h) Existência de um técnico de referência para cada usuário	(0) Não (1) Sim	
172	i) Valorização da dimensão subjetiva dos usuários e familiares	(0) Não (1) Sim	
173			
174.	10. Assinale os dispositivos que este CAPS dispõe para a implementação da política de humanização entre os seus trabalhadores: (> 1 alternativa). (
175	a) Existência de iniciativas para se ter boas condições de trabalho	(0) Não (1) Sim	
176	b) Procedimentos para garantia de trocas de saberes e conhecimentos	(0) Não (1) Sim	
177	c) Trabalho em rede	(0) Não (1) Sim	
178	d) Reunião semanal de equipe	(0) Não (1) Sim	
179	e) Existência de programas de educação permanente para o pessoal	(0) Não (1) Sim	
----	f) Outros	(0) Não (1) Sim	
----	Quais? _____		
II.2 - Gestão Participativa e garantia de Direitos Humanos			
180	11. Quais os dispositivos que são utilizados neste CAPS para garantia dos direitos de cidadania do usuário? (*)		
181	a) Orientação e encaminhamento de benefícios (previdência social, outros): (> 1 alternativa).	(0) Não (1) Sim	
182.....	b) Suporte Jurídico:	(0) Não (1) Sim	
183	c) Ouvidoria:	(0) Não (1) Sim	
184	d) Defensoria Pública:	(0) Não (1) Sim	
185	e) Ministério Público	(0) Não (1) Sim	
186	f) Cartão de livre acesso para transporte público	(0) Não (1) Sim	
187	g) Conselho Municipal de Saúde	(0) Não (1) Sim	
188	h) Conselho gestor	(0) Não (1) Sim	
189	i) Conferências de Saúde	(0) Não (1) Sim	
190.....	j) Outros	(0) Não (1) Sim	
.....	Quais? _____		
	(* Garantia de Direitos dos usuários - procedimentos de defesa de cidadania "advocacia", petições, documentos, ressocialização do usuário, entre outros).		

191..... . 192 193 194 195 196 197 198	<p>12. Assinale as formas de participação deste CAPS com usuários e comunidade: (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Desenvolve eventos coletivos com os usuários (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Realiza assembleias com usuários? (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Realiza assembleias e/ ou reuniões com Familiares? (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Realiza reuniões com o Conselho Gestor? (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Há atividades intra CAPS com a participação da comunidade? (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Há procedimentos para garantia de trocas de saberes e conhecimentos com usuários/ familiares? (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Há corresponsabilidade da gestão do cuidado com usuários e familiares? (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Outras (0) Não (1) Sim</p> <p>Quais? _____</p>	
II.3 - Rede de Atenção Psicossocial		
199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 -----	<p>13. Assinale quais parcerias rotineiras/programáticas existem no território adscrito deste CAPS (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Com ESF/PACS - Atenção Básica? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Com NASF? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Com Consultório de Rua? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Com ambulatório de especialidades? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Com hospital geral? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>f) SAMU/PA? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Com hospital psiquiátrico? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Com CRAS? _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Com CREAS? (0) Não (1) Sim</p> <p>j) Polícias (0) Não (1) Sim</p> <p>k) Com Escolas? (0) Não (1) Sim</p> <p>l) Com Creches? (0) Não (1) Sim</p> <p>m) Com Clubes? (0) Não (1) Sim</p> <p>n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva? (0) Não (1) Sim</p> <p>o) Com Academias de Ginástica? (0) Não (1) Sim</p> <p>p) Com Salões de festas? (0) Não (1) Sim</p> <p>q) Com Atelier de arte? (0) Não (1) Sim</p> <p>r) Com Praças e parques? (0) Não (1) Sim</p> <p>s) Com Igrejas? (0) Não (1) Sim</p> <p>t) Com outras instituições/ organizações? (0) Não (1) Sim</p> <p>u) Outros. (0) Não (1) Sim</p> <p>Quais? _____</p>	
220 221 222 223 224 225 226 227 -----	<p>14. Quais os mecanismos que este CAPS utiliza na avaliação sistemática? (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Reuniões semanais da equipe de trabalho? (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Relatórios mensais feitos pelos técnicos? (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Relatórios trimestrais/quadrimestrais/<i>semestrais/ anuais</i> feitos pela coordenação e / ou gerência? (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Questionário de ausculta dos trabalhadores? (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Questionário de ausculta dos usuários e familiares? (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Caixa de sugestões? (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Avaliação de desempenho do trabalhador? (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Outros. (0) Não (1) Sim</p> <p>Quais? _____</p>	

228 ----	15. Assinale como a equipe de trabalhadores deste CAPS considera os mecanismos de avaliação efetuados? (1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim Por quê? _____	
-------------	---	--

III. RESULTADOS DO FUNCIONAMENTO DO CAPS/CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO ASSISTIDA																																														
229	1. Qual o número de usuários inscritos/matriculados em toda existência deste CAPS, desde a inauguração até os dias atuais? _____																																													
230.....	2. Existe lista de espera (0) Não (1) Sim																																													
231	3. Esta Lista consta de () 2 a 10 () 11 a 20 () 21 a 30 () > 30																																													
232.....	4. Qual o número de usuários ativos inscritos no mês de Setembro/2012 neste CAPS? (> 1 alternativa). 1) Total _____ 2) Feminino _____ 3) Masculino _____																																													
233.....	5. Enumere por ordem decrescente os cinco diagnósticos mais frequentes na Unidade-(> 1 alternativa). (
234	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">5.1</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">F 00 - 09</td> <td>Demências e Outros quadros orgânicos primários</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">235</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 10 - 19</td> <td>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Drogas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">236</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 20 - 29</td> <td>Esquizofrenia e Transtornos afins</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">237</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 30 - 39</td> <td>Transtornos do Humor</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">238</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 40 - 48</td> <td>Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">239</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 60 - 69</td> <td>Transtornos de Personalidade e outros hábitos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">240</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 70 - 79</td> <td>Retardo Mental</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">241</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 80 - 89</td> <td>Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">242</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 90 - 92</td> <td>Transtornos Hipercinéticos e de Conduta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">243</td> <td></td> <td style="text-align: center;">F 95</td> <td>Tiques</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">---</td> <td>Desconhecido</td> </tr> </table>	5.1		F 00 - 09	Demências e Outros quadros orgânicos primários	235		F 10 - 19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Drogas	236		F 20 - 29	Esquizofrenia e Transtornos afins	237		F 30 - 39	Transtornos do Humor	238		F 40 - 48	Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)	239		F 60 - 69	Transtornos de Personalidade e outros hábitos	240		F 70 - 79	Retardo Mental	241		F 80 - 89	Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global	242		F 90 - 92	Transtornos Hipercinéticos e de Conduta	243		F 95	Tiques			---	Desconhecido	
5.1		F 00 - 09	Demências e Outros quadros orgânicos primários																																											
235		F 10 - 19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Drogas																																											
236		F 20 - 29	Esquizofrenia e Transtornos afins																																											
237		F 30 - 39	Transtornos do Humor																																											
238		F 40 - 48	Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)																																											
239		F 60 - 69	Transtornos de Personalidade e outros hábitos																																											
240		F 70 - 79	Retardo Mental																																											
241		F 80 - 89	Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global																																											
242		F 90 - 92	Transtornos Hipercinéticos e de Conduta																																											
243		F 95	Tiques																																											
		---	Desconhecido																																											
244.....	5 Qual a faixa etária predominante dos usuários deste CAPS no mês de Setembro/2012? (0) 0 a 12 (1) 13 a 18 (2) 19 a 30 (3) 30 a 60 (4) > 60	IBGE																																												

<p>245..... 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 ----</p>	<p>6. Qual a origem dos usuários que chegam a este CAPS para acolhimento? Assinale em ordem decrescente as cinco opções mais frequentes: (> 1 alternativa).(</p> <table border="1" data-bbox="544 304 1161 1227"> <tr><td>a) Com ESF/PACS - Atenção Básica</td><td></td></tr> <tr><td>b) Com NASF</td><td></td></tr> <tr><td>c) Com Consultório de Rua</td><td></td></tr> <tr><td>d) Com ambulatório de especialidades</td><td></td></tr> <tr><td>e) Com hospital geral</td><td></td></tr> <tr><td>f) SAMU/PA</td><td></td></tr> <tr><td>g) Com hospital psiquiátrico</td><td></td></tr> <tr><td>h) Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>i) Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>j) Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>k) Com Escolas</td><td></td></tr> <tr><td>l) Com Creches</td><td></td></tr> <tr><td>m) Com Clubes</td><td></td></tr> <tr><td>n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva</td><td></td></tr> <tr><td>o) Com Academias de Ginástica</td><td></td></tr> <tr><td>p) Com Salões de festas</td><td></td></tr> <tr><td>q) Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>r) Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>s) Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>t) Com Escolas</td><td></td></tr> <tr><td>u) Com Creches</td><td></td></tr> <tr><td>v) Outras</td><td></td></tr> <tr><td>Quais</td><td></td></tr> </table>	a) Com ESF/PACS - Atenção Básica		b) Com NASF		c) Com Consultório de Rua		d) Com ambulatório de especialidades		e) Com hospital geral		f) SAMU/PA		g) Com hospital psiquiátrico		h) Com CRAS		i) Com CREAS		j) Polícias		k) Com Escolas		l) Com Creches		m) Com Clubes		n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva		o) Com Academias de Ginástica		p) Com Salões de festas		q) Com CRAS		r) Com CREAS		s) Polícias		t) Com Escolas		u) Com Creches		v) Outras		Quais		
a) Com ESF/PACS - Atenção Básica																																																
b) Com NASF																																																
c) Com Consultório de Rua																																																
d) Com ambulatório de especialidades																																																
e) Com hospital geral																																																
f) SAMU/PA																																																
g) Com hospital psiquiátrico																																																
h) Com CRAS																																																
i) Com CREAS																																																
j) Polícias																																																
k) Com Escolas																																																
l) Com Creches																																																
m) Com Clubes																																																
n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva																																																
o) Com Academias de Ginástica																																																
p) Com Salões de festas																																																
q) Com CRAS																																																
r) Com CREAS																																																
s) Polícias																																																
t) Com Escolas																																																
u) Com Creches																																																
v) Outras																																																
Quais																																																
<p>267</p>	<p>7. Qual a média de permanência do usuário em tratamento neste CAPS?</p> <p>(1) 1 a 6 meses (2) 7 a 11 meses (3) 1 a 2 anos (4) 2 a 3 anos (5) 5 ou + anos</p>																																															

<p>268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280</p>	<p>8. Quais os encaminhamentos mais utilizados após a alta por este CAPS? (> 1 alternativa).(</p> <table border="1" data-bbox="520 1608 1139 2049"> <tr><td>a) Com ESF/PACS - Atenção Básica</td><td></td></tr> <tr><td>c) Com NASF</td><td></td></tr> <tr><td>d) Com Consultório de Rua</td><td></td></tr> <tr><td>e) Com ambulatório de especialidades</td><td></td></tr> <tr><td>f) Com hospital geral</td><td></td></tr> <tr><td>g) SAMU/PA</td><td></td></tr> <tr><td>h) Com hospital psiquiátrico</td><td></td></tr> <tr><td>i) Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>j) Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>k) Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>l) Com Escolas</td><td></td></tr> </table>	a) Com ESF/PACS - Atenção Básica		c) Com NASF		d) Com Consultório de Rua		e) Com ambulatório de especialidades		f) Com hospital geral		g) SAMU/PA		h) Com hospital psiquiátrico		i) Com CRAS		j) Com CREAS		k) Polícias		l) Com Escolas		
a) Com ESF/PACS - Atenção Básica																								
c) Com NASF																								
d) Com Consultório de Rua																								
e) Com ambulatório de especialidades																								
f) Com hospital geral																								
g) SAMU/PA																								
h) Com hospital psiquiátrico																								
i) Com CRAS																								
j) Com CREAS																								
k) Polícias																								
l) Com Escolas																								

281		m) Com Creches		
282		n) Com Clubes		
283		o) Com Ginásio/ quadra poliesportiva		
284		p) Com Academias de Ginástica		
285		q) Com Salões de festas		
286		r) Com CRAS		
287		s) Com CREAS		
288		t) Polícias		
289		u) Com Escolas		
-----		v) Com Creches		
		w) Outras		
		Quais		

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

290..... 291 292 293 294 295 -----	<p>1. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos usuários (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Disponibilização de medicamento (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do acolhimento (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
296..... 297 298 299 300 301 302 -----	<p>2. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos familiares (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da Estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do acolhimento (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) melhora tratamento por parte dos profissionais (0) Não (1) Sim.</p> <p>g) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
303..... 304 305 306 307 308 309 310 311.....	<p>3. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos profissionais (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do vínculo de trabalho (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Materiais para as Oficinas (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Materiais para as Oficinas Geradoras de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Financiamento de Projetos de Geração de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	

<p>312.....</p> <p>.....</p> <p>313</p> <p>314</p> <p>315</p> <p>316</p> <p>317</p> <p>318</p> <p>319</p> <p>320</p> <p>321.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos coordenadores deste CAPS? (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do vínculo de trabalho (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Materiais para as Oficinas (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Materiais para as Oficinas Geradoras de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Financiamento para Geração de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Transporte dos pacientes (0) Não (1) Sim</p> <p>j) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
<p>322.....</p> <p>323</p> <p>324</p> <p>325</p> <p>326</p> <p>327</p> <p>328</p> <p>329</p> <p>330.....</p>	<p>5. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes da rede socioassistencial (> 1 alternativa).(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria na qualidade do acolhimento (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Na prontidão do atendimento (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Reuniões periódicas (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Transporte dos usuários (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Outras (0) Não (1) Sim</p> <p>Quais _____</p>	
	<p>6. Informe cinco indicadores que considere importantes para avaliar a qualidade do trabalho que se realiza no CAPS:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) _____</p> <p>e) _____</p>	
V. ACRESCENTE NESTE ESPAÇO O QUE CONSIDERA RELEVANTE PARA AVALIAÇÃO:		
	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>	

Data de preenchimento: ____/____/____

MUITO OBRIGADO!

APÊNDICE C – ROTEIRO ETNOGRÁFICO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA



0



0



0



**AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS E DA QUALIDADE DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO ESTADO DA BAHIA**
- RAPS, COM FOCO PARA OS TERRITÓRIOS DE SALVADOR, FEIRA DE SANTANA E MACAÚBAS
(AVALIAR CAPS⁶)

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - Referente aos Usuários de Saúde Mental e de SPA –

1.1 – Município:
1.2 – Unidade:
1.3- Observador:
1.4-Data da Coleta:
1.5- Horário da Coleta:

1.Estrutura Física, Acessibilidade E Ambiência

- 1.1 Limpeza
 - 1.2 Iluminação
 - 1.3 Segurança
 - 1.4 Conforto
 - 1.5 Conservação
 - 1.6 Desníveis
 - 1.7 Privacidade / Sigilo
 - 1.8 Livre Circulação
 - 1.9 Condições Sanitárias
-

- 1.10 Mobiliário
- 1.11 Adaptação dos espaços às pessoas portadoras de necessidades especiais
- 1.12 Localização
- 1.13 Estacionamento
- 1.14 Identificação/Sinalização dos Espaços

2. Gestão

- 2.1 Escolaridade do Gestor
- 2.2 Formação para Gestão
- 2.3 Tipo de Gestão (Participativa, Burocrática...)

3. Atividades

- 3.1 Admissão de usuários
- 3.2 Acolhimento
- 3.3 Atividades realizadas com os usuários
- 3.4 Formas de participação
- 2.5 Registro de atividades realizadas
- 2.7 Interdisciplinariedade/multiprofissionalidade

4. Articulação em Rede

- 4.1 Identificação/Mapeamento dos pontos de atenção aos usuários
- 4.2 Ações intersetoriais
- 4.3 Estratégias de Construção de Rede
- 4.4 Obstáculos identificados e superados para a construção da rede

5. Familiares e Rede Social

- 5.1 Atenção individual e/ou grupal aos familiares
- 5.2 Meios específicos para inclusão dos familiares no cuidado aos usuários
- 5.3 Percepção e cuidado direcionado aos familiares

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue, me pergunte sobre qualquer dúvida que tiver. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Convidamos você para participar da Pesquisa **A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR, BA: um olhar sobre a Política de saúde pública para usuários de álcool e outras drogas**, sob a responsabilidade de Flavia Suzanne Goiabeira Nery, discente do Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania/UCSAL e Ana Maria Fernandes Pitta sua orientadora e coordenadora do Projeto Avaliação das políticas e qualidade do cuidado nas Redes de Atenção Psicossocial no Estado da Bahia FAPESB/UCSAL. Tendo como objetivo: Compreender as Políticas de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Centro Histórico do Município de Salvador, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível; descrever a RAPS, discutir as ações que a equipe técnica do CAPS AD realiza para a articulação em rede; investigar a articulação em rede à atenção aos usuários do serviço e conhecer um mês típico de usuários de álcool e outras drogas no Centro histórico, em Salvador- BA.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada que envolve questões relativas à dependência química (Interação com as Substâncias Psicoativas, do consumo abusivo ao tratamento, a vida na instituição, Cuidado em rede, sentido do tratamento e perspectivas futuras). Além da entrevista, conheceremos através das suas narrativas, as suas itinerâncias terapêuticas cotidianas, por um período de um mês, e peço ainda, a autorização para acesso ao seu prontuário com objetivo de conhecer a rede que você teve acesso neste período. A entrevista será gravada e as gravações realizadas não serão divulgadas e só terá circulação entre os pesquisadores. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não haverá identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, e será assegurado o sigilo sobre a sua participação. Para preservar a sua identidade, as informações coletadas e as citações utilizadas serão referenciadas com siglas ou números aleatórios. Não haverá qualquer tipo de malefício para ao que não participarão. Além disso, se você se sentir constrangido com alguma pergunta que possa ser feita, sinta-se a vontade para não responder. Suas respostas gravadas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum

momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e /ou revistas científicas. Após o termino da pesquisa todas as gravações serão apagadas e nenhum registro físico será mantido com o pesquisador.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador-UCSAL. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão. Apesar de não previstos, se você sofrer qualquer dano relacionado ao estudo, você terá direito a assistência integral. Essa assistência será coberta pelo pesquisador do estudo. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que minha participação é voluntaria e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do responsável. Se não souber assinar o nome,
utilize o espaço de impressão datiloscopia ao lado

0

Assinatura de uma testemunha. Se não souber assinar o nome,
utilize o espaço de impressão datiloscopia ao lado

4

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntario para a participação neste estudo.

44,4

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE.
Se não souber assinar o nome, Utilize o espaço
de impressão datiloscopia ao lado

Dados do pesquisador

Flavia S. G. Nery

(71) 9198-6917, suzanery@ig.com.br

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa

Universidade Católica do Salvador- UCSAL.

Av . Cardeal da Silva, 205, Federação. Salvador – BA. Telefone: 3203-8968.