



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e  
Serviços de Saúde



**Fernanda Antonia Pantoja Nunes de Assis**  
**Magda da Silva Figueiroa**

---

**Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e  
Drogas :desenhando a intervenção**

---

---

Recife, 2008

**FERNANDA ANTONIA PANTOJA NUNES DE ASSIS  
MAGDA DA SILVA FIGUEIROA**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E  
DROGAS: DESENHANDO A INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Luciana Santos Dubeux

**RECIFE**

**2008**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

A848c Assis, Fernanda Antonia Pantoja Nunes.  
Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e  
Drogas: desenhando a intervenção/ Fernanda Antonia Pantoja  
Nunes de Assis, Magda da Silva Figueiroa. — Recife: F. A. P. N. de  
Assis, 2008.

45 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços  
de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas  
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Luciana Santos Dubeux.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Transtornos Relacionados ao  
Uso de Substâncias. 3. Avaliação de programas e Projetos de  
Saúde. I. Dubeux, Luciana Santos. II. Título.

---

CDU 613.86

**FERNANDA ANTONIA PANTOJA NUNES DE ASSIS  
MAGDA DA SILVA FIGUEIROA**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E DROGAS: DESENHANDO A INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**Data da Aprovação** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra  
(Examinador externo)

---

Luciana Santos Dubeux  
(Orientador)

**A nossas famílias**  
**Aos nossos colegas de serviço**  
**Aos nossos colegas do curso**

## **AGRADECIMENTOS**

- A Deus, por nos ter dado a oportunidade da vida, e de estar no local onde estamos.
- A nossa família, pelo apoio, colaboração e compreensão durante a construção deste trabalho, em especial aos nossos filhos: Luiz Antônio e Gabriela; e a Luiz Carlos- pela colaboração essencial, além da compreender a nossa ausência durante este período.
- A nossa orientadora, Luciana dos Santos Dubeux, pela paciência e disponibilidade no nosso processo.
- Aos professores, que compartilharam conosco os seus conhecimentos e nos ajudaram na nossa formação.
- Aos funcionários do CPAM, pela disponibilidade e dedicação, em especial a paciência de Semente.
- Aos usuários do serviço CAPS ad, que por meio da exposição de seus sentimentos e sofrimentos, nos ensinaram a aceitar e compreender melhor as oportunidades de mudanças de vida.
- Aos nossos gestores, pela confiança e credibilidade que nos depositaram ao nos indicar para esta formação.
- Aos nossos amigos, colaboradores compreensivos, que partilharam conosco as angústias durante este caminhar.
-

*Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios,  
incompreensões e período de crise.*

*“Fernando Pessoa “*

## RESUMO

O presente estudo se dispõe a elaborar um modelo de avaliação do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS ad). O consumo crescente de drogas psicoativas constitui no mundo e no Brasil um grave problema que atinge várias esferas da sociedade e provoca enormes agravos à comunidade. Tal quadro vem solicitar políticas de intervenção que contemplem grandes parcelas da população. No Brasil, o movimento Antimanicomial propõe as idéias da Reforma Psiquiátrica Italiana. Com relação ao álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou a Política de Redução de Danos. Como resposta a esta realidade, e diante dos paradigmas da reforma psiquiátrica, os CAPS ad são instituições que têm por objetivo promover o cuidado médico e psicológico, assegurando a sua reintegração social e familiar, estimulando e apoiando as iniciativas de busca de autonomia. Assim, sugere-se um modelo de avaliação que possa contribuir com a reflexão dessas ações e seus impactos na comunidade, permitindo a seleção de prioridades, favorecendo a comunicação entre técnicos e gestores. O processo de avaliação de serviços em saúde tem por objetivo produzir julgamentos de valor do programa a ser avaliado. Utilizando-se da revisão da literatura e análise documental, elabora-se o modelo lógico dessa intervenção, com a intenção de descrever os objetivos, insumos e ações previstas para alcançar os resultados esperados com a implantação do CAPS ad no município do Recife. A intervenção foi dividida em cinco componentes. O estudo representa um passo inicial para o processo de avaliabilidade, já que a intervenção CAPS ad é passível de avaliação. Foram levantadas questões que limitaram o estudo, sugestão de como esse processo pode dar continuidade e da importância do processo de avaliação para o programa CAPS ad. O trabalho foi um espaço de observação de fragilidades no Programa e de possíveis questões de avaliação, cumprindo a função formativa da avaliação.

**Palavras - Chaves:** Serviços de Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Avaliação de programas e Projetos de Saúde.



## **ABSTRACT**

The present learning disposes to prepare an evaluation model of the "Psychosocial Attention Center to alcohol and drugs users" (CAPS ad). The crescent consumption of psychoactive drugs constitutes in the world and in Brazil a serious problem attains many society spheres and provokes larges grievances to the community. Such frame comes to solicit intervention politics contemplate big parcels of the population. In Brazil, the Antimanicomial Movement proposes the Italian Psychiatric Reform ideas. In relation to the alcohol and other drugs, the Health Ministry of the Brazil elaborated the Damage Reduction Politic. In response to this reality, and before of the paradigm of the psychiatric reform, the CAPS ad are institutions where have to objective promote the medical and psychological care, assuring your social and familiar reintegration, stimulating and supporting the initiatives of autonomy search. So, suggests a evaluation model can contribute with the reflection of this actions and your impacts in the community, permitting the priorities selection, accepting the communication between techniques and managers. The process of services evaluation in health has by objective to produce value judgments to be evaluated. Utilizing literature review and documental analysis elaborates the logical model of this intervention with the intention describe the objectives, recourses and forecasted actions to reach the expected results with the implantation of the CAPS ad on the municipality of the Recife. The intervention was divided in five components. The learning represents an initial step to the process of availability; already the intervention CAPS ad is passible of evaluation. They went elevated questions limited the learning and suggestions of how this process can give continuity and of the importance of the process of evaluation to the program CAPS ad. The work was an observation space of fragility in the Program and of possible questions of evaluation executing the formative function of the evaluation.

**Keywords:** Mental Health Services; Derangements Related To the Substances Use; Evaluation of Programs and Health Projects.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Programa Avaliativo .....	21
<b>Figura 2</b> - Estrutura de uma intervenção .....	22
<b>Quadro1</b> – Documentos Oficiais .....	29
<b>Quadro 2</b> – Componente: Assistência à Saúde. Sub - componente: Acolhimento/ triagem .....	33
<b>Quadro 3</b> – Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Projeto terapêutico.....	34
<b>Quadro 3</b> – Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Projeto terapêutico (Continuação) .....	35
<b>Quadro 4</b> – Componente: Educação em Saúde .....	36
<b>Quadro 5</b> – Componente: Articulação da Rede e Mobilização Social .....	37
<b>Quadro 6</b> – Componente: Formação e Educação Permanente. ....	38
<b>Quadro 7</b> - Componente: Ensino e pesquisa .....	39

## LISTA DE SIGLAS

**AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSad** - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

**CEBRIS** - Centro Brasileiro de Informações sob Drogas

**CTB** - Código Brasileiro de Trânsito

**MS** - Ministério da Saúde

**NAPS** - Núcleo de Atenção Psicossocial

**NOAS** - Norma Operacional de Assistência a Saúde

**NOB** - Norma Operacional Básica

**ONGS** - Organizações Não Governamentais

**PNAD** - Política Nacional Para Álcool e Drogas

**PSF**- Programa de Saúde da Família

**PTI** - Projeto Terapêutico Individual

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução</b> .....	12
1.1 Uma breve história da atenção à saúde mental aos usuários de drogas.....	14
1.2 Sistema único de saúde e o atual modelo de assistência aos usuários de drogas .....	16
1.3 Política de Redução de danos do Município: Programa Mais Vida.....	19
1.4 A avaliação de programas no contexto do CAPSad.....	20
<b>2 Justificativa</b> .....	25
<b>3 Objetivos</b> .....	26
3.1 Gerais .....	26
3.2 Específicos .....	26
<b>4 Procedimentos Metodológicos</b> .....	27
4.1 Tipo de Estudo .....	27
4.2 Etapas do Estudo .....	27
4.2.1 Revisão de Literatura .....	27
4.2.2 Análise Documental .....	27
4.2.3 Elaboração do modelo lógico .....	28
4.2.4 Considerações Éticas .....	29
<b>5 Resultados</b> .....	30
<b>5 Considerações Finais e Recomendações</b> .....	40
<b>6 Referências</b> .....	42
Apêndice	

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo crescente de drogas psicoativas constitui no mundo e no Brasil, um grave problema que atinge vários segmentos da sociedade, solicitando das políticas públicas a integralidade das ações, para o enfrentamento desse problema.

No Brasil, o 1º Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID) em 2001, com pessoas entre 12 a 65 anos, revelou que 68,4% de pessoas fizeram o uso de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida e confirmou que 11,2% da população eram dependentes. Em ambas as situações, a faixa etária de 25 a 34 anos apresentou o maior risco. Já em relação ao tabaco, observou-se que 37,4% apontaram para o uso ao menos uma vez na vida, enquanto que a dependência apresentou uma prevalência de 8,3%. O uso de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, para 6,9% dos entrevistados (CARLINI, et al., 2002).

No Nordeste, quase um terço da população pesquisada já fez uso de alguma droga ilícita (exceto tabaco e álcool). Salienta-se também que, quando comparada as cinco regiões brasileiras, a estimativa de dependentes de álcool foi a maior do Brasil (16,9%), seguido dos dependentes de maconha (11,2%). Os solventes tiveram o maior índice de uso na vida (19,7%) comparado a todo o país. (CARLINI, et al., 2002)

Devemos considerar que o consumo de drogas acarreta enormes agravos e comprometimentos na comunidade. Estes se ressentem aos impactos das situações de violência e acidentes, com conseqüências clínicas e psiquiátricas, comprometimento da vida escolar e profissional e outros riscos psicossociais. Outro fato alarmante é que existe uma tendência mundial apontando para o uso cada vez mais precoce e intenso destas substâncias psicoativas. (BRASIL, 2004).

Com relação à associação do uso de drogas com acidentes de trânsito, pesquisa encomendada pelo governo federal sobre os custos de acidentes de trânsito no Brasil, demonstra dados significativos. Do total dos pacientes

atendidos por acidentes de trânsito, no ambulatório de emergências do hospital das clínicas de São Paulo, 53% estavam com os índices de alcoolemia em seus exames de sangue superior aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro. Desta forma, a interface entre o uso de álcool e outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco (BRASIL, 2004).

Percebemos, neste quadro, a grande influência das substâncias psicoativas lícitas. O uso do álcool impõe às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. Repercussão importante também é observada com relação a associações com outros agravos, tais como as morbidades psiquiátricas (depressão, transtornos psicóticos e de ansiedade), a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) além de outros riscos sociais (tráfico de drogas e a situações específicas como o caso dos meninos de rua) (BRASIL, 2004).

O consumo de álcool e outras drogas representam um grave problema de saúde pública e dentro desta perspectiva o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível dos usuários. Visando respeitar as singularidades dos indivíduos e tendo em vista as possibilidades e suas escolhas, propõem-se as estratégias para a defesa da vida, para minimizar os riscos e aumentando os cuidados com sua própria proteção.

Devemos salientar que a ausência de políticas concretas para esta questão, favoreceu ao surgimento de alternativas de atenção de caráter fechado e com a abstinência como o único objetivo a ser alcançado. Porém, a sociedade atual e a reforma dos modelos assistenciais, nos oferecem várias possibilidades, sendo possíveis outras formas de produzir novas perspectivas de vida, para pessoas com este tipo de sofrimento. Sendo assim, pretende-se manter seus vínculos, favorecendo a reinserção social, tornando-se necessário a estruturação e fortalecimento de uma rede assistencial centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários.

Neste sentido, faz-se necessário a elaboração e a implantação de uma política de promoção, prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas. As organizações governamentais, não governamentais e demais representações da sociedade civil organizada, reconhecendo a necessidade instalada e buscando subsidiar a construção coletiva e seu enfrentamento, se une ao Ministério da Saúde, na apresentação das diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas.

### **1.1 Uma breve historia da atenção á saúde mental aos usuários de drogas**

Conforme Birrman e Costa apud Amarante (1999) existem dois grandes períodos nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro período é marcado por um processo de crítica à estrutura asilar responsável por um alto índice de cronificação. O manicômio é percebido como uma “instituição de cura”, e é necessário ser resgatado este aspecto por meio de uma reforma interna da organização psiquiátrica. O segundo momento é focado na extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental.

Segundo esses autores, apesar de períodos com formas técnico-conceituais diversas, se identificam no mesmo plano e em suas condições concretas de possibilidades. A mesma estrutura que compõem uma psiquiatria institucional é a que torna possível também uma psiquiatria comunitária, desde que seja modificado seu foco de atenção. A importância dada pela psiquiatria tradicional à terapêutica das enfermidades dá lugar a um amplo projeto de terapêutica coletiva, da assistência para a prevenção.

Segundo Amarante (1995), a partir da segunda metade do século XX, a psiquiatria seguirá a orientação das demais ciências naturais, a matriz positivista, limitando-se a observar e descrever sintomas dos distúrbios nervosos. Busca firmar-se enquanto processo científico, em sua pretensão de neutralidade e descoberta da essência dos distúrbios mediante relações de causalidade. Neste sentido, desenvolvem-se as idéias de Pineal, e da

percepção do hospital como instituição médica e da loucura como objeto apropriado pelo discurso e pelas práticas médicas.

Na década de 60, surge o movimento da antipsiquiatria, que formulou a primeira crítica radical no saber médico-psiquiátrico, questionando a naturalização do binômio loucura/doença mental. Este movimento tinha referências culturais ricas e diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, algumas correntes da sociologia, a psicanálise e o Marxismo. A antipsiquiatria busca romper, com o modelo assistencial vigente, visado destituir o valor do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais. (AMARANTE, 1995).

Neste processo, se desenvolve o movimento de reforma psiquiátrica italiana que foi embasada nas idéias de Franco Basaglia. Segundo o mesmo, a psiquiatria sempre colocou o homem entre parêntese e se preocupa com a doença. Entretanto, na década de 60 na cidade de Trieste (Itália), foi desencadeado uma crise institucional que promovia a gestão psiquiátrica para fora dos muros da instituição (AMARANTE, 1995).

A trajetória italiana promoveu a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, pois apresentava um projeto de desinstitucionalização, desconstrução com saberes e práticas, visando à objetivação da loucura e sua redução à doença (AMARANTE, 1995).

No Brasil, na década de 1980, associações profissionais criaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se transformou em 1987 em Movimento Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Este movimento ou a conquista de uma cidadania plena, emancipada, visando qualificar legalmente o doente mental, rompendo uma tutela hospitalar. Em abril de 2001, foi aprovada a Lei Paulo Delgado, que legitima o restabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais, além de normatizar práticas assistenciais mais humanas e menos segregadoras (MAIA 2002). Este processo abriu caminho para a criação de serviços de atenção extra-hospitalar, tais como os hospitais-dia, núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e centros de atenção psicossocial (CAPS), ampliando e aproximando a rede de atenção à saúde mental da comunidade.



Atualmente, mesmo com todas as dificuldades e carências, a política de saúde mental brasileira tem diretrizes flagrantemente basaglianas. O Ministério da Saúde apresenta quatro eixos principais que são: a) garantia de direitos civis para pacientes com transtornos mentais; b) superação do hospital psiquiátrico como unidade central de tratamento para pessoas com transtornos mentais; c) reestruturação do sistema de assistência psiquiátrica para reduzir a exclusão social de pacientes mentais; e d) construção de uma rede diversificada de serviços para garantir acesso, eficácia e eficiência no tratamento (RABELO, 2006).

## **1.2 Sistema único de saúde e o atual modelo de assistência aos usuários de drogas**

A constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela lei 8080/90, no intuito de garantir o acesso universal a uma atenção integral e equânime à saúde, consistindo na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada.

Na época, o contexto sócio-político nacional que se apresentava e as articulações dos movimentos sociais em defesa desses princípios e diretrizes, formaram o pano de fundo para a criação de políticas específicas, coerentes com o novo modelo assistencial, como o movimento de luta Antimanicomial. Em 1990, com a criação de Lei Orgânica da Saúde, formaram-se condições para instituição da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, permitindo a construção da Política de Saúde Mental. Percebemos, nesta trajetória, os avanços que o processo de implementação da política de saúde vigente, o SUS e as políticas setoriais conseguiram, com a elaboração de leis, normas e regulamentos que levaram à construção de uma rede de serviços substitutivos e integrados com a rede de saúde (BRASIL, 2008).

A efetiva implantação dos princípios do SUS com ênfase na municipalização e participação popular (controle social) vem sendo pauta de muitos debates, representando um dos maiores desafios para gestores e

profissionais de saúde. Considerando a política atual e o modelo de atenção a saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são inseridos como centros especializados para atendimento de uma clientela específica e oriunda das: Unidades básicas Tradicionais, Unidades de saúde da Família ou Hospitais Gerais. Visando manutenção da linha de cuidado, ficam interligadas as ações em nível de atenção a saúde, dependendo do reconhecimento da necessidade, será traçado o manejo do tratamento, onde aquele indivíduo estará inserido para o processo de atenção sendo abordado e acompanhado da melhor forma que se aplique.

Os CAPS são instituições criadas pelo Ministério da Saúde a partir da substituição ao modelo hospitalocêntrico para pessoas com transtornos mentais ou decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. É considerado um instrumento estratégico para a consolidação da reforma psiquiátrica, sendo serviços de atenção diária, que tem por objetivo promover o cuidado médico e psicológico, assegurando sua integração social e familiar, estimulando e apoiando as iniciativas de busca de autonomia.

Estes dispositivos de saúde devem estar articulados na rede de serviços e necessitam de articulações com outras redes sociais para atender à complexidade da população atendida. Para se constitui esta rede, todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer estão estimulados para ampliar as ações das equipes de saúde no cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM/2002 (MS, Saúde Mental no SUS, 2004), que reconheceu e ampliou seu funcionamento e complexidade. Além de prestar atendimento em regime de atenção diária, os CAPS visam: gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; organiza a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na atenção básica; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área adstrita; coordenar junto ao gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem de pacientes de sua região que utilizem medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Neste caso, o termo “território” deve ser compreendido segundo o conceito de Santos: É o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele, cidadão, estabelece toda rede de relações existenciais na comunidade, local da vida das pessoas. Esse é o campo do cuidado e exercício da clínica psicossocial, continente exclusivo de todo processo de reabilitação e inclusão social. Assim, dentro dessa concepção, o CAPS deve ser um serviço “local” e “territorial”, apresentando-se como um novo paradigma de cuidado em saúde, por abordar o cidadão em seus sofrimentos e no contexto das relações sociais onde se apresenta o sofrimento (RABELO, 2006)

Os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS ad) são responsáveis pelas ações de prevenção voltadas para o uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas. A prevenção voltada para uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Diferente dos outros CAPS, os leitos existentes no CAPS ad devem ter a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação, além de acompanhar a desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004).

A equipe mínima para um CAPS ad é: 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outros profissionais necessário ao projeto terapêutico), 6 profissionais de nível médio (técnico/auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2004)

Os tipos de procedimentos e modalidades que estes serviços oferecem aos usuários são definidos pela portaria ministerial nº 339/GM/2002 (BRASIL, 2004) A modalidade de Cuidado Intensivo oferece atendimento diário, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, com no máximo 22 procedimentos/paciente/mês. A modalidade de Cuidado Semi-Intensivo oferece até 12 atendimentos (individual e/ou grupo) por mês. Já a modalidade de Cuidados Não Intensivos oferece atendimentos, individuais e/ou grupos, em até três vezes por mês. A indicação da modalidade mais adequada a cada usuário é definida pelo seu projeto terapêutico individual, que é um conjunto de

atendimentos que respeite a sua particularidade e suas necessidades, proposto pela equipe e discutido com o usuário (BRASIL, 2002).

O projeto terapêutico individual (PTI) deve observar as individualidades dos usuários, suas problemáticas, necessidades e ações indicadas para o caso, além de seus vínculos dentro e fora do CAPS. Deve ser absorvido pelos atendimentos grupais previstos na grade semanal de atividades, nos atendimentos individuais de acordo com a especificidade de cada caso, como também, com articulações e contatos dentro do seu meio social e territorial. (RABELO, 2006)

### **1.3 Política de redução de danos do município de danos do município: programa mais vida.**

No segundo semestre de 2003, a Secretaria de Saúde de Recife implementou a Política de Atenção ao Usuário de Álcool, Fumo e outras drogas, denominada de Programa + Vida - Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. A Política tem como objetivo implantar uma rede descentralizada e hierarquizada, de serviços e cuidados em saúde que visem à promoção, proteção específica, tratamento e reabilitação para pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool e outras drogas e/ou para as rodeiam. Em seus princípios, observa-se o compromisso com o respeito aos direitos humanos e aos diferentes modos de vida; a inclusão de alternativas de intervenção, além da abstinência; o uso da Redução de Danos com eixo norteador; estratégias de abordagem para vários tipos de usuários: social, problemático e dependente e com as diversas drogas lícitas e ilícitas (RECIFE, 2007).

O programa divide-se em três eixos de abordagens: Promoção, proteção específica e redução de danos; assistência à saúde - tratamento e reabilitação; e perspectiva epidemiológica. Com relação ao primeiro eixo, percebemos atuação do Agente Redutor de Danos, que tem uma ação comunitária, dirigida para populações especiais: os usuários de drogas, promovendo espaço para orientação sobre comportamentos de risco e condutas de proteção da saúde.

Atuando com ações articuladas junto às Unidades de Saúde da Família e Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, visando acompanhamento, orientação e sensibilização de usuários de álcool, fumo e outras drogas através de estratégias de redução de danos, e orientando e encaminhando os usuários com indicação de tratamento no CAPS ad de referência. Além de ações preventivas e educativas nos equipamentos sociais da comunidade e em eventos culturais, como Carnaval e São João, festividades e campanhas (RECIFE, 2007).

Com relação ao eixo tratamento e reabilitação, o programa conta com uma rede integral de assistência a usuários abusivos e/ou dependentes de álcool, fumo e outras drogas e seus familiares. Composta por unidades especializadas: CAPS ad, Casa do Meio do Caminho (albergues terapêuticos) e Unidade de Desintoxicação em Hospital Geral, além da atenção básica de saúde.

No eixo perspectiva epidemiológica, o Programa sistematiza seus dados referentes aos usuários atendidos, em um banco de dados em planilha Excel. Proporcionando apreciação com relação à demanda atendida e resposta terapêutica obtida, tempo de tratamento e números e tipos de altas (RECIFE, 2007).

A cidade do Recife está dividida em seis Distritos Sanitários, organizados com a rede de assistência em saúde hierarquizada, partindo da atenção básica até os serviços especializados e média complexidade. Atualmente a rede disponibiliza um CAPS ad por Distrito Sanitário (sendo dois de referência para adolescentes), um centro de referência para mulheres e três casas do meio do caminho.

Este Programa visa ter postura de enfrentamento diante dos índices dos agravos de saúde, de violência e acidentes, além de prejuízos sociais, provocados pelo uso/ abuso de drogas na cidade de Recife. O CAPS ad está com uma das estratégias de ação frente ao problema.

#### **1.4 A avaliação de programas. No contexto do caps ad**

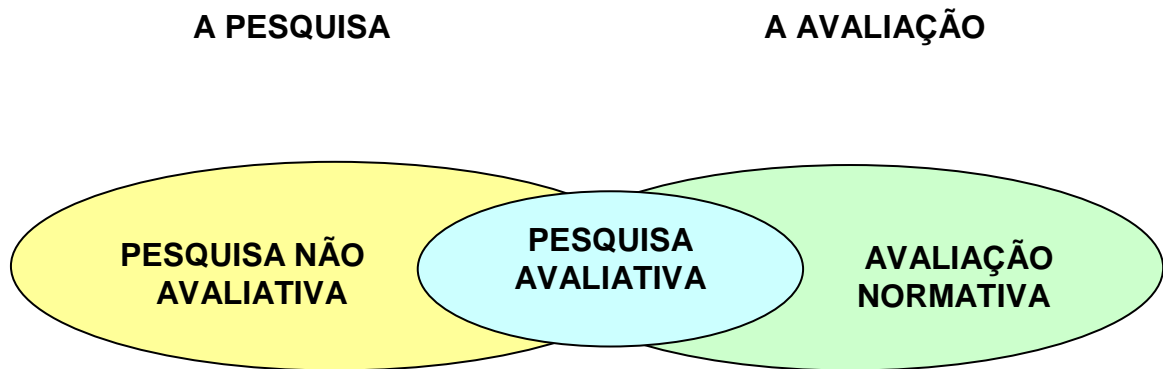
Segundo Silva e Fomigli (1994), a temática da avaliação ganha relevância, por um lado, associada às possibilidades e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários e, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias.

Assim, o objetivo básico da avaliação é produzir julgamentos do que quer que esteja sendo avaliado, sendo definido como metas da avaliação dar respostas a perguntas avaliatórias que são apresentadas. Como papéis da avaliação se destacam as maneiras pelas quais essas respostas são usadas (BLAINE; FITZPATRICK; SANDERS, 2004)

Contandopoulos et al (1997) refere que avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Ambas podem se dar ao mesmo tempo, porém, coincidem somente parcialmente, conforme visto na figura 1.

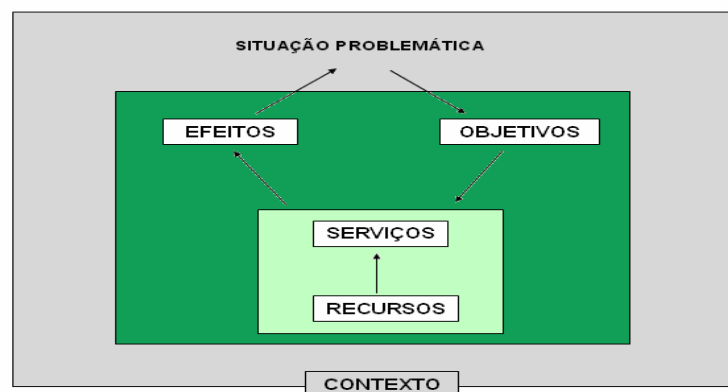
A avaliação normativa é compreendida como a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Apóia-se na concepção da forte relação existente entre o respeito aos critérios e normas e os efeitos reais do programa ou da intervenção, por isso, inclui a apreciação da estrutura, apreciação do processo e apreciação de resultados. (HARTZ, 2006).

A pesquisa avaliativa consiste em fazer julgamentos da pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção. Consiste em fazer uma ou várias das seguintes análises: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise dos efeitos, análise dos rendimentos e análise da implantação (HARTZ, 2006).



**Figura 1 : Programa Avaliativo**  
Adaptado de Hartz, 2006

Por intervenção entendemos que é constituída pelos conjuntos de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problema. Caracteriza-se por cinco componentes: Objetivos; recurso: serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento. (HARTZ, 2006)



**Figura2 Estrutura de uma intervenção.**

Adaptado de Hartz, 2006

No campo da avaliação, o debate em torno do papel da teoria e uso dos modelos técnicos tem assumido contornos muito particulares. A teoria que se fala aqui são aquelas referentes ao programa, seu contexto e interações. A teoria do programa deveria especificar tudo que deve ser feito para alcançar os objetivos desejados, quais impactos que podem ser antecipados e como isso se produz (HARTZ, 2006).

O objeto da investigação científica é um construto da realidade possível de ser representada por um modelo: o objeto-modelo. Este representará traços

chave de um objeto completo, seus movimentos (fluxos) e suas relações, de forma total e integrada, com propriedades passíveis de serem abordadas pela teoria. Desta forma, é elaborado o modelo lógico de um programa (HARTZ, 2006).

. Entendemos que a teoria do programa é dividida em duas partes: a teoria prescritiva que visa à estrutura que o programa deveria ter (tratamentos, produtos e processos de implantação); e a teoria descritiva, que abrange os mecanismos causais que ligam o tratamento usado no programa. O modelo lógico é concebido como um esquema visual que apresenta como o programa deve ser implementado e que resultados são esperados. Deve explicitar como programa idealmente funciona, e é considerado um passo fundamental no planejamento de uma avaliação. O modelo lógico de um programa deve incluir os componentes; os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução de seus componentes; e resultados esperados (HARTZ, 2006).

Compreendendo o CAPSad como uma intervenção e ainda como uma organização de saúde, destacamos que Cardoso e Cunha (2005) conceituam a organização como uma construção social, que estrutura e possibilita a capacidade de agir coletivamente. Compreender sua complexidade requer uma perspectiva multidimensional em que, primeiramente, se delimitam quatro níveis de realidade: o macrosistema social, a própria organização, o pequeno grupo dentro da organização e o indivíduo. Portanto, há grandes riscos de que a organização seja permeada de percepções subjetivas, dado as interfaces e inter-relações entre esses níveis. Mais ainda no que tange as organizações dedicadas aos cuidados de saúde mental.

Diante disso, podemos questionar se a intervenção CAPS ad está sendo suficiente para atender os seus objetivos propostos no seu referencial normativo e nas portarias. Considerando suas atividades, devemos entender se estão trazendo os resultados esperados nos agravos e transtornos provocados pela dependência de substâncias psicoativas na comunidade. Podemos refletir se os recursos e insumos são suficientes e adequados para a execução das ações. A intervenção CAPS ad considera o contexto do seu território no seu programa de atividades para atingir seus objetivos, ou este é o momento indicado para sua implantação?



Sendo assim, identificamos como esforço preliminar e essencial para a efetiva avaliação, o estudo da avaliabilidade do Programa CAPSad, com o objetivo de recomendar se esta intervenção é passível de um julgamento avaliativo. Um processo de avaliação formal, estruturado e objetivo podem apontar em seus resultados para a garantia de ações mais eficientes e eficazes, melhorando a qualidade do programa.

Como alternativa para o estudo de avaliabilidade, Thurston et al. (2005) apoiando-se no trabalho de Rossi e Freeman (1989), Wholey (1977), e Rutman (1977), apontam um sistema de avaliabilidade que requer um processo interativo de coleta de dados, análise, e verificação das conclusões. Este inclui sete elementos: (a) limitação do programa por identificação das metas, objetivos, e atividades que constituem o programa; (b) revisão dos documentos; (c) modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas; (d) supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; (e) desenvolvimento de um modelo de programa avaliável; (f) identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos; e (g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

Como ferramenta para desenvolvimento do modelo do programa, destacamos o modelo lógico (MEDINA et al., 2005), que oferece uma visão clara da intervenção, assim como aonde pode haver necessidades de adequação.

Portanto, necessário se faz refletir o problema que os CAPS ad pretende resolver e se seus objetivos são coerentes com este. Salientamos que a intervenção CAPS ad é relativamente recente, ter sido definida em portaria ministerial em 2002 e como programa municipal em 2003, a adequação da avaliação do mesmo é premente. Pois pode melhor definir propósitos e objetivos, informações e resultados, além de poder corrigir e redirecionar ações e recursos para aumentar o impacto da intervenção na comunidade.

## **2 Justificativa**

### **Considerando:**

- O risco e os agravos que são decorrentes do uso abusivo/dependência de drogas em vários aspectos e vertentes;
- Os impactos na saúde e na convivência social, sobretudo devido às associações do uso de drogas com os índices de ocorrências provocadas por causas externas (violências e acidentes) e outras questões clínicas;
- O alto índice de comprometimento nas áreas sócio familiar e profissional;
- O CAPS ad como estratégia para o enfrentamento deste, tanto na promoção e prevenção, como na reabilitação e reinserção social, no território. Estes Centros têm a responsabilidade de articular e estruturar a rede de saúde do território para a problemática do uso de drogas, sendo o regulador do fluxo de assistência diante das necessidades e demandas da população.

### **Este estudo se justifica, pois:**

- Há carência de pesquisas avaliativas que abordem o tema em questão.
- Sugeri um modelo de avaliação que possa contribuir com a reflexão dessas ações e seus impactos na comunidade;
- Tal modelo permitirá a seleção de prioridades de avaliação, favorecendo a comunicação entre técnicos e gestores da gestão municipal;

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Desenhar uma proposta de avaliação das ações do Centro de Atenção Psicossocial Tipo ad. –(CAPS ad)

#### **3.2 Específicos**

- a) Realizar a análise de documentos oficiais a respeito do desenvolvimento do CAPS ad;
- b) Definir os objetivos do programa CAPS ad
- c) Definir os componentes e elementos do modelo lógico do programa CAPS ad

## **4 Procedimentos metodológicos**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Este estudo corresponde a uma proposta de avaliação para o CAPS ad que inclui revisão bibliográfica e a elaboração do modelo lógico, etapa chamada de avaliabilidade.

### **4.2 Etapas do Estudo**

#### **4.2.1 Revisão da Literatura**

Esta etapa incluiu a revisão da literatura existente sobre a temática da avaliação de Programas de Saúde e o Programa CAPS ad, que subsidiará a descrição da questão de saúde (PROBLEMA) e da intervenção a ser avaliada (PROGRAMA).

Como passo inicial de toda pesquisa científica, a revisão de literatura corresponde à exploração de fontes bibliográficas; tais como: livros, revistas científicas, teses, relatórios de pesquisa e base de dados como: Scielo, Bireme, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde. Onde será pesquisados o assunto com os seguintes descritores: Serviços Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde de Saúde Mental, Transtorno por Uso de Tabaco, Abuso de Maconha,

#### **4.2.2 Análise documental**

A análise documental consistiu no levantamento dos documentos oficiais normativos que regeu a implantação e operacionalização do Programa CAPS ad (Port. 336 2002). Os documentos oficiais explorados nesta etapa estão apresentados no Quadro 1.

<b>DOCUMENTOS</b>
Lei 8.080, de 19 de setembro de 1999
NOB 96 de 05 de novembro de 1996
NOAS 01 de 27 de fevereiro de 2002...
Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.
Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.
Portaria n 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 --Normas Aplicáveis ao CAPS
PNAD- Política Nacional Antidrogas- Presidência da República – 2001
Política de redução de danos do Município de Recife - Programa de redução de Danos no consumo de Álcool, Fumo e outras Drogas (+VIDA)-
Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de Álcool e outras drogas - Ministério da Saúde

**Quadro 1 Documentos oficiais**

#### 4.2.3 Elaboração do modelo lógico

Em um modelo lógico devem constar os componentes essenciais e secundários do programa, os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução de seus componentes e os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços (MEDINA et al, 2005).

Neste estudo, os elementos contemplados no modelo lógico do Centro de Atenção Psicossociais Tipo AD são descritos a seguir:

**Componentes** – as partes constituintes do programa, suas áreas de atuação principais.

**Sub-componentes** – entendido como sub-áreas de atuação enquadradas em um componente específico e que agrega várias atividades.

**Objetivos de implantação** – objetivo geral (relativo ao programa) e objetivos específicos (relativos aos componentes ou sub-componentes).

**Recursos/ Insumos** – recursos físicos, materiais, financeiros e humanos necessários para o desenvolvimento das atividades.

**Atividades** – meios utilizados para atingir os resultados esperados.

**Produtos** – conseqüências imediatas da realização das atividades.

**Resultados** – mudanças que o programa pretende alcançar, em curto prazo (resultados diretos do programa) e a médio e longo prazo (conseqüências do programa no seu contexto), que também é reconhecido como impacto.

Portanto os elementos descritos mostram a série de eventos, organizados de forma hierárquica e dispostos em um diagrama para apresentar um funcionamento teórico do programa/ intervenção. Este modelo facilita a compreensão uma vez que o mesmo possibilita a ligação do processo aos resultados através de uma seqüência de passos e ainda valoriza a interação dos efeitos dos componentes

#### 4.2.4 Considerações éticas

O presente projeto foi orientado conforme a Resolução 196/96 CNS/MS, e foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães em julho de 2008.

## 5. Resultados

Este estudo se propôs a elaboração do modelo lógico do programa CAPS ad. Esta construção foi baseada na revisão bibliográfica e no referencial normativo, além da observação e experiência da prática institucional pelas pesquisadoras. Além disso, foi apresentado na sua versão preliminar para alguns técnicos do CAPS ad e do Programa Mais Vida, visando o reconhecimento do desenho, e a confirmação dos processos lógicos da intervenção. Estes técnicos puderam interagir com os pesquisadores fazendo sugestões e alterações no modelo apresentado, e sem a expectativa de consenso neste momento. As contribuições foram dirigidas mais ao componente programa terapêutico, por ser o mais extenso em número de atividades, permitindo o acolhimento de várias sugestões. Todas as pontuações, no entanto, foram analisadas pelos pesquisadores e avaliadas no desenho do modelo lógico.

Assim, dividimos a intervenção em cinco componentes. O primeiro, Assistência a Saúde, foi detalhado em dois sub-componentes: acolhimento /triagem e projeto terapêutico. Por acolhimento/triagem entende-se a recepção de usuários novos e ou reincidentes, seu atendimento e encaminhamentos iniciais. No projeto terapêutico contemplam-se as atividades terapêuticas ,de assistência,desintoxicação e reinserção social com o usuário e seus familiares.O resultado esperado visa a abordagem adequada de acordo com suas demandas e necessidades.

O segundo componente é a Educação em Saúde, que segundo a portaria nº 336/GM/2002 (BRASIL,2004)propõe a realização de atividades de prevenção quanto ao uso abusivo ou dependências de álcool e outras drogas no território. Com resultados esperados a população informada sobre as drogas e sobre a rede de atendimento.

O terceiro componente é a Articulação da Rede e Mobilização Social,o Ministério da Saúde preconiza a função do CAPS como articulador da demanda e da rede de Saúde para questão de álcool e drogas no território. As atividades visam melhorar o atendimento à população.

O quarto componente refere-se à Formação e Educação Permanente., consiste na ampliação da produção de conhecimento e sua aplicabilidade na rotina dos serviços de saúde em questão. Resultando na dinamização e fluidez da prática da equipe e aprimoramento do processo coletivo de trabalho.

O quinto componente é ensino e pesquisa, que traz a promoção e o apoio para espaços de ampliação de conhecimento e integração ensino-serviço. Finalizando com a formação profissional da equipe, assim como a ampliação da troca e formação profissional no serviço.

O conjunto dos componentes estudados no modelo contribuirá para o alcance do resultado final do programa. Salientamos, porém, que esse resultado será consequência da efetiva implantação do CAPad e de outros programas sociais que se reúnem para a redução dos danos causados pelo uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas.

O esquema do modelo lógico poderá ser visto no quadro 2.

### **Modelo lógico do centro de atenção psicossocial tipo ad da cidade de Recife**

**Problema:** Altos índices dos agravos decorrentes do uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas.

**Intervenção:** Centro de Atenção Psicossocial Tipo AD da Cidade do Recife

**Objetivo Geral:** Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários (as) pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

**Meta do Programa:** Reduzir os danos e agravos decorrentes do uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas dos usuários atendidos nos CAPSad da Cidade do Recife.



OBJETIVOS	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS
Realizar o primeiro atendimento aos usuários de drogas referenciados ou não-referenciados,	Equipe técnica interdisciplinar	Triagem da população de usuários de drogas que busca o CAPS ad	População de usuários de droga que busca os CAPS ad selecionada.	Promoção de espaço individual e coletivo de fala, de acolhimento, de orientação para os usuários em processo de tratamento e encaminhamento para as modalidades de tratamento no CAPS ad.  Demanda atendida e encaminhada de acordo com sua necessidade
	Estrutura física do serviço	Referencia e admissão dos usuários nas várias modalidades de tratamento no CAPS ad	População de usuários de droga que busca o CAPS ad absorvida nas diversas modalidades de tratamento do CAPS ad	
	Recursos Materiais diversos			
	Transporte			
	Supervisão clínico/institucional			
Medicamento	Referencia dos usuários para outros níveis da Rede de acordo com sua necessidade	População de usuários de droga que busca o CAPS ad encaminhada para os outros níveis da Rede.	Demanda atendida e encaminhada de acordo com sua necessidade	
		Promoção de espaço coletivo de fala e acolhimento para orientação aos pacientes sobre o processo de tratamento e encaminhamento para as modalidades do CAPS.(ir para resultado)	Grupos acontecendo semanalmente com o encaminhamento adequado para as modalidades	

**Quadro 2 - Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Acolhimento/triagem**

(Continua)

OBJETIVO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS
Propiciar assistência à saúde necessária para os usuários de álcool, fumo e outras drogas e seus familiares.	Equipe técnica interdisciplinar	Desenvolvimento de grupos terapêuticos com os usuários diariamente.	Grupos terapêuticos realizados diariamente	Promoção de espaços de reflexão sobre a relação com a droga, avaliando estratégias para prevenir recaídas e / ou redução de danos para usuários e familiares.
	Estrutura física do serviço	Preparação dos laudos e das autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC)	Total de APAC preenchida	
	Recursos Materiais diversos	Atendimentos individuais ao usuário de acordo com seu projeto terapêutico individual	Usuários atendidos individualmente	
	Transporte	Atendimentos individuais e/ou em grupos aos familiares	Familiares atendidos individualmente e/ou em grupos	
	Supervisão clínico/institucional	Visitas Domiciliares aos usuários, caso seja indicado pela equipe, e/ou solicitado pela família e/ou usuário e/ou profissional da rede de saúde.	Visitas domiciliares realizadas.	Aproximação e reconhecimento da realidade social, econômica e familiar do usuário
		Atendimentos médico clínico e psiquiátrico	100% dos usuários atendidos e avaliados pelo clínico e psiquiatra, com prescrição medicamentosa quando necessário.	Acompanhamento da saúde física e mental dos usuários e redução de encaminhamentos aos Hospitais/ Unidades de desintoxicação
		Oferta de desintoxicação leve nos leitos de repouso do CAPSad para usuários vinculados	Desintoxicação leve realizada no CAPS ad	
		Referencia para Desintoxicação ambulatorial domiciliar	Usuários fazendo desintoxicação domiciliar com supervisão do CAPS ad	
		Garantia de medicação a todos os usuários.	100% dos usuários com medicação garantida.	Cobertura as receitas prescritas pelos médicos da equipe.
		Programação e controle da demanda mensal de medicamento.	Mapa mensal de controle de medicamentos elaborado e enviado à Farmácia Central do Município.	Medicamentos fornecidos de acordo com a demanda do CAPS ad

**Quadro 3 - Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Projeto terapêutico**

		Dispensa de medicamentos aos usuários.	Usuários recebendo medicamentos de acordo com a prescrição médica	Usuários sendo tratados de forma adequada
		.Estimular e apoiar processos de reinserção social para usuário dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos para programas de apoio social,.	Usuários estimulados e encaminhados para as ações de apoio social Usuários estimulados e encaminhados para os programas de capacitação profissional e geração de renda. Usuários estimulados e encaminhados para os programas de alfabetização e/ou retorno a escolarização. Usuários estimulados e encaminhados para ações de cultura e lazer	Usuários reinseridos em atividades produtivas diversas.
		Estimular e apoiar processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos para capacitação profissional e geração de renda		
		Estimular e apoiar processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos à rede escolar.		
		Estimular e apoiar processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos para ações de cultura e lazer		
		. Apoio matricial pelos CAPSAd às equipes do Programa Saúde da Família	Total de equipes do território apoiadas	
		Encaminhamento para Albergamento dos usuários de álcool, fumo e outras drogas, em local protegido, de acordo com o seu projeto terapêutico	Usuários encaminhados para albergamento de acordo com o seu projeto terapêutico.	
		Desenvolvimento de Projeto Terapêutico Individual dos usuários	Todos os usuários com Projeto Terapêutico Individual	

**Quadro 4 - Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Projeto terapêutico (conclusão)**

OBJETIVO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS
Promover atividades educação em saúde, (pois Educação em saúde pode tb prevenir e promover) de prevenção ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	Realização de palestras informativas às instituições públicas ou privadas visando informar sobre os riscos e danos que envolvem o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas	Número de palestras realizadas.	<p>Reorientação das práticas de saúde para a população sobre as questões que envolvem o uso de droga.</p> <p>População informada e orienta nos níveis de prevenção e assistência.</p>
		Participação em eventos de promoção de saúde e/ou lazer ocorridos no território para reforçar e estimular os fatores de proteção com relação ao uso de drogas	Número de participações em eventos de promoção de saúde e/ou lazer ocorridos no território.	
		Orientações à população sobre o acesso a serviços de suporte para problemas de saúde e Redução de Danos	População orientada.	População informada sobre como ter acesso a rede de atendimento.

**Quadro 5 - Componente: Educação em Saúde**

OBJETIVO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS
Cumprir o papel de organizador da demanda e da rede de saúde mental para a questão de álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	Articulação com outros serviços de rede social, tais como: políticas de assistência social, desenvolvimento econômico, ONGs, associação de comunidades.e de saúde .	Total de serviços sociais e de saúde articulados para desenvolver as ações do CAPS ad	Rede articulada e população atendida de forma adequada
		Participação nos Fóruns de saúde mental nos distritos.	Número de participação no Fórum distrital de saúde mental	Serviços de Saúde Mental discutindo processos e fluxos para melhoria no atendimento à população no Distrito.
		Apoio e fortalecimento das associações de usuários, conselhos gestores de unidades.	Associações de usuários e conselhos gestores de unidade apoiados.	Controle social fortalecido e organizado
		Articulação das ações dos Agentes Redutores de Danos com as equipes dos PSF/PACS	Agentes redutores de danos articulados com equipes de PSF/PACS.	Ações de Redução de Danos acontecendo na assistência básica

**Quadro 6 - Componente: Articulação da Rede e Mobilização Social**

OBJETIVO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS
Promover a ampliação e a produção de conhecimento, bem como, a incorporação no processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	Reunião de equipe técnica semanal para discutir a rotina de atendimento e encaminhamento de casos	Reuniões de equipe acontecendo semanalmente	Dinamização e fluidez da prática da equipe.
		Realização de Grupo de estudo nas áreas de redução de danos e substâncias psicoativas	Profissionais participando de estudos mensais	Aprimoramento do processo coletivo de trabalho
		Realização da Supervisão clínico-institucional quinzenalmente para discussão de casos clínicos e dinâmicas de trabalho refletidos e discutidos	Casos clínicos e dinâmicas de trabalho refletidos e discutidos quinzenalmente	
		Revisão do Projeto terapêutico do serviço	Projeto Terapêutico revisado	

**Quadro 7 - Componente: Formação e Educação Permanente.**

OBJETIVO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS
Promover e apoiar espaços para formação de conhecimento e integração ensino-serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	Participação em eventos científicos diversos, tais como seminários, congressos, encontros e cursos	Equipe de profissionais participando de eventos científicos visando capacitação.	Qualificação profissional dos profissionais do CAPS ad
		Disponibilização de preceptoria para estágios curriculares	Programa de estágio curricular para graduações diversas: Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Serviço Social, e outros., no CAPS ad	Formação profissional em equipe interdisciplinar integrada, na área de dependência química estruturada. Espaço de formação para alunos em diferentes cursos de nível médio e superior. Favorecer a aproximação e integração ensino-serviço
		Realização de aulas práticas e visitas no CAPSad por alunos de graduação das universidades e nível técnico	Aulas práticas sendo realizadas no CAPSad de acordo com a disponibilidade.	Estudantes da Graduação de Medicina e da Residência multiprofissional acompanhando as ações do CAPS ad
		Campo de prática de disciplina de medicina preventiva do curso de Medicina e Residência Multiprofissional	Oferecer o espaço do CAPS ad para realização de pesquisas científicas e produção de conhecimento.	Pesquisas científicas sendo realizadas nos CAPS ad
		Campo para realização de pesquisas científicas.		

**Quadro 8 - Componente: Ensino e pesquisa**

## **6. Considerações finais e recomendações**

Neste trabalho, trazemos a revisão bibliográfica como fonte de informação para a elaboração do modelo lógico do CAPS ad do Município do Recife. Ferramenta essa que permitiu a observação preliminar de limitações e possibilidade de avaliação do programa em questão. Nesse contexto, pontuamos algumas considerações e recomendações, considerando a etapa percorrida do presente trabalho, sobretudo com vistas ao prosseguimento das demais fases que deverão ser desenvolvidas para a elaboração de uma proposta de avaliação e posterior execução e conclusão da mesma.

Considerando que esse estudo representou um passo inicial para um estudo de avaliabilidade, apontamos que o desenho do programa CAPS ad contribuiu para demonstrar que esta é uma intervenção passível de avaliação. Apresenta um conjunto de ações definidas e consistentes para a elaboração de indicadores pertinentes para o monitoramento por técnicos e gestores do Programa na Prefeitura da Cidade do Recife. Entretanto, a incipiência de informações sobre o problema do uso, dependência e transtorno devido às drogas no município representou um fator limitante. Apesar de termos usado pesquisa realizada no nordeste, dados mais específicos da cidade poderiam conduzir à definição mais clara de seus objetivos, metas e resultados esperados com o Programa.

Diante dessa realidade, e com vista a agregar validade interna ao estudo, destacamos que o modelo lógico deverá ser apresentado aos especialistas, mediante a realização de técnica de consenso, que tem o objetivo de promover a discussão sobre os elementos do modelo, no sentido de pactuá-los entre técnicos e gestores envolvidos no Programa.

Por outro lado, como anteriormente mencionado, esse trabalho foi um espaço de observação fragilidades no Programa e de possíveis questões de avaliação, cumprindo a função formativa da avaliação. O desenho do modelo lógico, revelou, à luz dos pesquisadores, os componentes que oferecem maior impacto sobre o problema no território, e que devem ser inicialmente observados, pois suas ações respondem diretamente sobre a questão dos agravos decorrentes da dependência



química na comunidade. Neste sentido, o componente assistência à saúde, no sub componente projeto terapêutico, precisa-se definir melhor as ações de reinserção social com relação aos resultados esperados. As atividades são suficientes para a promoção de reinserção social aos usuários? Há como ter dados sobre estes resultados?

Com relação ao componente Articulação de rede, consideramos necessário refletir se as iniciativas citadas são suficientes, pois se considera esse um item que garante os princípios de integralidade preconizados pelo SUS. Observamos ainda a prioridade de perguntar se o Programa atende as necessidades que o problema exige. O conjunto de ações do CAPS ad responde com eficácia e efetividade a demanda do território? É preciso acrescentar outras ações ao Programa?

Embora preliminares, os referidos questionamentos são fruto da descrição do Programa CAPS-ad que representam a etapa inicial, porém fundamental para o sucesso da elaboração e desenvolvimento da proposta de avaliação desses Centros de Atenção instalados recentemente na Cidade do Recife.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: SDE:ENSP, 1995.

BARROS, AJP.; LEHFELD, NAS. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_entendendo\\_o\\_sus\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf)>. Acesso em: 16 de maio. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <[http://pnass.datasus.gov.br/documentos/CADERNO\\_PNASS.pdf](http://pnass.datasus.gov.br/documentos/CADERNO_PNASS.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção e Atenção as IST/AIDS na Saúde Mental no Brasil: Análises, Desafios e Perspectivas**. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL, Secretária Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, DF: 2001.

CARDOSO, CMM.; CUNHA, FC. **Repensando a organização: uma abordagem psicossociológica**. 2 ed. RECIFE, PE Instituto Tecnologia em Gestão, 2005

CARLINI, EA. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas:** Estudo envolvendo 107 maiores cidades do país, São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2006

CAVALCANTI, MG; SAMICO, I; FRIAS, PG.; VIDAL, SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma região metropolitana do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Infantil, Recife**, v.6 n.4: p 437-445, out/dez, 2006.

FIGLIE, N.B; BORDIN, S; LARANJEIRAS, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: ROCA , 2004.

FIGUEIRÓ, AC. **Desenho da Avaliação.** Texto de Apoio do Curso Básico de Avaliação em Saúde, Recife, 2007.

HARTZ, ZMA. (Org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2006.

MARLLAT, GA. **Redução de danos.** Rio de Janeiro. ed Artmed, 1999

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, **Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde:** Avaliação para a Transformação: Bolívia, Dominica, Haiti, República Dominicana, São Vicente e Granadinas. DF, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, **Modernização das secretárias de Estado de Saúde:** Cooperação Técnica Descentralizada para o Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil, **Ano 2002.** DF, 2003.

RECIFE, Secretaria de Saúde. **Política de Redução de Danos do Município.** Recife, PE: Prefeitura da Cidade do Recife, 2007.

RABELO, ARR. . **Um manual para o caps.** Salvador: EDUFBA, 2006.

SILVA, LMV.; FORMIGLI, LVA. Artigo avaliação em saúde: limites e perspectivas **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10 n.1, p 80-91, jan/ mar.1994


WORTHEN, BR; SANDERS, JR; FITZPATRICK, JL. **Avaliação de Programas: Concepções e Práticas**. São Paulo, SP: Editora Gente, 2004.

TEIXEIRA,C..F..**Estudo avaliativo da política de atenção á saúde auditiva: estudo de caso em Pernambuco 2007**.Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.Orientadora:Lia Geraldo da Silva Augusto

THURSTON, E. Avaliação da avaliabilidade de um programa para sobrevivente de tortura: lições aprendidas. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20 n. 2, p 1-25, 2005.



Apêndice



**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães**  
**Departamento de Saúde Coletiva**



## Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas: Desenhando a Intervenção

ASSIS, Fernanda Antonia Pantoja Nunes <sup>1</sup>  
 FIGUEIROA, Magda da Silva <sup>2</sup>  
 DUBEUX, Luciana Santos <sup>3</sup>

<sup>1</sup> - Prefeitura da Cidade do Recife – Sec. de Saúde – DS III – Centro Médico Senador José Ermirio de Moraes  
<sup>2</sup> - Prefeitura da Cidade do Recife – Sec. de Saúde – DS II – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Estação Vicente Araújo  
<sup>3</sup> – Orientadora: Pesquisadora do Laboratório de apoio ao processo de Municipalização de Saúde LAMSAÚDE – NESC/CPAM

### Introdução

Este trabalho apresenta a elaboração do modelo de avaliação da intervenção Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras drogas (CAPS ad). O aumento do consumo de drogas psicoativas constitui um grave problema que atinge várias esferas da sociedade, provocando enormes agravos à comunidade. Tal quadro vem solicitar Políticas de Intervenção que contemplem grandes parcelas da população. Dentro destas estratégias o CAPS ad vem como resposta de enfrentamento, consoante com a reforma psiquiátrica e sanitária. O ministério da Saúde regulamentou o serviço de CAPS ad ,através da Portaria n 336/GM/2002, que define normas e funcionamento. O modelo lógico oferece uma visão clara da intervenção, assim como onde pode haver necessidade. Fazendo-se necessário refletir o problema que o CAPS ad pretende resolver e se seus objetivos são coerentes com este. Assim, com este trabalho propomos como resultado, o desenho lógico, do CAPS ad, como etapa de avaliação do Programa.

### Metodologia

Este estudo corresponde a uma proposta de avaliação para o CAPS ad que inclui revisão bibliográfica em livros, periódicos, teses, relatórios de pesquisa e base de dados como: Scielo, Bireme, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde. Onde será pesquisado o assunto com os seguintes descritores: Serviços Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde de Saúde Mental, Transtorno por Uso de Tabaco, Abuso de Maconha, e a elaboração do modelo lógico, avaliabilidade.

### Objetivos

**GERAL:**

Desenhar uma proposta de avaliação das ações do Centro Psicossocial Tipo ad (CAPS ad).

**ESPECÍFICOS:**

- Realizar a análise de documentos oficiais, a respeito da implantação e desenvolvimento de CAPS ad.
- Definir os objetivos do CAPS ad
- Definir os documentos e elementos do modelo lógico do Programa CAPS ad.

### Resultados

O estudo se propôs a elaboração do modelo lógico do CAPS ad, esta construção foi baseada na revisão bibliográfica e referencial normativo. Dividimos a intervenção em cinco componentes, descrição resumida abaixo.

### Conclusões

Diante desta pesquisa podemos perceber que o Programa CAPS ad é uma intervenção passível de uma avaliação ,visando a definição mais clara de seus objetivos e resultados. A elaboração do modelo lógico do Programa permitiu a observação de limitações e possibilidades, assim sugerimos que seja dado continuidade do processo de avaliação para uma definição mais clara das metas, sua resposta do problema e impacto da intervenção na rede de assistência

### Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.  
 MARLLAT, G.A. REDUÇÃO DE DANOS. Rio de Janeiro – ed. Artmed, 1999  
 PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, Secretaria de Saúde. Política de Redução de Danos do Município. Recife, PE: Prefeitura da Cidade do Recife, 2007.

