

PARTE IV

REGIÃO SUDESTE

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AVALIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E SÃO PAULO

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Enfermeira. Pós-Doutora em Estudos Sociais pela Universidade de Coimbra. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da USP.

E-mail: marciaap@usp.br

Heloísa Garcia Claro

Enfermeira. Doutora em Saúde Mental e Professora da Escola de Enfermagem/USP.

E-mail: helo_gclaro@hotmail.com

Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes

Cientista Político. Doutor em Ciência Política pela USP. Professor Adjunto da UFABC.

E-mail: ivanfilipe@gmail.com

José Gilberto Prates

Enfermeiro. Doutor em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da USP.

E-mail: jprates@hc.fm.usp.br

Paula Hayasi Pinho

Psicóloga. Doutora em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da USP. Professora da UNIFESP – Santos.

E-mail: phpinho@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

O cuidado ao usuário de álcool e outras drogas – AOD, no Brasil, está inserido dentro da área temática do cuidado em Saúde Mental, no Sistema Único de Saúde. A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conjunto de serviços para o cuidado das necessidades do indivíduo usuário de AOD, busca identificar as necessidades de saúde de forma integral, em todas as fases da vida, desde os serviços de atenção primária a saúde, até os serviços especializados. Alguns dispositivos da RAPS que trabalham para a efetivação da reabilitação psicossocial são os consultórios na rua, unidades de acolhimento, empreendimentos de economia solidária, Centros de Convivência e Cooperativa - CECCOs, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, entre outros.

Frente ao cenário e os desafios existentes é relevante discutir a constituição de políticas públicas de saúde mental no Brasil. Contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira, mostrar as consequências dos modelos de cuidado anteriores e como as novas práticas em saúde mental e AOD são ferramentas poderosas, compreendendo as atuais políticas de cuidado ao usuário de AOD com vistas à Reabilitação Psicossocial, reconhecendo o usuário como ser ativo de seu processo de cuidado.

O objetivo deste texto é apresentar e discutir as Políticas Públicas de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, com ênfase à região Sudeste, bem como falar sobre a importância da avaliação dos serviços de cuidado a estes indivíduos, e apresentar dados de estudo recente a respeito da avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas – CAPSad.

2. HISTÓRICO: REFORMA PSIQUIÁTRICA E CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No ano de 2015 o Ministério da Saúde brasileiro divulgou o dado de que existem 2.209 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em nosso país. Esse número vem crescendo constantemente desde 1998. Além disso, temos atualmente 289 Serviços Residenciais Terapêuticos no país (170 na região sudeste), 4.349 beneficiários do

Programa de Volta pra Casa, e o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de mais de 50.000 para 26.000 desde 2002 até 2014 (BRASIL, 2015).

Sem a devida contextualização e conceituação, esses números pouco dizem. Aliás, muitas vezes observamos a diminuição dos leitos psiquiátricos na mídia e somos levados erroneamente a acreditar que há um retrocesso na área da saúde. Um objetivo secundário deste texto é fazer com que, ao final da leitura, seja possível perceber que esses números representam quantitativamente evidências da Reforma Psiquiátrica Brasileira, culminando nas atuais políticas públicas de saúde mental e de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em nosso país com objetivos humanizados e defensor da cidadania.

Vale destacar que entendemos Políticas Públicas como o conjunto de leis, estratégias do governo, decretos, portarias, diretrizes e práticas institucionalizadas que possuem como objetivo atender às necessidades da população em determinados assuntos. No caso da saúde, políticas de saúde visam à atenção integral do cidadão, com equidade, de forma universal – como determinado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. No caso específico da saúde mental e AOD, as políticas públicas visam direcionar a forma que cuidamos dos indivíduos nos mais diferentes setores e dispositivos de cuidado à saúde.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de luta por melhores direitos e cuidado humanizado em saúde mental e ao usuário de AOD. Reforma significa dar um formato novo, e a reforma psiquiátrica significa reformatar, dar uma forma nova ao cuidado em saúde mental e ao usuário de AOD. Isso inclui também mudar a forma pela qual chamamos essa ciência, de psiquiatria, que focaliza principalmente a patologia e seus sintomas, à saúde mental, que se refere a um conceito mais amplo dentro do processo saúde-doença. A Reforma Psiquiátrica discute questões relacionadas à inserção das pessoas no mundo, tendo a defesa da cidadania como principal tarefa, entendida como projeto aberto às singularidades e especificidades de diversas formas de expressão da condição humana (BARROS; EGRY, 2001).

Para contextualizar a reforma psiquiátrica - RP e dar sentido às atuais políticas públicas que direcionam o cuidado em saúde mental e AOD no Brasil precisamos entender um pouco sobre eventos históricos importantes. Isto porque, a RP busca transformar o modelo assistencial em saúde mental e AOD e visa construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão. Não pretende acabar com o tratamento clínico,

mas eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social das pessoas com transtornos psíquicos e transtornos decorrentes do uso de AOD (OLIVEIRA, M., 2002).

Ao longo da história, aqueles que eram tidos como loucos, inebriados, bêbados, drogados, e etc. eram exilados em instituições totais, denominadas manicômios ou hospitais psiquiátricos, onde intervenções desumanas eram realizadas. Estas pessoas eram excluídas da sociedade por ser improdutivas ou fugir da norma de comportamento adequada ditada pela maioria. Os loucos e os drogados eram excluídos com o objetivo, dentre outros, de não atrapalhar o funcionamento da sociedade, e durante décadas sofreram os mais diferentes abusos e violência em instituições de portas fechadas, isolados de suas vidas, comunidades, de sua rede social. A Declaração de Caracas de 1990, adicionada ao relatório sobre a saúde no mundo da OMS, de 2001, são marcos mundiais para a desinstitucionalização psiquiátrica. Eles destacam que a desinstitucionalização de pessoas há longo tempo internadas em hospitais constitui exigência ética, institucional, técnica e social para viabilizar a garantia da reconstrução de cidadania, restituição do direito a moradia e do acesso à atenção psicossocial em serviços de base comunitária, territorial, que promovam cuidado eficaz e promotor de inclusão social (OMS; OPAS, 2001)

Em resposta a este movimento mundial de luta pelos direitos humanos e direitos em saúde mental, o Brasil passou a repensar a forma de tratar os portadores de transtornos mentais e usuários de AOD. Destacam-se alguns eventos nacionais abaixo que delinearão esse processo no território nacional.

Em novembro de 1963 foi realizada a III Conferência Nacional de saúde, onde diversas discussões sobre a reforma sanitária foram realizadas. Dentre os pontos importantes dessa conferência, destacamos a importância da rede municipalizada de saúde. Na época, o objetivo era dar cobertura aos trabalhadores e seus dependentes (OLIVEIRA, M., 2002). Em 1978 o Movimento dos trabalhadores de saúde mental fazia reivindicações trabalhistas, e por meio de um discurso humanitário, (até por conta do momento político de redemocratização que o país vivia) teve grande repercussão e avanço na luta antimanicomial (OLIVEIRA, M., 2002).

Aconteceram também quatro conferências nacionais de saúde mental (em 1987, 1992, 2001 e 2010), que tiveram como objetivo chamar a sociedade a discutir e reconstruir a relação com pessoas com necessidades de saúde mental ou decorrentes do

uso de AOD. A pauta dessas reuniões era os direitos dos usuários à atenção integral e cidadania, reorientação do modelo assistencial, organização de uma rede de atenção psicossocial que substituísse os hospitais psiquiátricos, e que tivesse como objetivo a Reabilitação Psicossocial dos indivíduos (DA SILVA; BARROS; DE OLIVEIRA, 2002).

Em resposta à insatisfação com a assistência ainda muito centrada no hospital, o congresso nacional aprovou em 2001 a lei 10.216, após 11 longos anos de tramitação. Esta lei reconhece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção psicossocial no Brasil, que passa a ser, de forma regulamentada, um modelo não hospitalocêntrico. A partir dessa lei, portarias e resoluções foram instituídas para o redirecionamento e financiamento do modelo da RAPS, desativação dos leitos hospitalares, capacitação dos trabalhadores, etc. Essas novas normas e regulamentações e aspectos éticos e legais que as envolvem estão descritas a seguir.

3. NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Graças a mobilização de usuários, trabalhadores, familiares e da sociedade como um todo, mesmo a Lei 10.216 demorando mais de uma década, passando por três gestões federais para ser aprovada, surgiu em 1987 em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, marco importante do rompimento com o modelo anterior de cuidado hegemônico, centrado no hospital psiquiátrico.

Nesse contexto de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde - SUS, com a mudança do modelo de atenção, o rompimento com as práticas hegemônicas e manicomial surgem os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS. OS CAPS são serviços de suma importância na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, e o preparo do enfermeiro para a prática na RAPS deve ser foco. Este profissional deve ser preparado para o acolhimento, afirmação da cidadania, produção de novas subjetividades e para a efetivação da reabilitação psicossocial. (Amarante, 2003) A reabilitação Psicossocial consiste em orientar o cuidado aos usuários em três eixos principais: trabalho, moradia e rede social. Os CAPS representam um novo modelo institucional de tratamento do paciente em saúde mental com o objetivo de fornecer o cuidado ao indivíduo sem retirá-lo do convívio social e da vivência plena de seus direitos de cidadania.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS hoje é uma expressão contundente da Reforma Psiquiátrica para o fortalecimento do SUS. Deve-se dar continuidade ao trabalho para efetivar e qualificar a RAPS na Reabilitação Psicossocial, protagonismo dos usuários, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos. Nesse sentido a participação dos trabalhadores é decisiva para o projeto coletivo da RP (BRASIL, 2015).

Para que a Reabilitação Psicossocial se efetive da forma descrita acima, algumas leis, decretos e portarias foram de extrema importância para a construção da RAPS. São essas:

- A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências que visam à assistência terapêutica integral; (BRASIL, G. F., 1990).
- Portaria 106 de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, que são serviços que acolhem em moradias pessoas que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica em hospitais (BRASIL, M. D. S., 2000a);
- Portaria 1.220 de 2000, que institui como é realizado o acompanhamento dos moradores dos SRTs (BRASIL, M. D. S., 2000b);
- Lei 10.216, de 2001, que lei reconhece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção psicossocial no Brasil, que passa a ser, de forma regulamentada, um modelo não hospitalocêntrico; (BRASIL, 2001)
- Portaria 251 de 2002, que redireciona e normatiza a assistência hospitalar; (BRASIL, 2002)
- Portaria 336 de 2002, que dá novas diretrizes para o funcionamento dos CAPS; (BRASIL, 2002).
- Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o Programa de Volta pra Casa - PVC, que beneficia os egressos de internações também de longa duração para que se vinculem novamente à sua comunidade de origem, família, etc; (BRASIL, 2003a)
- Lei 3.090 de 23 de dezembro de 2011, que estabeleceu modalidades para a habilitação das moradias dos Serviços Residenciais Terapêuticos; (BRASIL, 2011a).

Os tipos de CAPS atualmente regulamentados pelas leis e portarias acima citadas estão abaixo descritos (BRASIL, 2011b):

- CAPS I, para população de 20.000 a 70.000 habitantes, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis;
- CAPS II para população de 70.000 a 200.000, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis, podendo comportar 3º turno em horário estendido;
- CAPS III para população acima de 200.000 habitantes deve comportar equipe para acolhimento noturno, 24h diariamente, todos os dias úteis, finais de semana e feriados;
- CAPSi (infantil) atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, para população acima de 150.000, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis, podendo comportar 3º turno em horário estendido;
- CAPSad, (álcool e outras drogas) para população acima 70.000, 8 as 18, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis, podendo comportar 3º turno em horário estendido;
- CAPSad III (álcool e outras drogas) para população acima de 200.000 habitantes deve comportar equipe para acolhimento noturno, 24h diariamente, todos os dias úteis, finais de semana e feriados.

Essas leis e portarias, bem como a forma de funcionamento dos CAPS, que são serviços de extrema importância da RAPS, visam o atendimento do usuário de forma integral (desde a infância até a vida adulta), em sua comunidade, de forma a garantir direitos básicos de moradia e cuidados em saúde, principalmente, de forma humanizada.

Além da moradia, da reintegração social e dos cuidados em saúde e rede social, na nova lógica de cuidado regulamentada da forma descrita acima, o trabalho também deve ser destacado. Como explanado por Silva, o trabalho do usuário passa a ocupar o seu lugar devido, não restrito a um dispositivo de tratamento como no modelo moral, nem como dispositivo de adaptação social proposto pelas ciências do comportamento, nem como mecanismo de acesso por excelência no jogo das contratualidade sociais, como na psiquiatria democrática italiana. O trabalho é um dos vários outros dispositivos eficazes de inclusão social que podem contemplar as necessidades diferenciadas dos usuários,

como a organização social e política, atividades de lazer, religião e vida afetiva (SILVA, 1997). O trabalho deve ser compreendido neste novo modelo como um instrumento de intervenção que busca a ampliação no nível de contratualidades sociais do usuário, se alinhando a uma perspectiva de superação da tradição psiquiátrica (SILVA, 1997).

Destacam-se também as ações de saúde mental na atenção básica, que é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Os usuários do SUS recebidos e avaliados nas Unidades de Atenção Básica - UBS como portadores de necessidades de saúde mental, podem ter as mesmas trabalhadas pela equipe interdisciplinar na própria unidade, quando de baixa complexidade. Em alguns casos, conta-se com o apoio matricial, que consiste em um atendimento conjunto da UBS e do CAPS a usuários do território, que garante, mais uma vez, o cuidado integral a este indivíduo, unindo as especificidades do cuidado na atenção primária (UBS) com a atenção especializada (CAPS).

Em outros casos de maior complexidade, é necessário que o usuário seja encaminhado a um CAPS. Estes serviços são portas abertas e de demanda espontânea, ou seja, os próprios usuários podem busca-los mesmo sem encaminhamento e serão acolhidos e iniciarão naquele (ou em algum outro CAPS mais próximo de seu território) o seu plano terapêutico singular.

Além disso, em momentos de agudização dos sintomas (crise), de acordo com as atuais políticas públicas, o cenário de cuidados do usuário em crise é a enfermaria de saúde mental em hospital geral. O objetivo deste local é realizar um atendimento compartilhado do usuário com os outros dispositivos da rede pelos quais ele transita (CAPS, UBS, etc.).

Equipamentos da comunidade como os Centros de Convivência e Cooperativa, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Serviços de atenção à população de rua, Consultório na rua, entre outros, devem ser acionados e utilizados pelos usuários da RAPS de acordo com as suas necessidades, e cabe à equipe interdisciplinar conhecer o território e garantir o acesso do usuário a estes equipamentos. Em 2003 foi publicada “A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, do Ministério da Saúde. Essa política enfatiza a redução de danos como o caminho a ser seguido para o cuidado ao usuário de AOD (BRASIL, 2003b). A portaria 3.088 de 2011 da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS também dá ênfase à redução de

danos e ao cuidado ao usuário de AOD como importante objetivo dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Considerando a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a RAPS é um conjunto de serviços e espaços públicos, que tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

Modificando a ideia ultrapassada de que apenas um serviço de base comunitária deveria substituir o hospital psiquiátrico - local onde antes os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas eram asilados, a condição de rede de serviços traz consigo uma ideia de que os indivíduos precisam de uma oferta variada de intervenções e ações em suas vidas para efetivar a sua reabilitação psicossocial. Em contraste a uma lógica reducionista de que o usuário de álcool e outras drogas necessita apenas de terapia e medicação, a Rede mostra que os indivíduos precisam conquistar direitos como cidadãos, ter acesso a lazer, trabalho, moradia, saúde integral, rede social, e conquistar os espaços das cidades de onde foram, por muitas décadas, excluídos.

Esta portaria 3.088 dá ênfase à necessidade do respeito aos direitos humanos como uma forma de garantia da liberdade e autonomia. Faz menção aos princípios do SUS como equidade e integralidade. Além de prezar pela assistência interdisciplinar, e não mais centrada unicamente na nosologia médica e intervenção medicamentosa. Incentiva a diversificação das estratégias de cuidado, abrindo espaço para práticas complementares e ações psicossociais (BRASIL, 2011b). Faz-se necessário que as ações sejam de base territorial e comunitária, trabalhando com os indivíduos o empoderamento, reconhecimento e uso ativo dos recursos de sua comunidade. Outro ponto importante é o destaque à educação permanente que deve acontecer nos serviços, com o objetivo de capacitar a equipe interdisciplinar para que possa, a cada dia, atender melhor às necessidades de sua população (BRASIL, 2011b).

4.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE USO DE DROGAS

Estima-se que 2,5 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de causas relacionadas ao álcool somente em 2004. Muito preocupante é o dado de que mais de 300 mil deste total pertencem à faixa etária de 15 a 29 anos. Este número estimado de mortes chega a 3,8% de todas as mortes no mundo no mesmo ano, bem como mais de 4% da carga global de doenças, que é medido com base nos anos de vida perdidos por incapacidades (WHO, 2010).

No Brasil, estudo que comparou dados de 2006 e 2012 detectou um aumento de 20% no número de bebedores frequentes, destacando-se que o aumento entre estes seis anos foi maior do que o reportado anteriormente por pesquisas com mulheres, uma vez que o número de bebedores frequentes neste grupo aumentou 10% (LARANJEIRA, 2014). O mesmo estudo aponta que 32% dos indivíduos entrevistados tiveram ao menos um episódio de descontrole relacionado ao ato de beber, relatando que não conseguiram interromper o consumo, uma vez iniciado, da bebida alcoólica (LARANJEIRA, 2014).

Por sua vez, a cannabis, conhecida popularmente como maconha, é a substância sob controle internacional globalmente mais usada. Em 2013, um número estimado de 181,8 milhões de pessoas com idade entre 15 a 64 anos fizeram uso de cannabis para fins não terapêuticos. Essa substância demanda atualmente estratégias de tratamento aos problemas de saúde associados a seu uso, bem como necessidade de diálogo entre os países sobre políticas internacionais mais efetivas de controle da produção e circulação desta substância (WHO, 2016). A prevalência de uso de cannabis nos últimos 12 meses no Brasil é de 2,5% na população adulta e de 3,5% na população adolescente, uma taxa semelhante à de outros países da América Latina (LARANJEIRA, 2014). Cerca de 3.4 milhões de pessoas no Brasil fizeram uso de cannabis nos últimos 12 meses (LARANJEIRA, 2014).

Em 2013, estima-se que 5,2% da população mundial fez uso de cocaína e seus derivados. Destes, 0,59% fazem uso problemático da substância (WHO, 2015b). Estudo recente indica que 244 mil brasileiros fizeram uso de crack, cocaína ou outros derivados de cocaína nos últimos 12 meses. Além disso, 70% dos usuários de cocaína e derivados fazem uso conjunto de maconha (LARANJEIRA, 2014).

Em 2015, mais de 1,1 bilhão de pessoas fumavam tabaco no mundo. A prevalência ainda é maior em homens, e embora esteja em declínio em todo o mundo, a prevalência do tabagismo parece aumentar na Região do Mediterrâneo Oriental e Região Africana (WHO, 2015a). Assim como na maior parte do mundo, houve uma redução entre os anos de 2006 a 2012 de 20% no consumo de tabaco em adultos. A redução foi ainda maior em adolescentes, alcançando 45%. Pouco mais de 11% da população estudada é composta de ex-fumantes (LARANJEIRA, 2014).

5. A REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

5.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA REGIÃO SUDESTE

A prevalência do tabagismo na região Sudeste do Brasil baixou de 21,8% em 2006 para 17,7% em 2012. A prevalência do uso de cocaína na região foi de 2,2%, concentrando o maior número absoluto de usuários da substância no país (1,4 milhões de pessoas que relataram ter usado a droga no último ano, o que corresponde à metade dos usuários de cocaína brasileiros) (LARANJEIRA, 2014).

Na região sudeste, a prevalência do uso regular de álcool passou de 46% em 2006 a 60% em 2012. O beber em binge (uso de 5 ou mais doses de álcool em uma mesma ocasião) na mesma região passou de 41% em 2006 a 56% em 2012 (LARANJEIRA, 2014). A região sudeste é a segunda região brasileira em maior proporção de casos confirmados de infecção pelo vírus da hepatite B, em decorrência do uso de drogas, ficando atrás somente da região Sul. Entre 2001 e 2007, a região que apresentou o maior número de mortes relacionadas a uso de drogas foi a região Sudeste. Esse número de óbitos decresceu discretamente na região sudeste entre 2001 a 2007. Além disso, Minas Gerais é segundo estado do país com maior número de mortes em estradas decorrentes de acidentes onde um dos condutores estava embriagado (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

As Regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maior número de afastamentos do trabalho e aposentarias por invalidez em decorrência do consumo de drogas. A região

Sudeste possui as duas maiores porcentagens de crimes de posse para uso de drogas ilegais sobre o total de crimes entre 2004 a 2007, correspondendo a 1,5% tanto em Minas Gerais como em São Paulo (DUARTE et al., 2009).

Entre 2001 a 2007, foram apreendidos 25.699,3 quilos de cocaína na região Sudeste, o que corresponde a 33% do total de apreensões nacionais. No que tange ao crack, o peso apreendido na região Sudeste foi de 333,4 quilos, o que corresponde a 25,5% do total nacional. Considerando a maconha, foram apreendidos 275.658,6 quilos, correspondendo a 24% das apreensões no país (DUARTE et al., 2009).

6. CARACTERIZAÇÃO DA RAPS NA REGIÃO SUDESTE

A respeito das equipes de consultório na rua, que são parte das estratégias da Atenção Básica em Álcool e outras drogas, 3 equipes estão no ES, 13 em MG, 9 no RJ e 35 em SP. Um total de 60 na região sudeste, somando 54% das equipes de consultório na rua do total brasileiro (111 equipes) (BRASIL, 2015). Somando todos os tipos de dispositivos CAPS, a região sudeste possuía, em 2014, uma cobertura de 0,79 CAPS por 100 mil habitantes, estando abaixo do Nordeste (1/100.000) e do Sul (1,07/100.000). A cobertura acima de 0,70 é considerada como “muito boa” pelo ministério da saúde. As regiões Norte (0,61/100.000) e Centro-Oeste (0,66/100.000) encontram-se abaixo desse nível estabelecido como muito bom. Todas as regiões do país apresentaram positiva taxa de crescimento de cobertura de CAPS de 2002 a 2014(BRASIL, 2015).

A região Sudeste (763) é a segunda região com maior número de CAPS no total, estando atrás da região Nordeste (781), apesar de ser a mais populosa do país. Um dos estados que ainda não possui CAPS III, ou seja, CAPS na modalidade 24 horas é o estado do ES. Este estado conta atualmente com apenas 23 CAPS no total, tendo a menor taxa de cobertura da região Sudeste (0,46/100.000) e estando atrás somente dos estados do Acre (0,44/100.000) e Amazonas (0,39/100.000) mostrando a necessidade de expansão do número de CAPS na região Sudeste (BRASIL, 2015).

No caso específico dos CAPSad, a região Sudeste possui 133 CAPSad, equivalente a 43% do total nacional e 25 CAPSad III, equivalente a 36% do total nacional. Em número absoluto, é a região com maior número de CAPSad em ambas as modalidades. Quando contabilizados os municípios elegíveis em cada estado e quantos destes possuem CAPS, somente o estado do Piauí possui 100% de cobertura. Na região Sudeste, apenas 60,5% dos municípios elegíveis possuem CAPS. O estado da região com melhor cobertura é o estado do RJ, com 94,6% de cobertura e o pior o do ES, com 37% (BRASIL, 2015). O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostrou que 58% das pessoas da região sudeste já haviam procurado o CAPSad para tratamento para AOD (LARANJEIRA, 2014).

Quando pensamos em dispositivos mais novos da RAPS, como é o caso da Unidade de Acolhimento, existem apenas 34 em território nacional. Destas, 11 estão em SP e 6 em MG. Os estados do RJ e ES não contam com este dispositivo (BRASIL, 2015).

O dado sobre leitos em hospital geral para a região Sudeste é de grande preocupação. Em São Paulo, apenas 1 hospital foi habilitado com 20 leitos para saúde mental e álcool e outras drogas no período de 2012 a 2014. Um total de 323 leitos em hospital geral foram habilitados na região Sudeste neste período, correspondendo a 44% dos leitos habilitados no período no país. A maior parte destes (176) encontra-se no estado de MG (BRASIL, 2015).

6.1 AVALIAÇÃO DE CAPSAD

Como dito anteriormente, os CAPSad, parte da RAPS, podem ser do tipo III (com funcionamento de 24 horas, ou II, funcionando durante a semana, em horário normal ou estendido). Mais recentemente, na Portaria 3.088 publicada em 2011, designou-se aos CAPSi também a função de cuidado às necessidades específicas dos usuários de AOD ainda em sua infância e adolescência (BRASIL, 2011b).

Desde o surgimento dos CAPSad, em 2002, estes serviços foram alvo de estudos avaliativos apenas recentemente. Estes estudos recentes preocuparam-se em avaliar os serviços com base em entrevistas com usuários e seus familiares, trabalhadores e os

gerentes destes CAPSad (BARBOSA et al., 2015; LIMA, 2013; OLIVEIRA, M. A. F. D. et al., 2014; PINHO, 2014)

É preciso avaliar os serviços de saúde para garantir que o cuidado às necessidades dos indivíduos esteja sendo atendidas. Uma avaliação efetiva de serviços da RAPS inclui não somente dados sobre cobertura e número de atendimentos, mas também opiniões dos interessados no funcionamento do serviço (usuários, familiares, comunidade do entorno, trabalhadores, etc) sobre o tratamento oferecido e sua efetividade (OLIVEIRA, M. A. F. D. et al., 2014).

Além disso, busca-se também, em estudos de avaliação, mensurar os resultados das intervenções realizadas nos serviços. Na área da saúde, escalas validadas que façam a mensuração dos resultados do cuidado são comumente utilizadas, com o objetivo de avaliar a percepção auto-relatada do indivíduo a respeito de sua melhora, recuperação ou melhoria de suas condições gerais de saúde para acompanhamento do tratamento (CLARO et al., 2011; OLIVEIRA, M. A. F. D. et al., 2014).

6.2 RESULTADOS DOS ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DOS CAPSAD NOS ESTADOS DE SÃO PAULO E MINAS GERAIS

No período de 2013 a 2015 foi realizada uma pesquisa de corte transversal, de caráter quantitativo, com os usuários de CAPSad nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá. Para a presente análise, serão apresentados os dados dos usuários pertencentes à região Sudeste (SP e MG).

Foram entrevistados 647 usuários na região, sendo 330 do estado de MG e 317 do estado de SP. Dos 28 CAPSad da região Sudeste que fizeram parte da pesquisa, 15 estão localizados em SP e 13 em MG. Os CAPS em São Paulo estão localizados nos municípios de São Paulo, Bauru, Botucatu e Taboão da Serra, enquanto os CAPS mineiros foram sorteados de modo que a pesquisa foi realizada em ao menos um CAPSad por município que possui esse serviço. Foram sorteados 30 usuários de cada um dos CAPSad para participação na pesquisa, o que totaliza 840 usuários sorteados. Destes, 77% foram entrevistados. Motivos para perdas de usuários foram impossibilidade de contato no

CAPSad e via telefones e endereços encontrados nos prontuários e usuários que recusaram participar da pesquisa.

Para condução da coleta de dados, os usuários responderam a entrevistas que compreendiam questionário sócio-demográfico e duas escalas validadas no Brasil, a escala de Satisfação dos Pacientes com Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR (BANDEIRA, M.; PITTA; MERCIER, 2000; BANDEIRA, M.; SILVA, 2012) e a Escala de Mudança Percebida – EMP (BANDEIRA, M. D. B. et al., 2011). A primeira escala avalia a satisfação dos usuários com os serviços de forma global e em três subescalas: Competência da equipe e do terapeuta principal, Ajuda recebida no serviço e Condições físicas do serviço. A escala EMP avalia a mudança percebida pelo usuário em sua vida após o início do tratamento no CAPSad, bem como a mudança percebida em três subescalas: Atividades e Saúde Física, Aspectos Psicológicos e Sono e Relacionamentos e estabilidade emocional.

Como pode ser percebido na Tabela 1, a maior parte dos entrevistados declarou-se como do sexo masculino. Além disso, quanto à idade, a média foi de 44,27 anos (IC 95% 43,36-45,18), com mediana de 44 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 76. Pode-se verificar também que a maior parte dos usuários entrevistados possui baixa renda, apresentando renda familiar de até 2 salários mínimos. Quanto ao uso de AOD, a idade média na qual os indivíduos perceberam que este tornou-se prejudicial com idade média de de 32,63 anos (IC 95% 31,62- 33,65), mediana de 30 anos, idade mínima de 5 e máxima de 70. A maior parte refere ter conhecimento a respeito de seu diagnóstico e a comorbidade de saúde mental mais relatada foi a depressão, 19% da amostra, seguida por transtorno de ansiedade (14,2%).

Tabela 1: Perfil dos usuários dos CAPSad de São Paulo e Minas Gerais. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	355	54,9%
	Feminino	292	45,1%
	Total	647	100,0%
Raça/Cor	Não informado	1	,2%
	Branca	279	43,1%
	Negra	267	41,3%
	Parda	100	15,5%
	Total	647	100,0%
Renda familiar no último mês	Até 2 salários mínimos	458	70,8%
	de 2 a 4 salários mínimos	138	21,3%
	de 4 a 10 salários mínimos	43	6,6%
	de 10 a 20 salários mínimos	5	,8%
	Acima de 20 salários mínimos	3	,5%
	Total	647	100,0%
Usuário sabe qual o seu diagnóstico?	Não	53	8,2%
	Sim	594	91,8%
	Total	647	100,0%
Transtorno Bipolar do Humor	Não	569	87,9%
	Sim	41	6,3%
	Não informado	37	5,7%
	Total	647	100,0%

Depressão	Não	486	75,1%
	Sim	123	19,0%
	Não informado	38	5,9%
	Total	647	100,0%
Esquizofrenia	Não	574	88,7%
	Sim	35	5,4%
	Não informado	38	5,9%
	Total	647	100,0%
Transtorno da ansiedade	Não	517	79,9%
	Sim	92	14,2%
	Não informado	38	5,9%
	Total	647	100,0%

Quando questionados a respeito das drogas para as quais consideram que fazem tratamento atualmente, é relatado que as drogas mais prevalentes são álcool em primeiro lugar, seguido de cocaína, com maconha em terceiro, crack em quarto e tabaco (cigarro) em quinto, como pode ser observado na tabela 2. Esses dados são compatíveis com estudos de prevalência nacional, que mostram a droga de maior preocupação na atualidade é o álcool (LARANJEIRA, 2014). Assim como nestes levantamentos nacionais, as drogas ilícitas mais comumente utilizadas e para as quais se busca tratamento são a cocaína e seus derivados, dentre eles o crack, e a maconha (LARANJEIRA, 2014).

Tabela 2: Uso de drogas que consideram estar em tratamento no CAPSad, São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Tabaco	Não	410	63,40%
	Sim	201	31,10%
	Não informado	36	5,60%
	Total	647	100,00%
Álcool	Não	146	22,60%
	Sim	477	73,70%
	Não informado	24	3,70%
	Total	647	100,00%
Outras drogas	Não	319	49,30%
	Sim	296	45,70%
	Não informado	32	4,90%
	Total	647	100,00%
Maconha	Não	421	65,10%
	Sim	226	34,90%
	Total	647	100,00%
Cocaína	Não	409	63,20%
	Sim	238	36,80%
	Total	647	100,00%
Crack	Não	445	68,80%
	Sim	202	31,20%
	Total	647	100,00%
Solventes	Não	602	93,00%
	Sim	45	7,00%
	Total	647	100,00%
Heroína	Não	645	99,70%
	Sim	2	0,30%
	Total	647	100,00%
Anfetaminas	Não	634	98,00%
	Sim	13	2,00%
	Total	647	100,00%
LSD	Não	624	96,40%
	Sim	23	3,60%
	Total	647	100,00%
Ecstasy	Não	628	97,10%
	Sim	19	2,90%
	Total	647	100,00%
Hipnóticos	Não	639	98,80%
	Sim	8	1,20%
	Total	647	100,00%
Sedativos	Não	625	96,60%
	Sim	22	3,40%
	Total	647	100,00%

Alucinógenos	Não	628	97,10%
	Sim	19	2,90%
	Total	647	100,00%
Opióides	Não	641	99,10%
	Sim	6	0,90%
	Total	647	100,00%

Apesar de apenas 201 usuários referirem que fazem tratamento para o uso de tabaco, 416 fumavam na data da coleta dos dados, o que indica que muitos deles não procuraram ajuda do CAPSad para o uso desta droga específica ou não viam esse consumo como um problema. Apesar dos altos índices de usuários que relatam fazer tratamento para o uso de álcool, cocaína, crack e maconha, percebe-se, por meio dos

Tabela 3: Uso de álcool e outras drogas no último mês. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Uso de maconha no último mês	Não	583	90,10%
	Sim	64	9,90%
	Total	647	100,00%
Uso de crack e/ou cocaína no último mês	Não	539	83,30%
	Sim	108	16,70%
	Total	647	100,00%
Uso atual de cigarro	Não	231	35,70%
	Sim	416	64,30%
	Total	647	100,00%
Uso atual de álcool	Não	387	59,80%
	Sim	260	40,20%
	Total	647	100,00%

dados apresentados na tabela 3, que a maior parte dos usuários obteve algum sucesso na redução do uso das drogas nos últimos 30 dias, resultado este obtido a partir da comparação da tabela 3 com a tabela 2. Os resultados da tabela dois mostram que 9,9% usou maconha, 16,7% usou crack e/ou cocaína e 40,2% usou álcool Nos últimos 30 dias. As drogas com maior prevalência de uso no último mês, como pode ser verificado, são o álcool e o tabaco.

O CAPSad tem, portanto, um impacto positivo na redução do consumo de drogas por parte dos usuários. A redução da quantidade de drogas utilizada está associada às práticas de redução de danos, o que mostra que os CAPSad conseguem auxiliar os indivíduos que buscam tratamento de forma compatível com as atuais políticas para o cuidado ao usuário de AOD no Brasil (BRASIL, 2003b).

Quanto a comorbidades clínicas, podemos observar na tabela 4 abaixo que a doença mais prevalente nesta população é a hipertensão arterial, seguida por diabetes e DST/AIDS. O álcool, principalmente, é associado na literatura a problemas de saúde clínica como a hipertensão, diabetes e também o risco para doenças sexualmente transmissíveis (DA COSTA et al., 2004; GONDIM, 2006; HARTMANN et al., 2007). É necessário, portanto, que os CAPSad contem com o apoio de uma RAPS efetiva, onde as necessidades clínicas dos usuários sejam encaminhadas às unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e também a serviços especializados. Infelizmente, a interação entre os serviços da RAPS ainda não é apontada pela literatura como suficiente para o cuidado às necessidades do indivíduo em diversas localidades brasileiras (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DE SOUSA SILVA et al., 2014). Intersetorialidade e maior investimento na articulação dos serviços mostram-se de grande relevância frente aos dados aqui expostos.

Tabela 4: Comorbidades clínicas dos usuários. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Hipertensão arterial	Não	507	78,4%
	Sim	140	21,6%
	Total	647	100,0%
Diabetes	Não	604	93,4%
	Sim	43	6,6%
	Total	647	100,0%
Obesidade	Não	632	97,7%
	Sim	15	2,3%
	Total	647	100,0%
Problemas oncológicos	Não	639	98,8%
	Sim	8	1,2%
	Total	647	100,0%
DST/AIDS	Não	619	95,7%
	Sim	28	4,3%
	Total	647	100,0%

Quanto à avaliação dos usuários a respeito do cuidado que receberam no CAPSad, podemos verificar que a maior parte deles se encontra satisfeito. Os escores de satisfação para todas as subescalas do instrumento SATIS-BR aproximam-se do valor 5, que é a pontuação máxima da escala. O item com pior avaliação por parte dos usuários é “Condições físicas do serviço”, o que mostra que os usuários têm uma visão melhor a respeito do cuidado que recebem e de seu relacionamento com a equipe quando comparado a elementos da estrutura física do CAPSad. Do outro lado, a satisfação quanto à “Competência da equipe e do terapeuta principal” e sobre a “Ajuda recebida no serviço” mostrou-se bastante alta.

Tabela 5: Satisfação com o tratamento recebido e Mudança Percebida. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

	Variável	Média	Mediana	IC 95% LI	LS	Min	Max
Satisfação dos usuários com o CAPSad	Competência da equipe e do terapeuta principal	4,44	5,00	4,40	4,49	2	5
	Ajuda recebida no serviço	4,61	5,00	4,57	4,66	1	5
	Condições físicas do serviço	3,91	4,00	3,85	3,97	1	5
	Satisfação global	4,37	4,00	4,32	4,42	2	5
Mudança Percebida	Atividades e Saúde Física	2,58	3,00	2,54	2,62	1	3
	Aspectos Psicológicos e Sono	2,69	3,00	2,65	2,73	1	3
	Relacionamentos e estabilidade emocional	2,58	3,00	2,54	2,62	1	3
	Mudança percebida Global	2,66	3,00	2,62	2,70	1	3

A avaliação subjetiva de usuários dos serviços públicos é, com frequência, apontada como idealizada pela literatura (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Os usuários, especialmente os de classes sociais mais baixas e/ou mais vulneráveis, com frequência associam o serviço e a sua experiência como positiva, simplesmente por sentirem-se gratos pelo caráter “*gratuito*” do serviço. Além disso, a literatura menciona o medo dos

usuários em perder o serviço, o que também pode enviesar a sua avaliação dos mesmos (GOMES et al., 1999).

Finalmente, quanto à mudança percebida em suas vidas, desde que iniciaram o tratamento no CAPSad, os usuários também possuem uma visão bastante positiva, uma vez que os escores para todas as subescalas do instrumento Escala de Mudança Percebida aproximam-se do valor 3, pontuação máxima da escala. Desta forma, é possível afirmar que o cuidado no CAPSad está associado a uma percepção global de melhora por parte dos usuários, tanto no que tange a saúde física, aspectos psicológicos e relacionamentos, como pode ser observado na tabela 5.

Posto isto, podemos concluir que os usuários do CAPSad em São Paulo e Minas Gerais estão satisfeitos com o serviço recebido e percebem que as atividades realizadas no CAPSad estão promovendo mudanças em diversos aspectos de suas respectivas vidas. Temos, portanto, alguns indícios que apontam para a qualidade do serviço prestado com a implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda que saibamos das diversas lacunas existentes na construção de uma RAPS adequada, capaz de dar conta das demandas e necessidades da população atendida.

7. CONCLUSÃO

Os CAPSad configuram-se como serviços de extrema importância na RAPS no Brasil. Nos estados de São Paulo e Minas Gerais da região Sudeste, estes serviços são muito bem avaliados pelos usuários. Entretanto, avanços que objetivem uma maior integração da rede de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, bem como políticas intersetoriais, com a participação principalmente da área de educação, cultura e trabalho, são de extrema importância para o cuidado às necessidades destes indivíduos.

Além disso, faz-se necessário um maior investimento em estudos avaliativos, que pesquisem não somente o CAPSad mas a articulação entre os serviços da RAPS e os outros dispositivos por onde os usuários de AOD circulam, com o objetivo de verificar se a integralidade ao cuidado deste usuário vem sendo atingida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação de satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=275816&indexSearch=ID> >.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. D. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012.

BANDEIRA, M. D. B. et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BARBOSA, G. C. et al. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 31-37, 2015.

BARROS, S.; EGRY, E.

O louco, a loucura ea alienação institucional: o ensino de enfermagem Sub Judice. São Paulo: Cabral 2001.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União. SAÚDE, M. D. 2001.

_____. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial.** SAÚDE, M. D. Brasília, DF 2002.

_____. **LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.** SAÚDE., M. D. 2003a.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** SAÚDE, M. D.;EXECUTIVA, S., *et al.* Brasília: Ministério da Saúde: 60 p. 2003b.

_____. **Lei 3.090 de 23 de dezembro de 2011.** SAÚDE, M. D. 2011a.

_____. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** SAÚDE, M. D. Brasília, DF 2011b.

_____. **Saúde Mental em Dados 12.** Brasília - DF: Ministério da Saúde. Governo Federal. 2015.

BRASIL, G. F. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, a Organização EO Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências.** Brasília-DF, Brasil, 1990.

BRASIL, M. D. S. **PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000.** SAÚDE, M. D. Brasília, DF. 2000a.

_____. **Portaria nº 1220/GM de 7 de novembro de 2000.** Brasília, DF 2000b.

CLARO, H. G. et al. Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 7, n. 2, p. 71-77, 2011.

DA COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

DA SILVA, A. T.; BARROS, S.; DE OLIVEIRA, M. A. [Health and mental health policies in Brazil: social exclusion/inclusion as intention and action]. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 1, p. 4-9, Mar 2002.

DE SOUSA SILVA, L. et al. A ARTICULAÇÃO ESF/CAPS AD III NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DO PET-SAÚDE. 11º Congresso Internacional da Rede Unida, 2014.

DUARTE, P. D. C. A. V.; STEMPLIUK, V. D. A.; BARROSO, L. P. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, DF.: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2009.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 789-797, 1999.

GONDIM, R. C. **Comportamento sexual e uso de álcool e drogas entre homens que fazem sexo com homens no Ceará: tendências e práticas de risco para as DST/AIDS**. 2006. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1857-66, 2007.

LARANJEIRA, R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)-2012. **São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD).[Links]**, 2014.

LIMA, F. C. Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD: estudo de caso de um município da região sul do Brasil. 2013.

OLIVEIRA, M. **Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio**. São Paulo: Selecta Editorial 2002.

OLIVEIRA, M. A. F. D. et al. Assessment procedures of mental health services: an integrative review. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014.

OMS, O. M. D. S.; OPAS, O. P.-A. D. S. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: 2001.

PINHO, P. H. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo**. 2014. Universidade de São Paulo

SILVA, A. **Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à reprodução de vida. São Paulo, 1997. 161 p.** 1997. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.[Links]

WHO, W. H. O. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 2010.

_____. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015a. ISBN 978 92 4 156492 2

_____. **World Drug Report, 2015.** Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime 2015b.

_____. **The health and social effects of nonmedical cannabis use.** Geneva, Switzerland.: WHO Document Production Services, 2016. ISBN 978 92 4 151024 0.