



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



DANIELA CRISTINA BELCHIOR MOTA

**REDE ASSISTENCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE
PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES**

Versão Parcial

(Com restrição dos artigos – página 80 à 155)

JUIZ DE FORA

2016

DANIELA CRISTINA BELCHIOR MOTA

**REDE ASSISTENCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE
PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia
Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Telmo Mota Rozani

Co-orientador: Brian Rush

JUIZ DE FORA

2016

Imprimir na parte inferior, no verso da folha de rosto a ficha disponível em:

<http://www.ufjf.br/biblioteca/servicos/usando-a-ficha-catalografica/>

DANIELA CRISTINA BELCHIOR MOTA

**REDE ASSISTENCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE
PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES**

Banca constituída por:

Prof.^a Dra. Estela Márcia Saraiva Campos
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Fernando Colugnati
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Francisco Inácio Bastos
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Luís Fernando Tófoli
Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Lúcia, pelo amor que comprehende, aceita e acolhe as minhas escolhas e, assim, dispensa que eu as explique.

Àqueles profissionais que, em seu dia a dia, nos serviços públicos brasileiros, buscam ofertar uma assistência digna aos que necessitam de cuidados em razão do uso de álcool e outras drogas. É com estes profissionais que uma mudança mais profunda na atenção aos usuários de tais substâncias, aquela que o Brasil ainda não vivenciou, poderá se consolidar.

AGRADECIMENTOS

Ao Telmo, por orientar este estudo e pelo seu empenho em torná-lo possível. Ao Brian, pela co-orientação e disposição em compartilhar a sua experiência. Gostaria de agradecê-los pela confiança e por me apoiarem em decisões cruciais para a construção deste estudo na realidade brasileira.

Aos professores Estela Saraiva Campos, Fernando Colugnati e Luís Fernando Tófoli, pelas importantes sugestões que me foram dadas para aprimorar este estudo na qualificação; ao Prof. Francisco Inácio Bastos, por sua disponibilidade em me receber na Fiocruz no momento que antecedeu a realização desta pesquisa e por contribuir para pensar como iniciá-la. Obrigada pela gentileza em aceitarem participar da banca de avaliação.

Às pesquisadoras do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica da Universidade de São Paulo, Prof.^a Laura Helena Andrade Guerra, Camila Silveira e Erica Siu, por viabilizarem a realização desta pesquisa mediante a utilização do banco de dados do Estudo São Paulo Megacity. Agradeço, também, ao Henrique Gomide e à Kamyama Consultoria em Estatística Ltda, pelo suporte prestado na programação dos dados.

Aos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA), pela oficina que realizamos em São Paulo. Agradeço especialmente à Prof.^a Ana Regina Noto, Eroy Silva, Alessandra Nagamine Bonadio, Danilo Locatelli e Tatiana Amato, que fazem parte do NEPSIS; ao Pedro Costa, Ana Casela e Érika Pizzoli, pesquisadores do CREPEIA, pela valiosa contribuição na coordenação dos grupos para formação de consenso, bem como aos profissionais que deles participaram.

Aos profissionais atuantes no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas do município de Osasco, por participarem desta pesquisa, em especial, à coordenadora Beatriz Esposito, por seu envolvimento na organização do painel Delphi.

À Ana Carolina, Mayara, Stela, Amata, Wanderson e Juliana, pela participação na oficina, nos estudos-piloto e pela dedicação à análise qualitativa dos dados.

À amiga Erica Cruvinel, pela sua serenidade e pela amizade que cresceu em todos estes anos de Polo de Pesquisa e Psicologia Social/CREPEIA. Seu apoio em meu cotidiano foi fundamental para tornar este percurso mais alegre e mais humano.

À minha mãe, Lúcia, pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha vida, e às minhas tias e familiares, pelo carinho e por torcerem por mim.

Aos meus irmãos, Maria Inês, Ana, Chiquinho e Julinho, pelos valores transmitidos e por terem sido a imagem que fortalecia as minhas memórias mais preciosas.

Às minhas amigas Mara, Fê e Marina, pelos laços fraternos que nos mantêm conectadas, ultrapassam as distâncias físicas e seguirão fortes ao longo da vida. À amiga Fernanda Sarchis, por ser tão atenciosa ao escutar os meus receios e por me encorajar a enfrentá-los. À amiga Priscylla Konopp, pois sua amizade é uma fonte de paz ao compartilharmos os desafios da docência e da vida acadêmica.

Por fim, agradeço o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior mediante o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, a Universidade Federal de Juiz de Fora pela bolsa de doutorado e a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais pelo financiamento deste estudo.

“A planificação é por conseguinte uma relação de ou entre pessoas. É um enfrentamento de vontades sociais ou a confluência de vários vetores sociais, da qual resulta um único vetor real, fruto da história. A principal função da planificação consiste em captar tal vetor social e em ajudar a sua construção” (Rivera, 1987).

RESUMO

MOTA, D. C. B. **Rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas: Desenvolvimento de um modelo de planejamento baseado em necessidades**, 2016. 257F. Tese (Doutorado), Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora

Embora sejam escassos na literatura e ainda não desenvolvidos no contexto brasileiro, modelos de planejamento baseados nas necessidades da população são fundamentais para a implementação de serviços para usuários de álcool e outras drogas. A presente tese teve como objetivo construir um modelo de planejamento baseado em necessidades para a rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas na população geral no Brasil. Os objetivos específicos foram: (1) Identificar, entre atores-chave de São Paulo, quais serviços deveriam oferecer suporte para desintoxicação, suporte ambulatorial e suporte residencial; (2) Compreender a racionalidade da argumentação dos atores-chave durante o processo de identificação dos serviços, elucidando os principais temas de consenso; (3) Obter estimativas de Necessidades de Serviços em decorrência dos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a população geral da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP); (4) Obter estimativas de Demanda Potencial para Uso de Serviços para a população que possuiu Necessidades de Serviços em decorrência dos riscos e danos associados ao uso de tais substâncias na RMSP; (5) Desenvolver o modelo de planejamento baseado em necessidades no município de Osasco, a fim de estimar a capacidade ideal de usuários de álcool e outras drogas, a serem atendidos anualmente, em cada um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Estes objetivos foram desenvolvidos em três estudos, com materiais e métodos específicos. No primeiro estudo, que visou a atender aos objetivos (1) e (2), foi realizada uma

oficina entre 33 profissionais e pesquisadores de São Paulo, os quais foram subdivididos em três grupos, sendo utilizada a Técnica de Grupo Nominal (TGN). Foi realizada análise de conteúdo, do tipo estrutural e temática, para avaliar o debate nos grupos de TGN. Na comparação dos resultados obtidos entre os três grupos, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de tipo III foram designados como unidades-síntese, que englobam todas as modalidades de cuidado. No componente de suporte residencial, foram também indicadas as Unidades de Acolhimento e dispositivos da assistência social. Nas modalidades de desintoxicação e suporte ambulatorial, uma diversidade de serviços foi indicada para a oferta de cuidado aos usuários de substâncias. A caracterização de um modelo assistencial norteado pela integralidade e intersetorialidade contribuiu para a identificação desta heterogeneidade de serviços nas modalidades de suporte para desintoxicação e de suporte ambulatorial, sendo que a superação do modelo manicomial influenciou a indicação de serviços na modalidade de suporte residencial. Considerando a ampla gama de serviços elencados, é importante fortalecer o papel dos serviços brasileiros com relação aos cuidados e às especificidades de práticas que podem ser ofertadas aos usuários de álcool e outras drogas. No segundo estudo, voltado para atingir os objetivos específicos (3) e (4), foram utilizados dados da subamostra de 2.942 respondentes do Estudo São Paulo Megacity, levantamento que avaliou transtornos mentais na RMSP. A referida subamostra foi hierarquizada em cinco categorias de gravidade quanto aos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas, possibilitando obter estimativas de Necessidades de Serviços, as quais combinaram critérios de avaliação do uso de substâncias, condições crônicas de saúde e co-ocorrência de transtornos mentais, nos últimos 12 meses. Para a parcela populacional que apresentou riscos e danos, foram geradas estimativas de Demanda Potencial para Uso de Serviços no último ano. Quanto às Necessidades de Serviços, os resultados apontaram que 86,5% da população (categoria 1) não possuiu problemas com o uso

de álcool ou outras drogas; 8,9% (categoria 2) necessita de estratégias de prevenção secundária; 3,49% (categorias 3, 4 e 5) teve transtorno devido ao uso de tais substâncias, dentre os quais 1,29% (categorias 4 e 5) necessita de suporte mais intenso e especializado.

Com relação à Demanda Potencial, encontramos estimativas de 7,2% (categoria 2), de 25,5% (categoria 3) e de 51,1% (categoria 4), apontando que há um grande contingente de indivíduos que possui transtorno pelo uso de substâncias, mas não percebe a necessidade de ajuda profissional e/ou os cuidados são negligenciados pela rede assistencial. O terceiro estudo, que visou a atender ao quinto objetivo desta tese, foi realizado no município de Osasco, onde dez profissionais atuantes no CAPS AD participaram de um painel Delphi respondendo ao instrumento elaborado para a presente pesquisa, denominado Questionário de Construção de Estimativas para a Alocação de Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede de Atenção Psicossocial. A Atenção Básica foi estimada para atender a 100% dos usuários, a Atenção Psicossocial Especializada a 54%, sendo que 19% dos usuários necessitariam de acolhimento noturno nos CAPS AD III, a Atenção de Urgência e Emergência a 37%, a Reabilitação Psicossocial a 35%, a Atenção Hospitalar a 20% e a Atenção Residencial de Caráter Transitório a 4%. Os achados apontam para o fortalecimento dos CAPS AD e dos demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial, e não para uma priorização do componente de atenção residencial.

Palavras-chaves: álcool, drogas, assistência à saúde, planejamento baseado na população.

ABSTRACT

MOTA, D. C. B. Care network for users of alcohol and other drugs: Development of a needs-based planning model, 2016. 256F. PhD thesis, Psychology Department. Federal University of Juiz de Fora.

Although they are scarce in the literature and still have not been developed in the Brazilian context, planning-models based on a population's needs are fundamental in the implementation of services for users of alcohol and drugs. The objective of this present thesis was to construct a needs-based planning-model for a support network for alcohol and other drugs users among the general population in Brazil. The specific aims were: (1) To identify among the key components in São Paulo, which services should offer support for detoxification, outpatient support and residential support; (2) To understand the rationality of the argumentation of these key components throughout the process of identifying the services, clarifying the main topics of consensus; (3) To obtain estimates of the Needs of Services based on the risk and harm associated with the abuse of alcohol and other drugs among the general population of the São Paulo Metropolitan Area (SPMA); (4) To obtain estimates of the Potential Demand for the use of services for the population in need of these services due to the risks and harm associated with the abuse of the substance in the SPMA; (5) To develop a planning model based on the needs of the municipality of Osasco, aiming to estimate the ideal capacity required for the users of alcohol and other drugs to be attended annually in a network of services. These objectives were developed in three studies, with specific materials and methods. In the first study, which aimed to focus on objectives (1) and (2), was carried out in a workshop among 33 professionals and researchers in São Paulo, who were subdivided into three groups, using the Nominal Group Technique (NGT). A content analysis,

both structural and thematic was carried out, to evaluate the debate in the NGT groups. In the comparison of the results obtained among the three groups, the Centres for Psycho-Social Attention for Alcohol and other Drugs-Users (CAPS AD) of type III, were designated as synthesis-units, which cover all the various care possibilities. In the residential care component, shelter-units and social-welfare assistance were also indicated. In the detox and outpatient support units, a variety of services was indicated to offer care for substance-users. The characteristics of a support-model designed to be integrated and interdepartmental contributed to the identification of the heterogeneous natures of the services provided by the support-units for detoxing and outpatient support, which the discontinued use of asylums influencing the need for residential support. Considering the wide range of services involved, it is important to strengthen the role of Brazilian services regarding the care and specific practices that can be offered to users of alcohol and other drugs. In the second study, aimed at objectives (3) and (4), data from the sub-sample of 2,942 respondents from the São Paulo Megacity study was used, which evaluated mental-health issues in the SPMA. This sub-sample was organised in five hierarchical categories of severity regarding the risks and harms associated with alcohol and drug abuse, making it possible to obtain estimates for the Needs for Services, which brought together criteria for the evaluation of substance abuse, chronic health issues and the comorbidity of mental-health issues over the last 12 months. For the percentage of the population at risk and harmed, estimates for the Potential Demand for service-use over the last year were obtained. Regarding the needs of services, the results demonstrated that 86.5% of the population (category 1) have no problems with alcohol or drugs abuse; 8.9% (category 2) require secondary prevention strategies; 3.49% (categories 3, 4 and 5) had substance abuse related issues, among whom 1.29% (categories 4 and 5) require more intense, specialised support. Regarding Potential Demand, estimates of 7.2% (category 2), 25.5% (category 3) and 51.1% (category 4) were found, demonstrating the existence of

large numbers of individuals who have substance-abuse issues, who do not realise that they need professional help and/or are neglected by the network of services. The third study, which aimed to focus on the fifth objective in this thesis, was carried out in the municipality of Osasco, where ten professionals who work at CAPS AD, took part in a Delphi panel answering the questionnaire which was elaborated for this present research, called Questionnaire for the Construction of Estimates for the Allocation of Users of Alcohol and other Drugs in the Psycho-social Care Network. Basic attention was estimated to be offered to 100% of the users, specialised psycho-social attention to 54%, with 19% of users requiring shelter at night in the CAPS AD III, emergency and immediate attention to 37%, psycho-social rehabilitation to 35%, hospital care to 20% and temporary residential to 4%. The findings favour the strengthening of the CAPS AD as well as the other units in the psycho-social care network, and do not favour the prioritization of the residential component.

Palavras-chaves: alcohol, drugs, delivery of health care, population-based planning.

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 2

Figura 2.1 – Conformação da rede de atenção aos usuários de drogas.....	18
---	----

Capítulo 3

Figura 3.1 – Planejamento a partir da população.....	29
Figura 3.2 – Planejamento a partir dos recursos.....	29
Figura 3.3 – Modelo comportamental de uso de serviços de saúde.....	35
Figura 3.4 – Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”.....	36
Figura 3.5 – Modelo simplificado da demanda para cuidados em saúde.....	37

Capítulo 4

Figura 4.1 – Uso de álcool e outras drogas entre a população geral canadense com 15 anos ou mais: Necessidades de Serviços e Busca de Ajuda de acordo com o modelo categorial.....	55
Figura 4.2 – Diagrama esquemático do modelo de planejamento baseado em necessidades.....	57
Figura 4.3 – Diagrama esquemático do modelo de planejamento baseado em necessidades do Quebec.....	68
Figura 4.4 – Esquema do DA-CCP.....	73

Estudo 3

Figura 9.1 – Diagrama esquemático do modelo de planejamento baseado em necessidades: Rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas residentes na Região Metropolitana de São Paulo / Brasil (18 anos ou mais).....	136
--	-----

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Capítulo 2

Quadro 2.1 – RAPS e o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.....	14
---	----

Capítulo 3

Quadro 3.1 – Resumo dos estudos epidemiológicos brasileiros mais recentes e abrangentes.....	40
--	----

Capítulo 4

Quadro 4.1 – Modelo Categorial.....	47
-------------------------------------	----

Quadro 4.2 – Critérios das categorias de gravidade do modelo canadense de planejamento baseado em necessidades.....	53
---	----

Tabela 4.1 – Delphi Nacional: Estimativas para a categoria 4 (Rodada Final)....	60
---	----

Tabela 4.2 – Estimativas de capacidade por modalidade de serviço por ano para uma região de planejamento em saúde.....	62
--	----

Tabela 4.3 – <i>Gap analysis</i> de Nova Scotia: Versão preliminar.....	63
---	----

Estudo 1

Quadro 7.1 – Local de trabalho dos participantes.....	87
---	----

Quadro 7.2 – Serviços identificados na modalidade de desintoxicação.....	91
--	----

Quadro 7.3 – Serviços identificados na modalidade de suporte ambulatorial.....	93
--	----

Quadro 7.4 – Serviços identificados na modalidade de suporte residencial.....	96
---	----

Quadro 7.5 – Análise de conteúdo das discussões entre os participantes.....	105
---	-----

Estudo 2

Quadro 8.1 – Modelo Categorial.....	111
-------------------------------------	-----

Quadro 8.2 – Necessidades de Serviços nos últimos 12 meses: critérios para a construção do modelo categorial.....	117
Tabela 8.1 – Necessidades de Serviços: Uso de álcool e outras drogas nos últimos 12 meses.....	120
Tabela 8.2 – Demanda Potencial para Uso de Serviços nos últimos 12 meses....	121
Tabela 8.3 – Variáveis de Demanda Potencial para Uso de Serviços.....	122
Estudo 3	
Quadro 9.1 – Descrição dos participantes.....	140
Tabela 9.1 – Rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas residentes em Osasco com 18 anos ou mais: Estimativas e projeções demográficas de Necessidades de Serviços, de Demanda Potencial e de Capacidade Ideal para cada ponto de atenção por ano.....	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANARP	Alcohol Needs Assessment Research Project
ASAM	American Society of Addiction Medicine
APAC	Autorização para procedimento de Alta Complexidade
CCHS	Canadian Community Health Survey
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CRR	Centro Regional de Referência em Crack e outras Drogas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DA-CCP	Drug and Alcohol Clinical Care and Prevention Model
EQSJS	Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes du Secondaire
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição
MH-CCP	Mental Health Clinical Care and Prevention
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHSDA	National Household Surveys on Drug Abuse
NSMHWB	National Survey of Mental Health and Well Being
OMS	Organização Mundial de Saúde

PAIUAD	Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas
QCE	Questionário de Construção de Estimativas para a Alocação de Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RAAS	Registro Ambulatorial de Ações em Saúde
RT	Residencia Terapêutica
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TGN	Técnica de Grupo Nominal
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WMHSI	World Mental Health Survey Initiative
WMH-CIDI	World Mental Health Survey para o Composite International Diagnostic Interview

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REDE ASSISTENCIAL PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	4
2.1 Aspectos teórico-conceituais dos modelos de atenção.....	5
2.2 Fundamentos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil.....	9
2.2.1 As redes assistenciais como estratégia de organização da oferta de serviços.....	17
2.2.2 A sistêmica escassez de serviços.....	21
3. PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	24
3.1 Planejamento em saúde e seus enfoques: a dialética da razão instrumental e política.....	24
3.1.2 Planejamento baseado nas necessidades da população <i>versus</i> planejamento baseado na oferta de serviços.....	28
3.2 Perspectivas sobre os conceitos de necessidade e avaliação de necessidades.....	30
3.3 Modelos explicativos sobre utilização de serviços de saúde.....	33
3.4 Desafios para o planejamento baseado em necessidades para usuários de álcool e outras drogas no Brasil.....	39
4. MODELOS DE PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	43
4.1 A experiência do Canadá e a adoção do modelo categorial para orientar a oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas.....	44

4.1.1 Planejamento baseado em necessidades para a população geral em nível nacional.....	48
4.1.1.1 Pressupostos conceituais.....	49
4.1.1.2 Modalidades de serviços.....	50
4.1.1.3 Etapas do modelo de planejamento e principais resultados.....	51
4.1.2 A experiência do Quebec: planejamento baseado em necessidade para a população de jovens com idade entre 12 e 17 anos.....	65
4.2 Outros modelos de planejamento baseado em necessidades.....	69
4.2.1 A experiência da Inglaterra no <i>Alcohol Needs Assessment Research Project</i>	69
4.2.2 A experiência da Austrália no <i>Drug and Alcohol Clinical Care and Prevention Model</i>	70
4.3 Questões teórico-metodológicas para a construção de modelos de planejamento.....	74
5. OBJETIVOS.....	78
5.1 Objetivo geral.....	78
5.2 Objetivos específicos.....	78
6. ESTUDOS.....	79
7. ESTUDO 1 – REDE ASSISTENCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E MODALIDADES DE CUIDADO: BUSCANDO CONSENSO ENTRE ATORES-CHAVE DE SÃO PAULO.....	80
7.1 Introdução.....	80
7.2 Método.....	84
7.2.1 Local.....	84
7.2.2 Procedimentos.....	84

7.2.3 Participantes.....	86
7.2.4 Análise de dados.....	88
7.3 Resultados e discussão.....	88
7.3.1 Serviços identificados por modalidade de cuidado.....	88
7.3.1.1 Prevenção.....	89
7.3.1.2 Suporte para Desintoxicação.....	89
7.3.1.3 Suporte Ambulatorial/Comunitário.....	91
7.3.1.4 Suporte Residencial.....	94
7.3.2. O modelo ideal de assistência e os principais temas de consenso.....	96
7.4 Considerações finais.....	106
 8. ESTUDO 2 – USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO: BASES PARA O PLANEJAMENTO DA REDE ASSISTENCIAL.....	109
8.1 Introdução.....	109
8.2 Metodologia.....	113
8.2.1 Local.....	113
8.2.2 Procedimentos.....	114
8.2.3 Análise de dados.....	118
8.3 Resultados.....	119
8.3.1 Necessidades de Serviços.....	119
8.3.2 Demanda Potencial para Uso de Serviços.....	120
8.4 Discussão.....	123
8.4.1 Implicações para o planejamento da rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas residentes na RMSP.....	129

8.5 Considerações finais.....	130
9. ESTUDO 3 – REDE ASSISTENCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES.....	131
9.1 Introdução.....	131
9.2 Fundamentação conceitual.....	133
9.3 Etapas para a construção do modelo de planejamento.....	134
9.3.1 Desenvolvimento do modelo de planejamento no município de Osasco.....	138
9.3.1.1 Contexto.....	138
9.3.1.2 Participantes.....	139
9.3.1.3 Instrumentos.....	140
9.3.1.4 Procedimentos.....	142
9.3.1.5 Análise de dados.....	142
9.4 Resultados.....	143
9.5 Discussão.....	146
9.6 Considerações finais.....	154
10. CONCLUSÕES.....	156
11. REFERÊNCIAS.....	160
12. APÊNDICE A.....	185
12.1 Distribuição dos participantes no grupo nominal A.....	185
12.2 Distribuição dos participantes no grupo nominal B.....	186
12.3 Distribuição dos participantes no grupo nominal C.....	187
12.4 Analise qualitativa dos dados: eixos temáticos e categorias.....	188

12.5 Definições e exemplos de trechos das oficinas.....	190
13. APÊNDICE B.....	219
13.1 Variáveis da versão do World Mental Health Survey para o Composite Internacional Diagnostic Interview utilizadas no estudo 2.....	219
13.2 Script para obtenção dos dados do banco do World Mental Health Survey/ Região Metropolitana de São Paulo.....	224
14. APÊNDICE C.....	228
14.1 Questionário de Construção de Estimativas para a Alocação de Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede Atenção Psicossocial (QCE).....	228

1. INTRODUÇÃO

O papel do Estado brasileiro quanto ao enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no campo da saúde pública é um fenômeno recente, pois as ações governamentais no país foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da Segurança Pública (Machado, 2006). Influenciado pelo caráter repressivo e moralista que, muitas vezes, ainda é atribuído à temática, marcadores sociais, tais como a classe social, têm direcionado a qualidade da assistência para pessoas que usam drogas, e mesmo se a abordagem será ofertada no campo da saúde ou no campo da Justiça (Andrade, 2011).

Além da influência da racionalidade judicial, a racionalidade biomédica na área de álcool e outras drogas a vinculou à assistência psiquiátrica e ao modelo hospitalocêntrico, levando à concepção de que a internação fechada e de longa duração é a única alternativa de cuidado possível (Pratta & Santos, 2009). Há ainda uma priorização de casos mais graves, que demandam serviços de maior complexidade, em detrimento da adoção de uma perspectiva populacional, que considera de forma ampliada os riscos e danos associados ao uso de tais substâncias (Babor et al., 2010).

Tendo em vista este cenário, o enfoque do planejamento, enquanto tecnologia para instrumentalizar a ação, pode possibilitar o conhecimento das necessidades populacionais com relação à implementação da rede de serviços para usuários de substâncias, oferecendo suporte teórico-metodológico para a sua expansão. Nesse sentido, o planejamento não cumpre exclusivamente a função de promover um uso mais racional dos recursos econômicos, de compreender como e onde priorizar a alocação de tais recursos, mas, sobretudo, de evidenciar as lacunas assistenciais e o subfinanciamento estatal. Na contramão de uma visão que advoga a minimização do papel do Estado, o planejamento é uma prática fundamental para a

superação da histórica ausência de compromisso governamental na oferta de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, para tornar a resposta do Estado mais eficiente à proporção que busca conhecer os deficit e as iniquidades da oferta de serviços no país, para que a inclusão desta temática na agenda de políticas públicas seja impulsionada e orientada pelo compromisso com as necessidades da população.

Embora usualmente essa prática seja associada a um reducionismo tecnocrático, como discutido por Rivera (1987), “todo planejamento é um ato de parcialidade social”, e as suas dimensões política e técnica são indissociáveis. Nessa direção, a construção do modelo de planejamento proposto na presente tese está fortemente aliada às potenciais contribuições da reforma psiquiátrica para a área de álcool e outras drogas no Brasil e à consolidação do modelo psicossocial.

É importante não ignorar as contradições ainda presentes na incorporação da política e da oferta assistencial no campo de álcool e outras drogas como parte do campo de saúde mental. Os movimentos sociais brasileiros na saúde mental foram predominantemente motivados pelo temário da luta antimanicomial (Lüchmann & Rodrigues, 2007), e não foram voltados para o debate acerca das especificidades clínicas e dos determinantes psicológicos e sociais que impactam a atenção aos usuários de substâncias. Isso contribuiu para que a política de álcool e outras drogas adquirisse uma perspectiva marginal e incremental à área de saúde mental, sem realizar mudanças substantivas neste campo em que ela se introduziu (Mota, 2011). É também fundamental considerar as contradições que perpassam o próprio movimento de reforma psiquiátrica, permeado por uma unanimidade discursiva em torno da desconstrução dos manicômios, sem que isso corresponda a um consenso de como agir (Bezera, 2011).

No entanto, a reforma psiquiátrica, se efetivamente comprometida com as necessidades específicas dos usuários de álcool e outras drogas, constitui-se como sustentação

ético-valorativa crucial para o enfrentamento dos problemas desta área, haja vista a disseminação de serviços excludentes e contrários aos direitos dos usuários de substâncias. Tomando a reforma psiquiátrica como um movimento social do presente, e não do passado (Bezerra, 2011), as falhas atualmente identificadas nos serviços públicos de base comunitária indicam menos as necessidades de mudança de rumo do que o aprofundamento do processo de reforma assistencial, maior responsabilização e investimento governamental em tais serviços (Gama, 2012). E esta tese parte da premissa de que o planejamento pode contribuir para instrumentalizar este processo de reforma assistencial e para o aperfeiçoamento do modelo psicossocial no campo de álcool e outras drogas.

2. REDE ASSISTENCIAL PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

Desde o início do século XX, o consumo de substâncias psicoativas foi mundialmente reconhecido como um problema. Sob forte influência de convenções internacionais, protagonizadas pela política estadunidense, as intervenções estatais neste campo foram predominantemente de caráter repressivo, priorizando as substâncias consideradas ilícitas (Medina, Aquino, N. A. Filho, & A. N. Filho, 2013). A partir da formulação das propostas de redução de danos, o usuário deixou de ser concebido como um criminoso para ser concebido como um beneficiário das políticas sociais e de saúde. Deste modo, na época contemporânea, o uso de drogas passou a ser abordado como um fenômeno de saúde pública, e não como um problema jurídico-moral, oportunizando modificações nas políticas públicas adotadas em diversos países (Fonseca & Bastos, 2005).

Enquanto uma questão de saúde pública, as políticas públicas e sistemas de atenção variam enormemente em relação aos serviços e as ações que compõem os sistemas para usuários de álcool e outras drogas, à integração entre eles, e às necessidades populacionais priorizadas. As circunstâncias históricas, as políticas locais e a disponibilidade de recursos têm influenciado as decisões governamentais acerca da alocação de serviços nesta área (Babor, Caulkins, & Edwards, 2010).

Nas nações mais desenvolvidas é comum a implantação de um sistema especializado para atender aos usuários de álcool e outras drogas, onde os tratamentos ofertados são parte das ações de saúde mental. A maior parte dos países de baixa e média renda oferta assistência para os usuários de substâncias na atenção primária, enquanto outros países têm tratamentos alocados no setor de assistência social, nas organizações não governamentais e/ou religiosas, e no setor de justiça (Babor et al., 2010).

Em geral, os serviços para usuários de substâncias são fragmentados e heterogêneos, sendo financiados e gerenciados por diversos setores e instâncias governamentais (Babor et al., 2010). De acordo com Babor (World Health Organization, 2006), os sistemas para atenção aos usuários de álcool e outras drogas podem ser caracterizados em termos de abrangência, de recursos disponíveis, de diversificação e de integração entre os serviços. Os sistemas compostos exclusivamente por serviços especializados seriam considerados “fragmentados”; aqueles formados por serviços especializados e com oferta na atenção primária seriam os “sistemas rudimentares”; os “sistemas modestos” seriam aqueles com maior variedade de serviços e articulação regional; e, finalmente, os “sistemas maduros” se referem a uma variedade de serviços integrados e com disponibilidade de recursos (WHO, 2006).

Apesar da grande diversidade relacionada à realidade concreta de cada sociedade e das especificidades das políticas setoriais nacionais, as mudanças contemporâneas estão contribuindo para a construção de novos paradigmas na forma de se conceber e abordar a questão do abuso de álcool e outras drogas. Neste capítulo, buscamos apresentar os aspectos teórico-conceituais que embasam os modelos de atenção nesta área, bem como apresentar uma visão geral sobre as políticas brasileiras, os fatores históricos e os princípios que a consolidaram.

2.1 Aspectos teórico-conceituais dos modelos de atenção

O uso problemático de álcool e outras drogas pode variar ao longo de uma ampla gama de riscos e danos. A maioria das pessoas que faz uso de substâncias psicoativas possui um padrão de consumo considerado leve ou moderado, e nos casos em que há necessidade, uma intervenção de curta duração pode ser suficiente para prevenir os problemas relacionados (Anderson, 1991; Humeniuk & Poznyak, 2004b). No entanto, cuidados de maior

complexidade e de longo prazo são necessários para casos que apresentam maior gravidade, pois o uso de álcool e outras drogas pode se tornar uma condição crônica, duradoura, e que leva ao desenvolvimento ou agravamento de outras condições de saúde (Angst, Sellar, & Merikangas, 2002; Institute of Medicine, 2006).

Esta correspondência entre a gravidade do problema e a intensidade do cuidado gerou o desenvolvimento do modelo de *continuum* de cuidados, vastamente difundido nas diretrizes de tratamento para usuários de álcool e outras drogas. As principais diretrizes que atualmente representam este modelo foram elaboradas em 1991 nos Estados Unidos pela *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) (Gastfriend & Mee-Lee, 2004). Elas surgiram no contexto de reorganização do sistema de saúde norte-americano nos anos 80, quando foi formulada a atenção gerenciada (*managed care*) visam regular os custos da oferta de serviços, que estavam altamente inflacionados, e para organizar o acesso através de “conjunto padrão de ações”. Um dos grandes desafios enfrentados pelo sistema de saúde norte-americano na época era a preservação da qualidade em mercados de forte competitividade (Almeida, 2008), e na área de drogas houve uma difusão de modalidades de cuidado e protocolos de tratamento, que não haviam sido avaliados (Gastfriend & Mee-Lee, 2004).

Deste modo, para estabelecer a modalidade de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, a ASAM, desde 1991, desenvolveu critérios para alocação de usuários de álcool e outras drogas em diferentes serviços especializados, os quais correspondem a uma avaliação multidimensional da gravidade, incluindo a prevenção para a população geral e culminando em cuidados mais intensivos para o suporte a usuários graves, com comorbidades clínicas e psiquiátricas. Com isto, estabelece um *continuum* de cuidados especializados, e estes serviços podem incluir a intervenção precoce, serviços ambulatoriais, serviços comunitários intensivos, hospitalização parcial, serviços residenciais e serviços residenciais com monitoramento médico intensivo (Gastfriend & Mee-Lee, 2004).

Há diversos obstáculos para que os sistemas de tratamento se articulem enquanto um *continuum* de cuidados, haja vista a forte ênfase nos casos de alta gravidade, com consequente recomendação de cuidados mais complexos, sobretudo hospitalares, como forma prioritária de tratamento dos usuários. É importante que profissionais, gestores e a comunidade em geral reconheçam que a maioria dos usuários pode ser tratada com segurança e eficácia em um ambiente de tratamento extra-hospitalar e comunitário (Heatherton, 2000). No contexto norte-americano, a expectativa é de que os critérios da ASAM impactem a prestação de serviços, aumentando e diversificando a oferta assistencial (Angaria et al., 2007; Levine, Turner, Reif, Janas, & Gastfriend, 2003; Sharon et al., 2004). Tomando como referência as diretrizes de tratamento criadas pela ASAM, em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um documento para mapeamento dos sistemas de tratamento, que visa auxiliar gestores e profissionais a avaliarem os principais pontos fortes e lacunas do cuidado ofertado (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014).

A oferta de uma abordagem de tratamento adequada neste campo torna-se uma tarefa complexa, grande parte em razão da dependência constituir um problema de saúde agudizado, que pode demandar hospitalização (como por exemplo, para o manejo de episódios de intoxicação e crises de abstinência) e, ao mesmo tempo, um problema crônico, sendo necessários cuidados contínuos para a remissão dos sintomas e prevenção da recaída (McLellan, 2000). Nesta direção, além do modelo de *continuum* de cuidados, o modelo de cuidados crônicos (derivado de doenças como hipertensão, asma e diabetes) foi adotado na área de drogas. De acordo com esta perspectiva, em função da cronicidade que caracteriza os casos graves de uso de álcool e outras drogas, um elemento fundamental no processo de recuperação de usuários é a continuidade do cuidado, consubstanciada através da construção de um plano de tratamento de longa duração, no qual tratamentos de maior intensidade são seguidos por tratamentos menos intensivos (Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne, & Finney

2014; Institute of Medicine, 2006). Assim, o tratamento do usuário de álcool e outras drogas não é compreendido como um evento – no qual um único serviço “resolve” o problema – e sim como um processo ou trajetória, integrando diferentes possibilidades de suporte (Rush, 2010; Rush & Nadeau, 2011).

Com relação à continuidade dos cuidados ofertados, revisão realizada nos Estados Unidos apontou que somente 1 em cada 5 usuários que têm acesso ao tratamento de fato recebe cuidados de forma continuada (McKay, 2001). Também nos Estados Unidos foi apontada uma “quebra” na obtenção de cuidados posteriores, evidenciada, por exemplo, pelo uso exclusivo da hospitalização para desintoxicação ou mesmo como uma solução temporária para problemas sociais e habitacionais (Raven et al., 2010). Embora o acesso à moradia e a reconstrução da rede de suporte familiar e social sejam prioridades comuns a diversos usuários que têm acesso a um acompanhamento de longo prazo, na maioria das vezes, tais necessidades não são abordadas como parte do plano de tratamento (Laudet & White, 2010; Raven et al, 2010).

Na construção dos modelos assistenciais para usuários de álcool e outras drogas é ainda importante considerarmos o contexto social no qual grande parcela dos usuários está inserida. O início do uso e a maior da gravidade dos problemas parecem estar relacionados às condições sociais dos usuários, tais como falta de moradia, desemprego e disfunção familiar (Reist & Brown, 2008). No Brasil, estudo epidemiológico realizado na Região Metropolitana de São Paulo apontou que baixa escolaridade e baixa renda familiar estão associadas a um maior uso de álcool (Silveira, 2010). Levantamento nacional sobre os usuários de *crack* detectou que 40% encontrava-se em situação de rua, sendo a maioria do sexo masculino, com baixa escolaridade, apresentando vínculos informais e/ou em condições precárias de trabalho, dentre outras características (Bastos & Bertoni, 2014). Desta forma, o modelo dos determinantes sociais, ao considerar a incorporação de intervenções socioeconômicas,

ambientais e intersetoriais como parte dos modelos de atenção (Carvalho & Buss, 2008), emerge como uma perspectiva fundamental na oferta assistencial aos usuários de drogas.

Finalmente, em uma concepção ampliada, apenas a minoria dos usuários de álcool e outras drogas tem acesso aos tratamentos e pode iniciá-los em serviços especializados. Há uma grande lacuna assistencial nesta área, representada pela acentuada diferença entre a prevalência de transtornos devido ao uso de substâncias e a proporção da população que é assistida (Kohn, Saxena, Levav, & Sacareno, 2004). A fim de se obter melhor impacto em nível populacional, tem-se considerado uma expansão do modelo de *continuum* de cuidados, visando englobar um amplo sistema de tratamento. É fundamental aumentar a “base de tratamento”, já que a maior parte dos abusadores de substâncias não está inserida em serviços especializados (Babor, Stenius, & Romelsjo, 2008).

Na próxima seção enfocaremos a assistência para os usuários de álcool e outras drogas no Brasil. No caso brasileiro, o conceito de integralidade, que em suas várias dimensões incorpora as premissas do *continuum* de cuidados, da continuidade de cuidados e das ações intersetoriais, é uma diretriz fundamental do modelo de atenção vigente no país.

2.2 Fundamentos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área de álcool e outras drogas demonstravam a opção pela abordagem proibicionista, em decorrência de convenções internacionais que reafirmavam a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. A partir da década de 70, a legislação brasileira sobre o tema foi influenciada também pela medicina, que através do modelo assistencial vigente – o tradicional modelo psiquiátrico manicomial –, passou a legitimar o controle e a repressão do uso de drogas, visando ao isolamento dos usuários em instituições como hospitais psiquiátricos e centros especializados

de tratamento (Machado, 2006). Assim, a internação em tais instituições era parte de uma estratégia de segurança ao indivíduo e à sociedade (não necessariamente efetiva, mas frequentemente percebida como tal), não estando isenta de concepções morais em relação ao usuário, produzindo discriminação e punição (Bucher & Oliveira, 1994; Nascimento, 2006).

No decorrer das décadas de 80 e 90, um conjunto de fatores contribuiu para que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil incorporasse uma perspectiva alternativa em relação às ações de caráter repressivo e, consequentemente, com relação à assistência prestada. Primeiramente, a implementação das estratégias de redução de danos, motivada pelas altas taxas de infecção de HIV entre usuários de drogas injetáveis e pela influência de organismos internacionais, conferiu visibilidade à precária realidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde (Dias et al., 2003; Machado, 2006), atuando como sustentação ética para a luta pelos direitos dos usuários. Outro fator relevante foi o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto marco político-ideológico desta época, contribuindo para que a atenção aos usuários fosse posteriormente concebida de acordo com o princípio da integralidade (Machado & Miranda, 2007). Finalmente, com o avanço da reforma psiquiátrica, foi apontado que pronunciado contingente dos pacientes asilados nos hospitais eram usuários de substâncias psicoativas, sobretudo de álcool (Brasil, 1986 *apud* Machado, 2006). Tal situação influenciou a inclusão deste tema entre as ações de reestruturação da saúde mental em curso no país (Machado, 2006).

Devido a esta confluência de fatores, no ano de 2003 foi publicada a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Embora os movimentos sociais brasileiros na saúde mental, predominantemente motivados pelo temário da luta antimanicomial, não tenham reivindicado questões específicas à área de drogas (Machado, 2006; Lüchmann & Rodrigues, 2007), a PAIUAD foi vinculada à política de saúde mental.

Com isso, o modelo psicossocial, que visa ao processo de desinstitucionalização dos usuários e à construção de uma rede de serviços de base comunitária (Amarante, 2008), foi adotado enquanto estratégia assistencial também na área de drogas. Este modelo se situa em contraposição ao modelo asilar, baseado na clássica racionalidade biomédica, e a sua incorporação na área de álcool e outras drogas tem proporcionado uma mudança na concepção de que a internação fechada e de longa duração é a única forma de cuidado possível (Assis, Barreiros, & Conceição, 2013).

Tendo o modelo psicossocial como norteador, a PAIUAD evidencia a atuação de uma rede de serviços e setores, guiada pelas diretrizes da intersetorialidade e da integralidade. A integralidade foi concebida pela reforma sanitária em quatro perspectivas: (1) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, compondo níveis de prevenção; (2) como forma de atuação profissional, segundo dimensões biopsicossociais; (3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade e (4) como articulação de um conjunto de políticas públicas (Giovanella, Lobato, Carvalho, Conill, & Cunha, 2002). No livro “Os sentidos da integralidade”, Alves (2001) destaca que este conceito está implícito nos indicadores de acessibilidade, sobretudo na variação do menu de programas. Embora a integralidade não seja definida de forma clara na PAIUAD (Mota et al., 2015), uma interpretação possível é que esta diretriz visa à oferta de cuidado amplo e completo aos usuários de álcool e outras drogas, em níveis assistenciais diversificados, pois a política propõe a prevenção, o tratamento e a reabilitação do usuário de álcool e outras drogas de acordo com os pressupostos da redução de danos (Brasil, 2003b).

Assim como na saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) foram designados como principal instituição pública especializada voltada para o tratamento desta condição no Brasil, obtendo um protagonismo para a reorientação do modelo de atenção e para a consolidação da integralidade. Neste

caminho, a política e os documentos oficiais vigentes expressam objetivos abrangentes para os CAPS AD, tanto em relação à diversidade da oferta de cuidados, como na sua função de articulador da rede assistencial (Brasil, 2003b). Os CAPS AD são considerados serviços estratégicos para coordenar a rede, e para isso devem adotar a lógica do matriciamento (cuidados compartilhados) dos demais serviços não especializados. Enquanto dispositivo assistencial, os CAPS AD devem englobar várias modalidades de cuidado (Brasil, 2003b).

A partir de 2010, as ações governamentais na área de drogas se intensificaram, sendo elaborado o “Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas”. O plano objetiva construir ações coordenadas de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de *crack*, além do combate ao tráfico, integrando iniciativas dos diversos setores governamentais, estados e municípios. (Brasil, 2010b). A sua criação foi motivada em razão da maior preocupação da população e dos políticos brasileiros com o uso de *crack*, levando a uma relativa priorização do tema na agenda política do país. Posteriormente, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre os usuários de *crack* no Brasil detectou uma distribuição do uso de caráter nacional, tanto em capitais como não capitais, e revelou o forte impacto da estrutura social no uso da substância. A despeito da visibilidade do *crack*, os usuários são basicamente poliusuários, com destaque para álcool e tabaco (Bastos & Bertoni, 2013).

Na oferta assistencial, a partir de 2011, as ações governamentais na área de drogas no Brasil passaram a enfatizar a construção da “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas”, regulamentada pela Portaria n.º 3.088/2011. Orientada pela reforma psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visa à desconstrução do modelo manicomial e principalmente à ampliação da oferta na saúde mental e na área de drogas, em um modelo comunitário e territorializado. É uma das redes que compõem a estratégia de Rede

de Atenção à Saúde (RAS) do Ministério da Saúde, objetivando a reformulação das políticas de saúde mental segundo os princípios e diretrizes instituídos pelo SUS (Brasil, 2011).

Apesar da trajetória ainda recente, com a implementação da RAPS, podemos compreender que a PAIUAD possui duas fases: (1) fase de criação, que abrange a sua formulação em 2003 até o ano 2011 e (2) fase de desenvolvimento, que engloba a regulamentação da RAPS em 2011, pela Portaria n.º 3.088, até os dias atuais (Mota et al., 2015). Assim, na sua primeira fase, a PAIUAD se revestiu de uma perspectiva marginal e incremental¹ à área de saúde mental, sem realizar mudanças substantivas neste campo (Mota, 2011). Com a elaboração do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas” e a regulamentação da RAPS, observamos uma tendência de maior especificação do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

O quadro a seguir sintetiza os componentes da RAPS, seus pontos de atenção e respectivas modalidades de cuidado, conforme estabelecidos pela Portaria n.º 3.088/2011:

¹ Estudo sobre a implementação das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas em nível municipal identificou que as ações nesta área tendem a reproduzir as decisões do campo da saúde mental, sem abordar as necessidades dos usuários de substâncias (Mota, 2011). Para uma compreensão da implementação de tais políticas públicas, bem como das ações governamentais adotadas com a elaboração do Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, sugerimos o estudo de dois modelos explicativos: o incrementalismo e o modelo do equilíbrio interrompido. Resumidamente, Jones & Baumgartner (2005) apontam que uma política pública não “parte do zero” e sim de decisões marginais, que desconsideram mudanças substantivas nos programas. Um sistema político tende a agir de forma incremental, isto é, mantendo o *status quo*. As fases de mudanças mais radicais nas políticas públicas poderiam ser geradas em períodos de instabilidade (modelo do equilíbrio interrompido), e estimuladas devido à construção de uma imagem sobre determinada decisão ou política pública (*policy image*), tendo a mídia um papel preponderante neste processo (Jones & Baumgartner, 2005).

Quadro 2.1 – RAPS e o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

Componente	Pontos de atenção	Modalidades de cuidado
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Promoção, prevenção, tratamento, redução de danos
	Consultório na Rua	Ofertar cuidados, incluindo ações de redução de danos
	Centro de Convivência	Inclusão social
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS AD	Tratamento intensivo, não intensivo e semi-intensivo
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU *192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento, Atenção à urgência/pronto-socorro, UBS	Acolhimento, classificação de risco e cuidado
	CAPS AD	Acolhimento
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento (UA)	Ambiente residencial – até 06 meses
	Comunidades Terapêuticas	Ambiente residencial – até 09 meses
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada **	Internação curta
	Serviço Hospitalar de Referência***	Internação curta
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	Ambiente residencial – moradia assistida
Reabilitação Psicossocial	Geração de trabalho e renda, Empreendimentos solidários e Cooperativas sociais	Inclusão social

* SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

** A enfermaria especializada oferta suporte para casos graves de abstinência e desintoxicação.

*** O serviço hospitalar é indicado para usuários com comorbidades clínicas ou psiquiátricas.

Fonte: Brasil, 2011.

Como sumarizado no quadro 2.1, cabe aos CAPS AD a oferta da atenção psicossocial especializada, abrangendo: tratamentos não-intensivos, que são consultas e/ou sessões psicoterápicas nas quais os usuários podem ser atendidos até três dias no mês; semi-intensivos, em que as atividades propostas exigem mais tempo com a equipe do CAPS, e os usuários podem ser atendidos até 12 dias no mês; e intensivos, que se referem ao atendimento diário a usuários graves (Brasil, 2011).

De acordo com o porte populacional dos municípios, os CAPS AD podem ser do tipo II, com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, e do tipo III, com população acima de 200 mil habitantes e funcionamento 24 horas. Nos municípios com população igual ou inferior a 70 mil habitantes, os CAPS para transtornos mentais gerais são também responsáveis pela assistência aos usuários de álcool e outras drogas, configurando os CAPS tipo I (Brasil, 2011).

Ampliando a oferta de cuidados do CAPS AD, destacamos a Portaria n.º 130, de 2012, que estabeleceu que os serviços podem ser adaptados para a modalidade CAPS AD III, isto é, podem possuir uma estrutura de funcionamento de 24 horas, durante as noites e finais de semana, possibilitando oferecer acolhimento noturno em leitos de atenção integral até o prazo máximo de 14 dias consecutivos (Brasil, 2012). Deste modo, assim como na saúde mental em geral (Mateus & Mari, 2013), os CAPS AD igualmente estão inseridos na atenção de urgência e emergência, e podem ser um recurso temporário à crise, que antes era prioritariamente assistida através da modalidade de tratamento intensivo.

Juntamente com a regulamentação desta modalidade de CAPS, o registro das ações destes serviços, antes realizado mediante Autorização para procedimento de Alta Complexidade (APAC), a qual estabelecia um financiamento variável de acordo com a quantidade de procedimentos realizados em cada CAPS, passou a ser monitorado através do Registro Ambulatorial de Ações em Saúde (RAAS), que é fixo por tipo de CAPS e incorpora

a classificação de acolhimento noturno. No RAAS, os procedimentos dos CAPS a serem registrados envolvem acolhimento inicial, diurno, noturno, atendimento individual de paciente e em grupo, atendimento familiar e domiciliar, atenção às situações de crise, ações de reabilitação psicossocial, matriciamento, entre outras práticas (Mateus & Mari, 2013).

No componente de atenção residencial destacamos a criação de um novo serviço, as Unidades de Acolhimento (UA), destinadas a usuários em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. As UA devem funcionar em articulação com o CAPS AD de referência, o qual deverá ofertar suporte profissional especializado aos usuários. De acordo com a portaria, as Comunidades Terapêuticas são indicadas para usuários com condições clínicas estáveis (Brasil, 2011). A inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS tem sido um ponto de notável divergência e polarização na atual política de drogas no Brasil, pois grande parte delas se opõe radicalmente aos princípios preconizados pela reforma psiquiátrica (Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011).

Em razão do atraso histórico na formulação das políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do setor público de saúde, as Comunidades Terapêuticas tiveram uma numerosa expansão no Brasil, sobretudo no decorrer da década de 90 (Machado & Miranda, 2007). Segundo dados de um mapeamento parcial realizado pela SENAD no ano de 2007, a maioria das instituições de tratamento brasileiras é definida por seus dirigentes como Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2007), muitas das quais sem condições mínimas de funcionamento (Machado & Miranda, 2007). Apesar da resistência destas instituições em serem autuadas, inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 68 Comunidades Terapêuticas, no ano de 2011, em diversos Estados brasileiros, revelou a precariedade que marca a atuação de significativa parcela das Comunidades Terapêuticas. Tal avaliação revelou o déficit de equipe multiprofissional, práticas de moralização, violações aos direitos humanos e isolamento no contexto de operação

cotidiana das Comunidades Terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia, 2011). Como ainda não temos se quer um cadastro, quanto mais uma avaliação completa e sistemática de todas as Comunidades Terapêuticas atuantes no país, mesmo que elas possam ser heterogêneas, não podemos assegurar o seu funcionamento de acordo com as diretrizes do SUS e do modelo de atenção psicossocial.

Como evidenciado pelos demais componentes da RAPS, apresentados no quadro 2.1, a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas não se restringe à oferta de cuidado em serviços especializados, mas também envolve a atenção básica em saúde, a atenção hospitalar, inclusive de urgência/emergência, a reabilitação psicossocial, entre outros serviços. Assim, tendo as redes assistenciais como estratégia de organização, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil deve ser composta por uma articulação entre serviços diferentes e complementares, emergindo um arranjo intersetorial. Tais redes serão brevemente discutidas a seguir.

2.2.1 As redes assistenciais como estratégia de organização da oferta de serviços

Na época atual, considera-se que a modelagem das redes de atenção à saúde deve substituir os tradicionais sistemas de concepção hierárquica e piramidal, formatados por níveis de “complexidades” crescentes, com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis assistenciais. Tais sistemas apresentam diversos problemas, pois se fundamentam em um conceito de complexidade equivocado, com relações verticalizadas entre os seus componentes, que geram desarticulação no cuidado. Em contraposição a estes sistemas hierarquizados, as redes de atenção se apresentam como estruturas poliárquicas, e visam a uma comunicação efetiva e contínua entre os serviços que as compõem (Mendes, 2011). Assim, as redes oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da

integralidade, abarcando diferentes dimensões deste conceito (Silva, 2011), seja como orientador das práticas dos profissionais, como atributo da organização dos serviços ou como uma visão mais abrangente nas ações governamentais de assistência e de saúde (Mattos, 2001).

Nesse sentido, as redes assistenciais têm sido apontadas como resposta a uma pluralidade de problemas, referentes à concretização de ações e políticas públicas. A rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas visa à prevenção, ao tratamento e à reinserção social dos usuários, sendo composta pela RAPS e pela imbricação entre as redes de atenção à saúde, de assistência social, de outros setores estratégicos e de recursos comunitários (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015), como demonstrado na figura seguir:

Figura 2.1 – Conformação da rede de atenção aos usuários de drogas



Fonte: Costa, Colugnati e Ronzani (2015).

Para a oferta de um cuidado integral, a rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas deve estar articulada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é a base para a sua conformação (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015). A Atenção Primária à Saúde, considerada centro comunicador da rede assistencial (Mendes, 2010), tem destaque especial por sua proximidade com os usuários de substâncias, o que facilita o acesso às ações e serviços necessários. A Atenção Hospitalar conserva ainda um papel relevante na oferta de um *continuum* de cuidados, haja vista a possibilidade de identificação de usuários, o referenciamento para serviços especializados e, sobretudo, o suporte/manejo dos episódios de intoxicação (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014). Além disso, as ações preventivas para o uso de álcool e outras drogas, considerando a sua efetividade e o seu baixo custo, constituem intervenções basais que deveriam ser realizadas em todos os níveis de atenção à saúde (Mota, Moreira & Laport, 2013).

A implementação da Política Nacional de Assistência Social no Brasil e da rede de dispositivos socioassistenciais, representada na figura 2.1, é um avanço para abordarmos esta questão de forma mais adequada, reconhecendo a sua dimensão social e sua conformação enquanto estrutura (Brasil, 2004). São numerosas as evidências da correlação entre vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, apontada como um dos principais problemas a serem enfrentados pelos profissionais que atuam na rede de proteção social básica, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) (Teixeira, 2010). Sendo o abuso de substâncias um problema igualmente comum entre a população em situação de rua, com relação à proteção social especial, é fundamental estabelecer modalidades assistenciais flexíveis que considerem a atenção “extramuros” e as peculiaridades desta população (Varanda & Adorno, 2004).

Com relação aos demais setores e recursos comunitários, destacamos a importância de estratégias voltadas para a conscientização da população, visando à sensibilização quanto aos

problemas associados ao uso abusivo de substâncias, e à redução do estigma associado aos usuários (Babor et al., 2007). Ambientes de trabalho e o setor de educação tornam-se estratégicos, sobretudo para a construção de programas preventivos (Babor et al., 2010), que se contraponham às abordagens tradicionais e visem ao estabelecimento do diálogo entre os diversos atores.

Embora as redes sejam compreendidas como a forma ideal de organização dos serviços e ações em álcool e outras drogas, diversos desafios surgem na sua concretização (Costa, Mota, Paiva & Ronzani, 2013). Devido à falta de articulação entre estas redes, muitas vezes o usuário literalmente “se perde no caminho” (Mota, Moreira & Laport, 2013). As práticas dos profissionais se mostram desintegradas (Fodra & Rosa, 2009), e há uma centralização nos serviços especializados, com maior prevalência do referenciamento em detrimento da contrarreferência, impactando a continuidade do cuidado (Costa et al., 2015). Entre outros fatores, a falta de formação dos profissionais dos serviços em geral para atuar na área contribui para esse enfoque nos serviços especializados (Ronzani, Mota & Souza, 2009), tais como os CAPS AD. Devido à sua insuficiente cobertura e aos déficits de recursos humanos e materiais, os CAPS AD têm encontrado diversas dificuldades para cumprir suas atribuições de ordenador da rede assistencial (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010), perpetuando este ciclo de desarticulação entre os serviços. Portanto, com fragmentação na atenção aos usuários e rígidas portas de entrada, atualmente as redes assistenciais continuam enfrentando problemas típicos dos sistemas de concepção hierarquizada, os quais almejam superar.

2.2.2 A sistêmica escassez de serviços

As últimas décadas oportunizaram profundas transformações na forma de se compreender a problemática do abuso de álcool e outras drogas no Brasil, que possibilitaram a inserção deste tema enquanto uma questão multidimensional. Como apresentado neste capítulo, estas mudanças se referem à superação de abordagens proibicionistas e à adoção de uma perspectiva alternativa, que consideram os direitos dos usuários, a desconstrução do modelo hospitalocêntrico, a construção do modelo psicossocial e a substituição dos sistemas de concepção hierárquica pela estruturação no formato das redes assistenciais.

Embora tais transformações tenham adquirido certa materialidade política nos dias atuais, elas não têm avançado de forma sistemática, não são hegemônicas, e envolvem um conjunto complexo de interesses, representações e práticas de diferentes atores sociais, originando uma série de conflitos e incoerências em sua efetivação. Necessitaremos de um diálogo permanente entre os diversos atores envolvidos e condições concretas (sejam elas institucionais, econômicas e inclusive de produção de evidências científicas) que nos possibilitem consolidá-las. Conforme apontado por Pinheiro e Luz (2001), teremos que enfrentar, criticamente, as contradições geradas pela implementação de “modelos ideais” em condições “reais”.

A transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial foi e permanece atravessada por muitos desafios, como a necessidade de uma gradual ampliação da rede assistencial e a preparação e engajamento de profissionais para atuar frente a esta temática, em conjunto com serviços diversificados e complementares. Contudo, o modelo psicossocial não tem se expandido de forma efetiva para absorver toda a demanda da área de drogas (Kessler & Pechansky, 2008), ainda que a redução de leitos hospitalares não tenha significado redução do financiamento para a saúde mental (Delgado & Weber, 2007). Englobando a

saúde mental em geral, mesmo em estados brasileiros como o Rio Grande do Sul, onde a cobertura de CAPS foi considerada adequada segundo indicador do Ministério da Saúde (01 CAPS para cada 100.000 habitantes), estudo realizado por Gonçalves, Abreu, Candigago, Saraiva, & Lobato, (2010) demonstrou que tal indicador é frágil, não representando as realidades regionais, já que as regiões deficientes são mascaradas pelas regiões que hipoteticamente teriam excesso de cobertura.

A sistêmica escassez de serviços públicos para usuários de álcool e outras drogas certamente está entre os principais problemas que impactam a realidade assistencial no Brasil. Atualmente, como fortes indicativos desta insuficiência de serviços, além do histórico preenchimento das lacunas assistenciais por serviços como Comunidades Terapêuticas, Ribeiro, Rasga, Bastos, Inglez e Bessa (2016) discutem que, no Rio de Janeiro, há uma “difusão experimental de serviços”, tais como abrigos da assistência social, entre outros que se proliferaram à margem do sistema formal, acerca dos quais não podemos garantir as boas práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Como referido pelos autores, até o momento, não dispomos de estudos que dimensionem esta escassez de serviços, investigando especificamente a questão do (des)equilíbrio entre oferta e demanda. Deste modo, inclusive do ponto de vista técnico-científico, precisamos desenvolver instrumentos e modelos que possam suprir esta falta de conhecimento para melhor evidenciar a realidade da cobertura assistencial em nosso país.

Neste cenário, como contribuir para a superação da escassez de serviços? Quais aspectos devem ser levados em consideração? O conhecimento das necessidades da população é essencial para uma adequada orientação da oferta de serviços. São diversas as sutilezas e complexidades relacionadas às percepções e representações das necessidades em saúde, sobretudo no campo de álcool e outras drogas, historicamente alvo de moralizações e de concepções alarmistas. Compreendê-las torna-se fundamental, ponto de partida para estimar

quantas e quais modalidades de serviços podem atender a população. No capítulo a seguir, abordaremos conceitos relacionados à avaliação de necessidades, a qual poderá subsidiar a construção de modelos de planejamento da rede assistencial na área de álcool e outras drogas.

3. PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES: CONCEITOS E APLICAÇÕES

O termo planejamento baseado em necessidades ou planejamento baseado na população se refere ao “planejamento que tem o objetivo de melhorar a saúde, melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde e promoção da eficiência na provisão dos serviços e recursos em uma base abrangente para a comunidade inteira” (Descritores em Ciências da Saúde, 2016). Visando a apresentar os principais conceitos pertinentes ao campo de planejamento baseado em necessidades, este capítulo é composto por duas partes: na primeira seção, de forma bastante sucinta, o capítulo enfoca o desenvolvimento do planejamento enquanto tecnologia da ação no contexto da América Latina, sendo posteriormente apresentada uma contraposição entre o planejamento baseado na população e o planejamento baseado em recursos; em seguida, foram abordados os conceitos de avaliação de necessidades e de utilização de serviços, com enfoque em modelos amplamente disseminados na literatura, que visam a explicar os sucessivos acontecimentos que antecedem a inserção dos usuários nos serviços de saúde. Para concluir o capítulo, foi realizada uma breve problematização acerca da avaliação de necessidades na área de álcool e outras drogas no Brasil, a partir da abordagem epidemiológica, visando a apontar os desafios para a construção de propostas de planejamento.

3.1 Planejamento em saúde e seus enfoques: a dialética da razão instrumental e política

O planejamento em saúde pode ser definido como uma tecnologia da ação, um instrumento ou ferramenta para agir sobre algo de modo eficaz. Diversos saberes e práticas constituem este campo, que não se refere a uma temática consensual, inclusive do ponto de

vista do objeto que o constitui. Há diferentes visões sobre o planejamento em saúde, seja como forma de intervenção governamental, como instrumento administrativo ou como prática social que busca a transformação (Merhy, 1995). Em uma perspectiva que enfoca a ação coletiva, social e institucional, o planejamento pode ser necessário para explicitar objetivos e compromissos compartilhados, favorecendo a democratização da gestão (Paim, 2006; Paim & Teixeira, 2006). Deste modo, as configurações que o planejamento adquire incorporam distintas dimensões de rationalidades.

A rationalidade primordial associada à conceituação de planejamento nos remete às noções de não improvisação, previsibilidade, calculabilidade, consideradas necessárias para a maximização dos recursos econômicos, concernente à moderna sociedade capitalista (Giovanella, 1991). Partindo de uma concepção economicista e administrativa, busca-se a eficiência dos recursos disponíveis, sendo as prioridades tratadas de acordo com a análise custo/benefício. Nesse sentido, o enfoque principal é o crescimento econômico, e o uso da combinação ótima dos recursos visa a aumentar a eficiência na prestação de serviços, em termos de uma quantidade maior de atos produzidos e de um barateamento de custos (Paim, 1983).

Consoante com tal linha de pensamento, foi criado o método de programação em saúde do *Centro de Desarrollo/Organização Pan-Americana da Saúde* (CENDES/OPAS), que originou o planejamento normativo. Marco inicial do planejamento em saúde na América Latina, o planejamento normativo consistiu em um método de programação sanitária que impunha mudanças racionalmente planejadas como alternativa para a crise social (Rivera, 1987). Esse método endossa a ideia de que o planejamento ou técnica programática pode gerar uma normatização do rendimento, sendo concebido para operar em um contexto caracterizado por um grande controle do Estado, com baixa fragmentação e avançado grau de integração sistêmica (Matus, 1991; Rivera & Artmann, 2010).

A proposta de planejamento da CENDES/OPAS foi alvo de diversas críticas, haja vista o seu reducionismo econômico e a concepção equivocada de que a técnica programática pode se superpor ao nível da definição política até o ponto de suplantá-la, sendo desconsiderada a complexidade da realidade, os conflitos entre atores e os diferentes interesses (Rivera, 1987). Como apontado por Matus (1991), não basta dispor de bom delineamento normativo e prescritivo do plano, pois é necessário contar com boa estratégia para lidar com o jogo social. Devido à forte ênfase na dimensão custo/benefício econômico e desconsideração das iniquidades que marcam a realidade, o método CENDES/OPAS se remete a uma naturalização do social, o qual é abordado tal como os objetos das ciências naturais (Rivera, 1987).

A demarcação proporcionada pela inclusão do contexto político como objeto do planejamento originou as formulações do planejamento estratégico (Matus, 1991). Este possibilitou uma evolução da noção anterior, inicialmente compreendida sob a égide do crescimento econômico, gerando uma concepção de planejamento integrada que incorpora o social (Rivera & Artmann, 2010). As formulações do planejamento estratégico e suas subdivisões, tais como o enfoque Estratégico da Programação em Saúde de Medelín (1975), o Pensamento Estratégico de Mario Testa (1981) e o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (1982), entendem o planejamento como instrumento no processo de transformação, abarcando uma visão política em que o ator que planeja está imerso na realidade planificada, a qual está acoplada ao jogo de interesses dos diferentes atores sociais. Ao conferir maiores oportunidades para a realização de uma aposta política, o planejamento estratégico situacional, por exemplo, daria ao ator maior capacidade de governo (Matus, 1992). Planejar passou a ser um ato político, sendo necessário que o planejador seja técnico, mas também que reconheça seu papel político (Giovanella, 1991; Paim & Mota, 2011).

O grande mérito do enfoque estratégico é a sua contraposição à visão dominante do planejamento normativo, reconhecendo que o planejamento envolve o enfrentamento e a confluência de forças sociais. Ao discutir a formulação de políticas de saúde baseadas nas premissas do enfoque estratégico, Rivera (1987) considera que foi fundamental superar a visão do planejamento normativo, visto que esta se baseava na relação entre um ator e um sistema controlável, tomando a realidade como uma ação prescritiva. Segundo o autor, o planejamento envolve uma relação entre pessoas e um enfretamento de vontades sociais ou a confluência de vetores sociais, e sua função consiste em ajudar a construir (Rivera, 1987).

A partir de uma perspectiva crítica, é necessário reconhecer que o planejamento não se refere a uma prática de intervenção para além do processo histórico-social. O planejamento não é um instrumento neutro, já que se constitui como procedimento adequado a determinados fins, e não a outros. Assim, no enfoque estratégico, há o risco de instrumentalizar a ação política para a hegemonia de uma ideologia política (Merhy, 1995; Paim & Mota, 2011). Em outras palavras, quando o planejamento está relacionado à gestão de políticas, a dimensão instrumental do planejamento cede lugar à lógica de determinada política (Merhy, 1995; Paim & Mota, 2011).

Como apontado por Onocko (1998), “o planejamento também tece a sua teia” – ao oferecer competência técnica, o planejamento também pode vir a instrumentalizar a ação de grupos que não estão necessariamente no governo. O planejamento seria um modulador da incorporação tecnológica, mas não tem somente potência instrumental – esta não é a sua única lógica – pois também tem uma lógica intencional, necessária ao amadurecimento e à constituição dos grupos que planejam (Onocko, 1998; Onocko-Campos, 2000).

Para que o planejamento tenha valor de uso, ele não pode perder a sua capacidade instrumental. Contudo, a sua instrumentalidade não deve significar um papel controlador, o que geraria um efeito colonizador (Onocko-Campos, 2000). O planejamento precisa

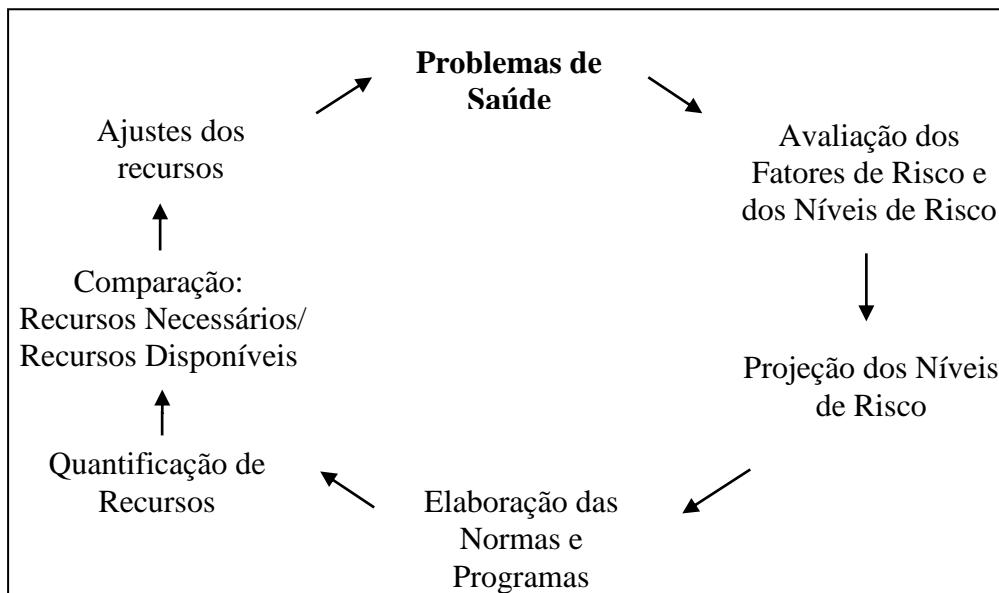
incorporar uma estrutura comunicativa, para que, ao invés de aumentar o controle da “força central que planeja”, possa viabilizar o debate e promover a ação consciente (Testa, 2007). Assim, o planejamento não seria um instrumento tecnocrático, mas um dispositivo viabilizador de mudanças (Onocko, 1998).

Portanto, uma vez que o planejamento não constitui um conjunto de ações descontextualizadas ou neutras, as razões instrumentais e políticas necessariamente definem uma relação dialética: uma não existirá sem a outra. Essa composição de racionalidades pode ser utilizada por diferentes grupos e vetores sociais, confluindo na construção de um planejamento que almeje a efetividade das práticas sociais e potencialize a participação de variados atores, questionando caminhos, apontando lacunas e propondo mudanças. Contudo, mistificando o papel da sua dimensão técnica ou de sua instrumentalidade à proporção que contribui para a hegemonia de determinados atores e de suas ideologias, o planejamento pode, também, veicular um pragmatismo ilusório, que, ao invés de transformar, contribui para a manutenção das ações vigentes.

3.1.2 Planejamento baseado nas necessidades da população *versus* planejamento baseado na oferta de serviços

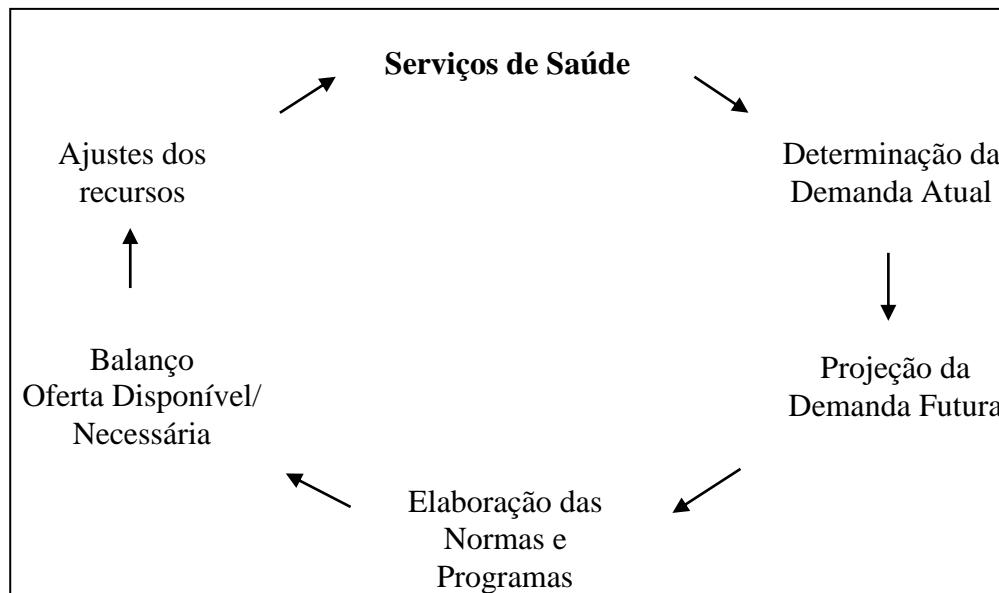
O planejamento baseado nas necessidades da população se contrapõe ao planejamento baseado na oferta de serviços. O primeiro enfoca a possibilidade de aplicação da epidemiologia na determinação das necessidades, utilizando-se critérios demográficos. O segundo tem o serviço como ponto de partida, e a metodologia está voltada para a adequação da oferta à demanda, colocando a informação epidemiológica em segundo plano e, em geral, não reflete as necessidades em saúde, mas as necessidades *dos* serviços (Castiel & Rivera, 1985). As figuras ilustram diferenças entre esses modelos:

Figura 3.1 – Planejamento a partir da população



Fonte: Tannem (1985) *apud* Castiel e Rivera (1985).

Figura 3.2 – Planejamento a partir dos recursos



Fonte: Tannem (1985) *apud* Castiel e Rivera (1985).

Embora ambos os modelos possam ser classificados em um enfoque normativo, pois são abordagens que não exigem a análise de viabilidade política, o modelo de planejamento a partir da população, ao possibilitar a aplicação da metodologia epidemiológica na determinação das necessidades, pode ter uma interface com um enfoque estratégico, na medida em que a avaliação de níveis de risco pode implicar uma análise de conjuntura e do contexto político-social na sua elaboração (Castiel & Rivera, 1985).

3.2 Perspectivas sobre os conceitos de necessidade e avaliação de necessidades

Os termos “necessidade” e “avaliação de necessidades” possuem uma ampla gama de significados e são utilizados em diferentes campos de conhecimento, com diversas finalidades e em diferentes contextos de atuação (Aoun, Pennebaker & Wood, 2004). Não existe uma interpretação universal do conceito de necessidades (Mechanic, 2003), que é multidimensional e pode ser construído a partir de perspectivas objetivas (baseadas, por exemplo, em critérios diagnósticos ou padrões pré-estabelecidos) ou subjetivas (que incluem a percepção pessoal dos indivíduos quanto à necessidade de obtenção de cuidados). Haja vista o caráter valorativo do conceito, Cohen e Eastman (1997) propõem que o termo “avaliação de necessidades” seja substituído por “perspectivas sobre necessidades”, a fim de refletir a ausência de uma “única verdade” sobre em que consistem as necessidades e enfatizar a falta de neutralidade, inclusive na concepção e interpretação dos resultados de pesquisas sobre “necessidades”.

Em razão da polissemia do conceito de necessidades, diversas são as classificações propostas (Aoun, Pennebaker & Wood, 2004). Bradshaw (1994) propõe que o conceito tenha quatro classificações: as necessidades sentidas constituem a descrição de problemas que são reconhecidos como uma necessidade para um indivíduo; as necessidades expressadas se

referem a quando um indivíduo demanda suporte de serviços de modo a abordar as necessidades por ele percebidas; as necessidades normativas são determinadas por especialistas com base em critérios, pesquisas ou opiniões de profissionais; as necessidades comparativas envolvem a comparação das necessidades dos indivíduos frente ao padrão manifestado por outros indivíduos. No campo da saúde mental, Andrews (2000) estabelece, ainda, uma distinção entre necessidades satisfeitas, que seriam aquelas devidamente assistidas ou abordadas por serviços ou profissionais, e necessidades insatisfeitas, que se referem àquelas que, embora sejam reconhecidas, não são alvos de uma abordagem profissional.

Com relação aos campos que desenvolvem avaliação de necessidades, na perspectiva da saúde comunitária latino-americana, tal avaliação é parte de uma metodologia de trabalho participativa que visa à conscientização da população. Endossando a perspectiva subjetivista, Montero (1994) define que “uma necessidade existe para um grupo quando os membros sentem que lhes falta alguma coisa ou quando certas situações em suas vidas produzem efeitos perturbadores, porque a maneira de atuar sobre elas é ineficiente”. Há, ainda, uma diferenciação quanto às necessidades percebidas, que se referem a um conhecimento informativo ou cognitivo de uma necessidade, e as necessidades sentidas, que denotam uma consciência maior quanto à questão vivenciada, além do reconhecimento cognitivo (Sarriera, 2010). A avaliação de necessidades neste campo é realizada, sobretudo, a partir de abordagens qualitativas e participativas, tais como entrevistas e grupos focais, que visam a incluirativamente os indivíduos no processo avaliativo e promover a conscientização comunitária. A baixa utilização de metodologias quantitativas, provenientes de levantamentos populacionais, possivelmente é ocasionada não somente pela tradição qualitativista da área, mas também pela escassez de informações epidemiológicas acerca de diversas temáticas, oriundas dos países latino-americanos.

Em geral, a principal razão para a realização de uma avaliação de necessidades é embasar o planejamento e a gestão, sendo parte da avaliação de serviços e programas (Aoun, Pennebaker & Wood, 2004). Nesse campo, a avaliação de necessidades visa a identificar os fatores que caracterizam e que têm impacto sobre a saúde de uma população definida (Cavanagh & Chadwick, 2005), para auxiliar na definição de prioridades que as políticas de saúde devem assumir no atendimento de tais necessidades. Idealmente, a avaliação das necessidades precede a implementação dos serviços ou sistemas, contudo pode, também, abordar questões sobre como um serviço ou sistema pode ser planejado (WHO, 2000). Rush (2003) exemplifica questões que podem guiar a avaliação de necessidades na área de álcool e outras drogas, tais como: (1) “Qual é o nível de necessidade em cada comunidade?”; (2) “Quantas pessoas devem ser atendidas pelos serviços anualmente?”; (3) “O que dizem as evidências sobre as intervenções que melhor atendem às necessidades?”; (4) “Quantos profissionais, serviços e tipos de serviços são necessários?” (Rush, 2003). A partir do registro da discrepância entre os resultados observados e os almejados, é possível definir qual a prioridade e tipos de serviços em que se deve investir para diminuir tal lacuna (Rush, 2003).

Nessa perspectiva, que considera a avaliação de necessidades como uma abordagem para embasar a implementação de serviços, DeWit e Rush (1996) revisaram os métodos para tal avaliação em nível populacional na área de álcool e outras drogas. Dois destes métodos, denominados Modelo de Captura e Recaptura e modelos que tem base para a Distribuição de Poisson, consideram métodos indiretas de levantamento que atinjam populações de difícil acesso, já que parcela importante dos usuários de substâncias ilícitas não tem residência fixa ou evitam contato com indivíduos que não fazem parte de sua rede social. O Modelo de Estimação Sintética envolve utilizar dados de amostras mais amplas, por exemplo, dados nacionais, para gerar estimativas locais ou a mensuração de variáveis indiretas e que estejam relacionadas ao uso de substâncias. Os Modelos Baseados na Prevalência de Mortalidade

utilizam dados como a prevalência de suicídios associadas ao alcoolismo ou número de mortes associadas à cirrose. Há, ainda, os Modelos Normativos, nos quais a avaliação das necessidades de uma dada população está baseada na demanda ou no histórico de utilização de serviços, e os Modelos Prescritivos, nos quais o histórico de utilização de serviços a partir de séries temporais é empregado para estabelecer os níveis de cuidado que deveriam ser oferecidos. Finalmente, os Modelos de Previsão ou de Projeção são baseados em dados de prevalência de diferentes agravos para gerar parâmetros sobre a necessidade de serviços no futuro.

Como o uso de álcool e outras drogas constitui a um fenômeno complexo e associado a uma ampla gama de problemas sociais, econômicos e de saúde, é preciso compreender como o uso de tais substâncias tem impacto entre os diferentes grupos populacionais, e construir modelos de avaliação de necessidades que possam identificar as especificidades de tais grupos (DeWit & Rush, 1996). Além disso, identificar um *continuum* de gravidade entre os usuários de substâncias é fundamental para estabelecer as necessidades de cuidado correspondentes e sua respectiva intensidade. Há, ainda, variáveis preditoras como idade, gênero, status socioeconômico, nível educacional, entre outras, as quais são importantes para uma compreensão ampliada das necessidades dos usuários, além da relação entre necessidades e uso de serviços, que será discutida na seção a seguir.

3.3 Modelos explicativos sobre utilização de serviços de saúde

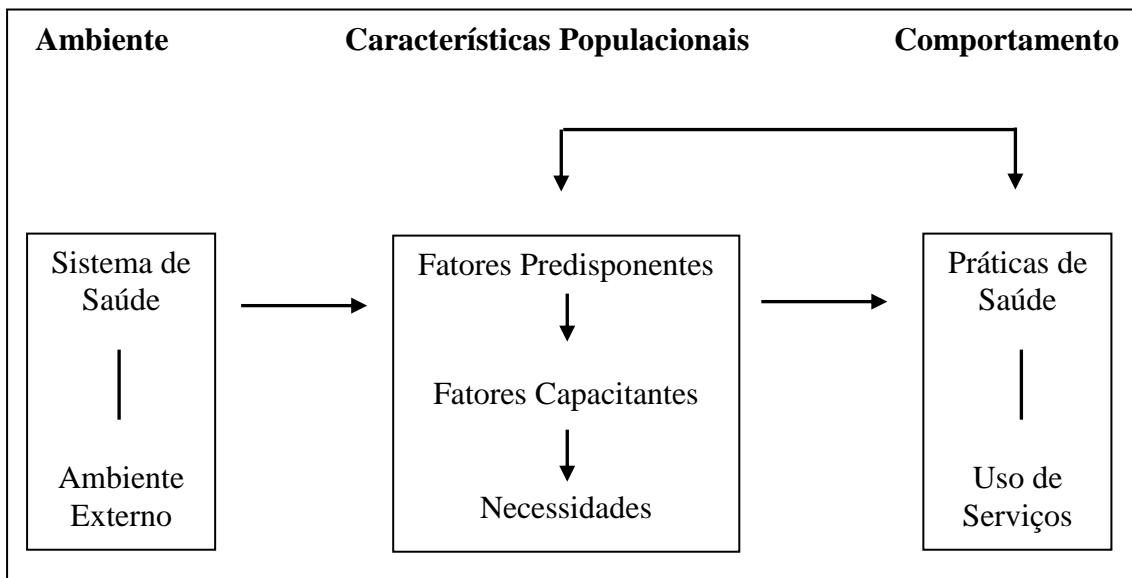
A utilização de serviços de saúde corresponde a todos os contatos diretos da população alvo com profissionais envolvidos na oferta de serviços, sendo produto de uma interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidado, os serviços a ele disponibilizados e os profissionais de saúde (Frenk, 1985). Um conjunto de fatores que se inter-relacionam de

forma complexa influencia o uso de serviços, haja vista a simultaneidade entre tal uso e outros fatores, sejam eles as necessidades em saúde, as características contextuais e da oferta de serviços. Diversos modelos explicativos abordaram a utilização de serviços de saúde, e, em razão da sua ampla disseminação na literatura, três modelos são apresentados a seguir.

O clássico modelo comportamental de Andersen e Newman (1973)², embora não tenha sido o primeiro ou o único modelo voltado para compreender a utilização de serviços, tornou-se largamente difundido em razão de integrar variados fatores para explicar o uso de serviços. Nas primeiras formulações deste modelo, originadas na década de 60, a utilização de serviços foi associada a fatores individuais, classificados em fatores predisponentes, que são aqueles que definem as probabilidades de que um dado indivíduo venha a procurar um serviço, haja vista os aspectos culturais e biológicos, tais como sexo e idade; fatores capacitantes, os quais condicionam a procura efetiva por serviços de saúde, tais como os meios que os indivíduos necessitam para chegar aos serviços de saúde; e as necessidades, que englobam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais. Posteriores revisões do modelo, realizadas nas décadas de 70 e 80, possibilitaram a sua ampliação e a consideração da influência de fatores contextuais na utilização de serviços. Estes se referem às políticas e às características do sistema de saúde, e são intermediados pelos fatores individuais. Assim, as características da oferta podem limitar a utilização de serviços de saúde pelas pessoas que deles necessitam, devido às barreiras de acesso, ou estimular a sobreutilização por pessoas que deles não necessitam. A seguir, na figura 3.3, sintetizamos o diagrama revisado pelos autores:

² Segundo o modelo de Andersen e Newman (1973), a utilização de serviços seria o que se denomina de acesso realizado (Travassos & Castro, 2008).

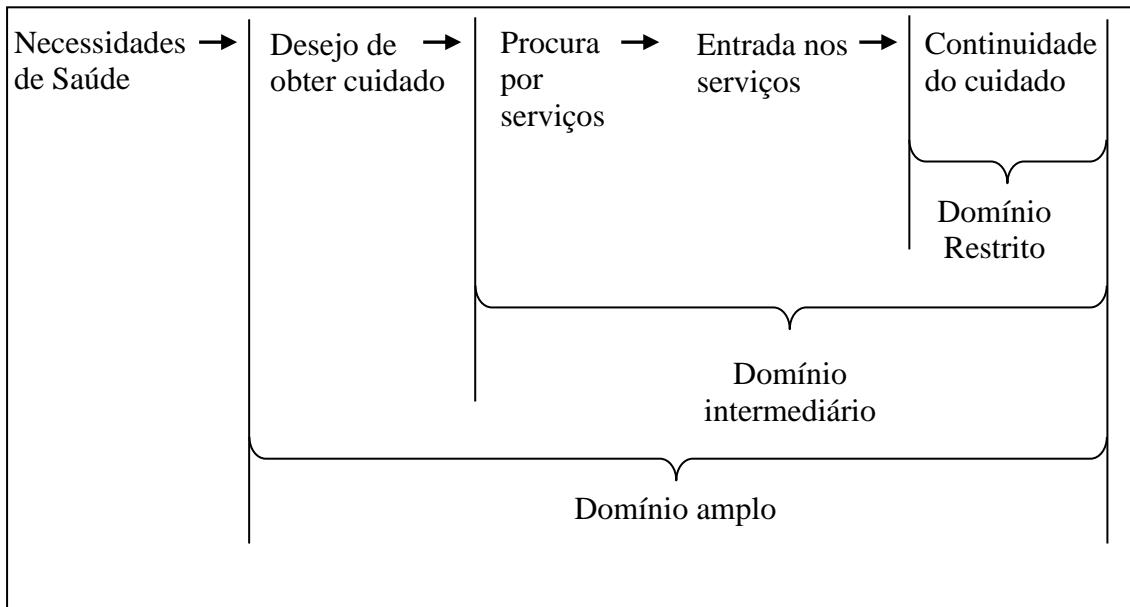
Figura 3.3 – Modelo comportamental de uso de serviços de saúde



Fonte: Traduzido e Adaptado de Andersen (1995).

Em uma revisão acerca da conceituação e da mensuração da acessibilidade, Frenk (1985) discrimina uma sucessão esquemática de acontecimentos desde o momento em que surge a necessidade de atenção até o momento em que se inicia ou continua a utilização de serviços (figura 3.4). Deste modo, o autor aponta que a percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo pode originar o desejo de obter cuidado, que poderá implicar a decisão de procurar por suporte nos serviços. A procura gera uma demanda que, para ser acolhida, depende da existência de recursos adequados às necessidades do indivíduo. Tendo em vista as amplitudes e dimensões do conceito, Frenk (1985) especifica a acessibilidade como o processo de buscar e receber atenção, enquanto a utilização de serviços seria o final deste processo de buscar e obter atenção. Considerando as amplas etapas do cuidado, o autor classifica tais etapas em domínio restrito, que se refere à continuidade do cuidado; domínio intermediário, que demarca a procura por serviços até a continuidade do cuidado; e o domínio amplo, que abrange o desejo de obter cuidado até a continuidade do cuidado.

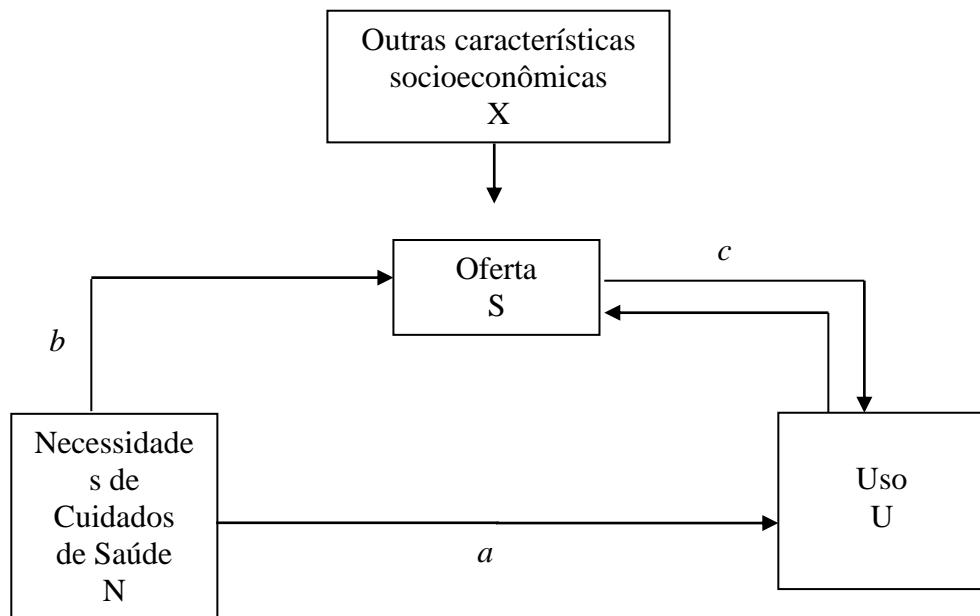
Figura 3.4 – Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”



Fonte: Traduzido de Frenk (1985).

Em um estudo que objetivou analisar os fatores determinantes da internação hospitalar em microrregiões na Inglaterra, Carr-Hill et al. (1994) apontaram os efeitos das necessidades de cuidados em saúde e da oferta na utilização de serviços. Tal estudo possibilitou a criação da teoria da demanda induzida pela oferta, enfocando a mútua influência entre a oferta e a utilização de serviços, pois a oferta insuficiente e suas características podem inibir a utilização de serviços, a qual também pode impactar a oferta. A teoria é ilustrada na figura 3.5, a qual aponta que variações no uso de serviços (U) aumentam em razão de variações das necessidades de cuidados em saúde (N) e variações na oferta (S). Como representado na figura, as necessidades em saúde influenciam tanto o uso de serviços quanto a oferta: primeiramente, podem ter uma influência direta, como indicado pela rota “a”; e secundariamente, mediante a oferta, pois decisões acerca da construção da oferta foram influenciadas pelas necessidades, como indicadas pelas rotas “b” e “c”. É, ainda, importante identificar os efeitos da oferta representados por “c” e que são atribuíveis às características socioeconômicas “X”.

Figura 3.5 – Modelo simplificado da demanda para cuidados em saúde



Fonte: Traduzido de Carr-Hill et al. (1994).

Comparando os modelos apresentados³, observamos que enquanto Frenk (1985) realiza uma demarcação de eventos sucessivos com vista a acessibilidade e que culminam na utilização de serviços (desejo de obter cuidado, procura por serviços, e entrada nos serviços), os modelos de Andersen (1995) e Carr-Hill et al. (1994) enfatizam o papel do ambiente ou da oferta no uso de serviços. Embora as necessidades sejam fortes determinantes da utilização de

³ Além dos modelos clássicos sintetizados neste capítulo, é importante considerar as diferenças entre utilização de serviços e o termo “procura de ajuda” – temática de um crescente número de pesquisas nos dias atuais, haja vista o interesse na compreensão da oferta de cuidado nas condições crônicas de saúde, entre elas os problemas de saúde mental e com o uso de substâncias. Em uma revisão sistemática sobre a procura de ajuda para problemas de saúde mental, Rickwood e Thomas (2012) evidenciaram que os estudos sobre o tema são caracterizados pela falta de consenso na sua definição conceitual e metodológica. A partir da revisão realizada, os autores propõem uma definição unívoca para a procura de ajuda em razão de questões de saúde mental, na qual esta seria um processo ativo e adaptativo para tentar lidar com os problemas ou sintomas, utilizando recursos externos para a assistência. A procura de ajuda tem sido mensurada através da investigação do comportamento observável, seja no passado ou prospectivamente no futuro, mediante os relatos de intenção de buscar suporte externo; e também por meio de avaliação de atitudes, enquanto predisposição comportamental, tais como confiança nos profissionais, tolerância ao estigma, entre outros (Rickwood & Thomas, 2012). Portanto, a utilização de serviços seria um dos indicadores de procura de ajuda, que engloba o comportamento observável.

serviços, tal uso também dependerá de variados fatores, compondo um ciclo que se retroalimenta de acordo com o contexto.

Para abordar o processo de utilização de serviços de saúde no Brasil, torna-se fundamental compreender a influência das marcantes iniquidades sociais. Com base no suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), Travassos e Castro (2008) apontaram que, no Brasil, o grupo de pessoas de maior renda familiar *per capita* possui padrão de uso de serviços de saúde compatível com os países desenvolvidos, e os grupos mais pobres apresentam prevalências de utilização de serviços bem inferiores. Consequentemente, os riscos à saúde são maiores nos grupos socialmente desprivilegiados. No país, possivelmente, as pessoas em condições sociais desvantajosas procuram serviços quando o seu estado de saúde é mais grave, e o local de moradia é um fator explicativo importante a respeito da não utilização de serviços (Travassos & Castro, 2008).

No que concerne à área de álcool e outras drogas, destacamos que os dados sobre utilização de serviços disponíveis na literatura são caracterizados por uma imensa diversidade. Talvez em razão da complexidade conceitual associada à definição de utilização de serviços, tais estudos divergem consideravelmente quanto aos serviços a serem incluídos para avaliar o uso de serviços entre usuários de substâncias e os profissionais contatados, apresentando diferenças quanto ao escopo do sistema de tratamento avaliado e também quanto à inclusão de serviços informais. Além disso, vários estudos, como por exemplo, os de Andrade (2012), Kohn, Saxena, Levav, e Sacareno (2004), Slade et al. (2009) e Wang et al. (2007), avaliaram concomitantemente o uso de serviços em decorrência do abuso de substância e para problemas de saúde mental, o que tornam imprecisos os achados obtidos quanto à questão do abuso de substâncias. No contexto brasileiro, como abordado na seção a seguir, outros dificultadores influenciam a obtenção dos dados sobre utilização de serviços no campo de

álcool e outras drogas, tendo em vista os diversos desafios envolvidos na avaliação de necessidades.

3.4 Desafios para o planejamento baseado em necessidades para usuários de álcool e outras drogas no Brasil

A avaliação de necessidades, de base epidemiológica, na área de drogas, no Brasil, tem se defrontado com inúmeros problemas, como a fragmentação e falta de regularidade na implementação de estudos populacionais, além da utilização de uma imensa diversidade de critérios, métodos e procedimentos que dizem respeito a, praticamente, todas as etapas dos inquéritos, como a definição de planos amostrais até a formulação de perguntas. Esta dispersão e falta de sistematicidade de iniciativas dificulta a integração dos estudos para a construção de um planejamento nacional, sendo, ainda, lacunar a articulação entre as áreas de planejamento e epidemiologia nos diversos níveis da gestão pública (federal, estadual e municipal) (Mota et al., 2015).

A maioria dos estudos epidemiológicos brasileiros no campo de álcool e outras drogas abordou populações estudantis, buscando estimar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas entre universitários e estudantes de 1º e 2º graus (Medina et al., 2013). Quanto aos estudos psiquiátricos conduzidos no Brasil, e que também avaliaram o uso de álcool e outras drogas, ainda hoje a maioria deles se baseia em pequenas amostras de conveniência, sem representatividade populacional, de populações em tratamento, especialmente em serviços de referência, localizados em alguns municípios brasileiros que contam com uma estrutura de pesquisa mais avançada (Mari et al. 2013).

A seguir, apresentamos um quadro que resume alguns estudos epidemiológicos brasileiros abrangentes realizados recentemente.

Quadro 3.1 – Resumo dos estudos epidemiológicos brasileiros mais recentes e abrangentes

Principais características	II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil	Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity	Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil
Autor	Carlini e Galduroz (2005)	Andrade et al. (2012)	Bastos e Bertoni (2014)
Ano da coleta	2005	2005 a 2007	2011 a 2013
Local	107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes	Região Metropolitana de São Paulo (39 municípios)	26 capitais, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas e cidades de pequeno e médio porte
Público-alvo	População geral (12 a 65 anos)	População geral (18 anos ou mais)	Usuários de crack e/ou similares que consumiram a droga pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses (uso regular) (18 anos ou mais)
Tipologia / Classificação do uso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uso na vida ■ Uso no ano ■ Uso no mês ■ Dependência 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abuso ■ Dependência <p>* Inclui avaliação de gravidade – leve, moderada e grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uso regular
Critérios diagnósticos	Organização Mundial de Saúde / National Household Surveys on Drug Abuse (NHSDA)	Manual Diagnóstico e Estatísticos de Doenças Mentais (DSM) – 4ª Edição e a Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10a Revisão	Definição da Organização Panamericana de Saúde
Uso de serviços / Procura de ajuda	Estimativa de tratamento especializado recebido	Estimativa de uso de serviços de saúde, grupo de ajuda na internet, grupo de ajuda-mútua, serviço telefônico, aconselhamento psicológico, categorias de profissionais consultados e de conselheiro espiritual	Estimativa de uso de serviços de saúde e de serviços especializados para dependência química

Fonte: Mota et al. (2015).

No Quadro 3.1, observamos marcante variabilidade na tipologia e classificação do uso de substâncias, adotada nos estudos epidemiológicos brasileiros, sendo este um primeiro desafio para o desenvolvimento de modelos de planejamento baseado em necessidades (Mota et al., 2015).

Há uma pronunciada variabilidade dos levantamentos, dificultando a comparação ou a síntese dos resultados. Por exemplo, os critérios elaborados pelo NHSDA para a classificação da dependência são mais rigorosos que os critérios do DSM IV (Carlini & Galduroz, 2005). Com isso, observamos que o levantamento de Andrade et al. (2012), que adotou o DSM IV, estimou uma população de 1,3% de dependentes de álcool na Região Metropolitana de São Paulo, enquanto o levantamento de Carlini e Galduroz (2005), embasado no NHSDA, estimou uma população de 12,7% de dependentes de álcool na região sudeste. Embora a escolha de tais critérios seja realizada em razão do escopo e objetivos específicos destes estudos e período em que foram realizados, como apontado por Ritter, Chalmers e Sunderland (2013), tal variabilidade dificulta (e, eventualmente, inviabiliza) a construção de um modelo de planejamento (Mota et al., 2015).

Assim, haja vista a possibilidade de interpretação das necessidades de um conjunto populacional, a epidemiologia é essencial para dar suporte ao planejamento da rede assistencial. No entanto, as lacunas no âmbito da abordagem epidemiológica no campo de drogas, no contexto brasileiro, determina limitações técnicas para que o planejamento seja fundamentado por evidências empíricas. Neste cenário, como fator dificultador, identificamos, também, a falta de diálogo entre planejamento e epidemiologia, que seria fundamental para que os estudos epidemiológicos enfocassem informações importantes para a consolidação da rede assistencial, tais como as necessidades sociais, a acessibilidade aos serviços, a trajetória de utilização de serviços, entre outros. Embora esta não seja uma

discussão nova em nosso país, ainda não temos, na área de álcool e outras drogas, uma integração efetiva entre esses campos de conhecimento (Mota et al., 2015).

Considerando que o planejamento envolve o enfrentamento de forças sociais para a construção de um projeto político, é necessário, ainda, pontuar o atual panorama da política de drogas brasileira. No Brasil, as disputas político-ideológicas deste campo atualmente são representadas pela dicotomia entre CAPS AD – serviços públicos que almejam estar alinhados com o modelo psicossocial, e as Comunidades Terapêuticas – organizações não governamentais e que, no país, em geral, defendem uma lógica de tratamento baseado na reclusão e na abstinência. Apesar dos avanços para o fortalecimento da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito dos serviços públicos, as diretrizes brasileiras neste campo ainda são pouco abrangentes e inespecíficas (por vezes, simplesmente inexistentes ou jamais aplicadas), tanto no que concerne à indução de práticas quanto na implementação de serviços. Nesse sentido, é fundamental considerar o papel do planejamento como tecnologia que pode mediar a concretização dos pressupostos da política, tendo um papel importante no levantamento e no recorte de problemas para a avaliação de necessidades, e também na explicitação dos compromissos a serem pactuados.

4. MODELOS DE PLANEJAMENTO BASEADO EM NECESSIDADES PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Para Le Moigne (1987), modelos são representações conceituais que auxiliam a dar sentido a um fenômeno, permite abstrair dados não essenciais e focar na estrutura essencial, e gera conhecimento segundo a perspectiva de seus autores e dos contextos que os produzem. Os modelos de planejamento apresentados neste capítulo foram construídos em países onde há maior valorização da implementação de uma cultura de avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Em uma conjuntura em que a avaliação gera informações e conhecimentos para embasar a tomada de decisões, acredita-se que o planejamento possa fomentar melhorias na qualidade dos serviços e na performance do sistema. Buscando formulá-los em intensa articulação com os “*stakeholders*” de seus contextos, os autores e pesquisadores envolvidos na construção dos referidos modelos de planejamento almejam contribuir para que a oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas tenha maior impacto populacional.

O objetivo deste capítulo é apresentar o modelo de planejamento baseado em necessidades para usuários de álcool e outras drogas que vem sendo construído no Canadá. Não foi realizada uma revisão sistemática do tema, pois o enfoque principal do capítulo é possibilitar que o leitor tenha conhecimento sobre as etapas que compõem o mencionado modelo, sendo ainda priorizada a apresentação do seu *modus operandi*, e não uma discussão sobre os seus resultados. Por serem basicamente influenciadas pela perspectiva canadense, serão muito suscintamente apresentadas propostas de planejamento da Austrália, da Inglaterra e também o modelo de planejamento para a população de jovens usuários de álcool e outras drogas da província canadense do Quebec.

Parte das referências utilizada para a redação do capítulo é proveniente de relatórios preliminares acerca das pesquisas realizadas. O caráter preliminar da produção em que se

baseou o capítulo sinaliza a ainda incipiente construção de modelos de planejamento baseados em necessidade para usuários de álcool e outras drogas. O atual “estado da arte”, intencionalmente representado pelos modelos de planejamento enfocados neste capítulo, aponta para a possível formação de uma rede de pesquisa e colaboração sobre a temática. Para novos e mais consistentes avanços neste campo, uma cuidadosa reflexão sobre as limitações do percurso metodológico e dos resultados obtidos em tais modelos será, de fato, muito relevante.

4.1 A experiência do Canadá e a adoção do modelo categorial para orientar a oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas

O sistema de saúde canadense caracteriza-se pela forte presença do Estado e por sua universalidade. O *Medicare*, sistema nacional de assistência médica e de saúde do Canadá, teve os seus princípios estabelecidos em 1984, reafirmando os propósitos de solidariedade, justiça e equidade, considerados pontos-chave do sistema e a base para a manutenção dos direitos historicamente conquistados. O acesso à saúde é uma temática bastante relevante e discutida no país e, como previsto na legislação, deve ser irrestrito, significando atendimento “*onde e quando os cidadãos deles precisam*”. Como consequência disso, há um forte investimento na criação de indicadores técnicos e gerenciais para acompanhamento da performance do sistema de saúde, e para avaliação e monitoramento das práticas realizadas (Sorio, 2006).

Ainda assim, persistem as desigualdades regionais de cobertura do sistema, com obstáculos para o atendimento de especificidades populacionais. Por exemplo, a população aborígene, entre outros problemas, como o conceito de saúde medicalizante e hospitalocêntrico sob o qual o sistema se funda, além dos desafios encontrados na oferta

assistencial para uma população heterogênea e com diversas etnias, bem como as dificuldades na abordagem de determinadas condições de saúde, tais como a saúde mental (Sorio, 2006).

No campo de álcool e outras drogas, a grande maioria dos usuários não utiliza serviços especializados para tratamento dos problemas relacionados ao abuso de substâncias, embora acesse diferentes dispositivos do sistema de saúde e também serviços sociais (National Treatment Strategy Working Group, 2008).

Deste modo, um reconhecido desafio no contexto canadense, e em muitos países, é a ampliação da oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas, promovendo a integração entre os componentes do sistema de tratamento, a fim de reduzir a fragmentação do cuidado. Fruto do esforço conjunto de um grupo de trabalho composto por diversos pesquisadores e colaboradores da área, em 2008, foi publicada a “Estratégia de Tratamento Nacional” – um relatório que descreve um plano de ações e os principais componentes para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Canadá. O relatório propõe a adoção de um modelo estruturado “em categorias”, denominado *tiered model*, a fim de organizar a prestação de serviços aos usuários de álcool e outras drogas. As categorias propostas representam um *continuum* de cuidados que aumentam em complexidade e intensidade de acordo com riscos e danos associados ao uso de tais substâncias. No entanto, não correspondem a uma rígida hierarquização⁴ de serviços, e sim, de necessidades dos usuários, já que as categorias se referem a um conjunto de intervenções complementares que devem estar disponíveis amplamente no sistema de saúde. Com a premissa de que “qualquer porta de entrada é a porta certa”, tal modelo foi criado para possibilitar que os usuários de substâncias recebam cuidados de acordo com as suas necessidades, sendo adequadamente referenciados

⁴ Ao longo da década de 90, concepção semelhante foi desenvolvida por autores brasileiros como Merhry (1994) e Cecílio (1997), visando a discutir o sistema de saúde. Em uma perspectiva teórico-conceitual, os referidos autores propõem uma revisão da hierarquização de serviços que caracteriza o modelo piramidal clássico, originando o denominado “Modelo Técnico-Assistencial em Defesa da Vida”.

para suporte especializado, independentemente do serviço que acessarem⁵ (National Treatment Strategy Working Group, 2008).

O referido modelo proposto no Canadá vem sendo implementado na Inglaterra, na Austrália, nos Estados Unidos (Rush, 2010). Suas origens podem ser identificadas nas diretrizes para a oferta de tratamento para adultos abusadores de drogas na Inglaterra, publicada pela Agência Nacional de Tratamento para Abusadores de Substâncias, em 2002, e posteriormente atualizadas em 2006. Na Inglaterra, há disparidades entre os serviços na oferta assistencial aos usuários de drogas, que levam a diferentes graus de adesão aos tratamentos, inclusive em serviços localizados em uma mesma região. Assim, reconhece-se a necessidade de se construirem diretrizes nacionais para a orientação das práticas dos profissionais na abordagem dos usuários de drogas, que são diversificadas e pouco consensuais⁶ (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006).

Nessa direção, as diretrizes canadenses e inglesas visam a maximizar a oferta assistencial e orientar os profissionais e gestores para que as necessidades dos usuários de substâncias sejam abordadas adequadamente em diversos pontos do sistema de saúde, de forma integrada com o sistema social e de justiça criminal (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006; National Treatment Strategy Working Group, 2008). Na versão canadense, foram criadas as seguintes categorias, descritas a seguir:

⁵ A relevância da acessibilidade no Canadá pode ser exemplificada por meio da popular citação de Rosemary Brown, imigrante e primeira mulher negra a fazer parte de uma assembleia legislativa no país: “We must open the doors and we must see to it they remain open, so that others can pass through” (National Treatment Strategy Working Group, 2008).

⁶ No sistema de saúde brasileiro, tem-se discutido a implementação de linhas de cuidado para organizar a atenção de enfermidades crônicas, as quais orientam os usuários sobre a rede assistencial e as condutas a serem adotadas por diversos serviços, para um atendimento integral das necessidades da população (Silva, 2011). Podemos considerar que a concepção das linhas de cuidado apresenta fortes semelhanças com os princípios que embasam o modelo categorial na área de álcool e outras drogas.

Quadro 4.1 – Modelo Categorial

Categoria 1 – Ações promocionais e preventivas, que envolvem a população geral e a população com baixo risco. Inclui, também, estratégias que podem enfocar uma população-alvo, tais como crianças e jovens no contexto escolar, e oferta de ajuda para que os usuários mais graves reconheçam os seus problemas relacionados ao consumo de substâncias e busquem suporte assistencial.

Categoria 2 – Identificação e intervenção precoce para usuários com riscos e danos associados ao consumo de substâncias, envolvendo estratégias de prevenção secundária, que podem ser desenvolvidas por profissionais e setores não especializados.

Categoria 3 – Cuidados direcionados para usuários que experenciam danos pelo consumo de substâncias, mas não necessitam de suporte mais intenso. Abrange oferta de suporte para desintoxicação, crises de abstinência, estratégias de redução de danos, maximizando as oportunidades de tratamento.

Categoria 4 – Suporte ambulatorial especializado e estruturado para o tratamento dos usuários que apresentam maior gravidade de danos que os usuários inseridos na categoria 3, englobando atenção de hospital-dia e desenvolvimento de um plano para a continuidade do cuidado.

Categoria 5 – Suporte especializado voltado para usuários com necessidades mais complexas e graves, com comorbidades de saúde mental. Inclui suporte especializado mais intensivo, que pode ser residencial ou que oferta assistência em hospital geral.

Fonte: Traduzido e sintetizado de National Treatment Strategy Working Group (2008).

É importante ressaltar que as categorias definem níveis de intervenções que podem ser oferecidas aos usuários de substâncias, variando em intensidade e complexidade, e que não se restringem a serviços especializados do sistema de saúde. Em outras palavras, ainda que as

intervenções de categoria 3, 4 e 5 envolvam serviços especializados para usuários de álcool e outras drogas, espera-se que profissionais atuantes na atenção primária, por exemplo, possam contribuir com os cuidados a serem ofertados para esta parcela da população, tais como o monitoramento medicamentoso acordado no plano de cuidados do usuário, na realização de visitas domiciliares, entre outras formas de cuidado (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006).

4.1.1 Planejamento baseado em necessidades para a população geral em nível nacional

No final da década de 70, não havia diretrizes claras de planejamento que pudessem orientar a mudança de modelo assistencial para usuários de álcool e outras drogas no Canadá, isto é, a mudança do modelo focado no hospital para um modelo de base comunitária. Com isso, faltavam dados para embasar a implementação de serviços que poderiam prover a atenção aos usuários ao longo de um *continuum* de cuidados especializados e comunitários. Tal lacuna de parâmetros e dados levou Rush (1990) a desenvolver um modelo de planejamento para a rede assistencial. Apoiando-se no trabalho que Ford (1985) desenvolveu nos Estados Unidos, o modelo de Rush foi construído e implementado inicialmente na província de Ontário e teve por objetivo estimar a necessidade e a demanda de tratamento especializado para usuários de álcool com consumo de alto risco (Rush, 1990).

Visando a atualizar o modelo, no ano de 2008, Rush organizou, na cidade de Toronto, um simpósio internacional sobre planejamento e avaliação de necessidades para usuários de álcool e outras drogas, reunindo diversos pesquisadores da área (Centre for Addiction and Mental Health, 2008). Em decorrência desse processo de atualização do modelo de planejamento, nos últimos anos, o mesmo foi expandido, tanto em relação ao seu enfoque quanto do ponto de vista conceitual-metodológico. Assim, em 2013, Rush et al. concluíram

um modelo de planejamento em nível nacional, expandido para outras drogas. Além de envolver serviços especializados, como proposto em 1990, esse modelo engloba uma rede assistencial ampliada, incluindo dispositivos e estratégias para promoção e prevenção (Rush, Tremblay, Behrooz, Fougere, & Perez, 2013).

4.1.1.1 Pressupostos conceituais

O modelo categorial, atualmente concebido como estratégia para qualificar e ampliar a oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Canadá, foi incorporado ao modelo de planejamento de Rush. Podemos observar que o modelo categorial se fundamenta nas premissas do modelo de *continuum* de cuidados e também de continuidade temporal de cuidados, haja vista a importância de que a assistência prestada aos usuários de substâncias seja ofertada de acordo com um *continuum* de gravidades e que haja integração e longitudinalidade do cuidado.

Compondo o espectro crescente de gravidade, as categorias representadas no referido modelo inter-relacionam três dimensões: cronicidade, agudização e complexidade. A acuidade refere-se aos riscos urgentes ou consequências adversas (por exemplo, acidentes ou problemas judiciais) que podem estar correlacionados ao abuso de substâncias. A cronicidade está relacionada ao desenvolvimento ou agravamento de condições duradouras (depressão ou dor crônica, por exemplo). E a complexidade está associada à co-ocorrência do abuso de substâncias com fatores sociais e de saúde, tais como falta de moradia, o desemprego, a disfunção familiar (Reist & Brown, 2008). Deste modo, o modelo de planejamento de Rush visa a abranger esta ampla variação de gravidade (Rush et al., 2013),

4.1.1.2 Modalidades de serviços

Para o desenvolvimento do modelo, foram consideradas categorias ou modalidades de serviços que representam um *continuum* de cuidados e se tornam mais complexos ou intensivos de acordo com o *continuum* de gravidade dos riscos e danos associados ao uso de substâncias. Com origem nas diretrizes de tratamento para usuários de álcool e outras drogas, desenvolvidas nos Estados Unidos, pela *American Society of Addiction Medicine* (ASAM), as modalidades de serviços para usuários de substâncias no Canadá e as três submodalidades correspondentes são as seguintes (Rush et al., 2013):

- Suporte para desintoxicação/síndrome e sintomas de abstinência:
 - Suporte domiciliar: modalidade de suporte ofertada para usuários que podem permanecer em suas próprias residências ou em outros lugares seguros durante o processo de desintoxicação.
 - Extra-hospitalar: cuidados ofertados em serviço especializado, porém não hospitalar, durante o processo de desintoxicação. O tratamento pode envolver monitoramento médico e medicamentos.
 - Hospitalar: processo de desintoxicação realizado em ambiente hospitalar ou de alta complexidade, envolvendo monitoramento médico constante e medicamentos.
- Suporte Comunitário/Ambulatorial:
 - Mínimo: incluem uma quantidade limitada de suporte especializado para o atendimento de usuários de substâncias e também abrangem atividades não especializadas.
 - Moderado: suporte especializado é ofertado com maior frequência (por exemplo: semanalmente, duas vezes por semana ou por duas horas diárias).

- Intensivo: suporte especializado que apresenta maior regularidade (por exemplo: vários dias consecutivos ou noites por semana).
- Suporte Residencial:
 - Baixa complexidade: visam a garantir um ambiente seguro e sem acesso a substâncias; em geral não oferecem cuidados especializados, os quais podem ser acessados em outras modalidades de serviços.
 - Média complexidade: usuários recebem cuidados especializados que podem ser oferecidos no próprio serviço.
 - Alta complexidade: serviços estruturados para oferecer suporte a usuários que possuem comorbidades médicas e psiquiátricas.

Para sua efetivação, o modelo de planejamento proposto por Rush et al. (2013) é tipicamente apresentado em quatro etapas, descritas a seguir.

4.1.1.3 Etapas do modelo de planejamento e principais resultados

(1) Determinar a região, a população-alvo e a respectiva estimativa populacional

O modelo foi desenvolvido para estimar a capacidade de serviços para usuários de álcool e outras drogas, considerando um sistema de tratamento abrangente. A população-alvo foi a população geral canadense, com 15 anos ou mais. Assim, o modelo não incluiu populações de difícil acesso em levantamentos domiciliares, tais como a população de rua, e subpopulações específicas, tais como jovens e indígenas (Rush et al., 2013).

As estimativas de necessidade foram baseadas nos dados do *Canadian Community Health Survey* (CCHS), levantamento nacional de saúde mental e uso de substâncias, realizado no ano 2000, cuja amostragem foi composta por mais 36 mil canadenses.

Considerando o censo populacional do ano 2010, os resultados do CCHS foram utilizados para gerar estimativas locais nas 87 regiões de planejamento em saúde que subdividem as 13 províncias e territórios canadenses. No passo final do modelo, projetos-piloto que visaram a comparar as estimativas finais produzidas pelo modelo com os casos efetivamente atendidos anualmente (*gap analysis*) foram desenvolvidos em duas regiões de planejamento da Colúmbia Britânica (Fraser Health e Northern Health) e nas províncias de Saskatchewan, Prince Edward Island e Nova Scotia (Rush et al., 2013).

(2) Obter estimativas de necessidades de serviços quanto aos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas por nível de gravidade

Fundamentando-se no modelo categorial, a segunda etapa objetivou obter estimativas de necessidades de serviços quanto aos riscos e danos relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre a população geral canadense, com idade superior a 15 anos. Tais estimativas constituem o parâmetro P1 do modelo de planejamento e foram baseadas nos dados do CCHS. Sendo estabelecidas por categoria de gravidade, as estimativas refletem um crescente nível de abuso de álcool e outras drogas na referida população e podem ser representadas sob a forma de camadas de uma pirâmide populacional, composta por cinco níveis de gravidade mutuamente exclusivos (Rush et al., 2013). O quadro a seguir apresenta os critérios utilizados para a construção dessas categorias:

Quadro 4.2 – Critérios das categorias de gravidade do modelo canadense de planejamento baseado em necessidades

- **Categoria 1 – Abstêmios ou usuários de baixo risco:** Abstinentes, usuários leves ou moderados. Não relataram problemas relacionados ao consumo de substâncias.
- **Categoria 2 – Usuários com riscos e/ou danos moderados:** Relataram até 3 problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, não contemplam os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) para a classificação como dependentes, mas possuem risco moderado devido ao padrão de consumo de substâncias.
- **Categoria 3 – Usuários com alto risco e/ou danos:** Relataram 4 ou mais problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, e que contemplam os critérios do DSM-IV para a classificação como usuários abusivos ou dependentes.
- **Categoria 4 – Usuários com danos crônicos:** Preenchem os critérios da categoria 3 e que possuem pelo menos um dos seguintes critérios: (1) durante os últimos 12 meses, sentiu que necessitava de tratamento para a saúde mental e/ou abuso de álcool e outras drogas, e não recebeu; (2) durante os últimos 12 meses, utilizou algum serviço de saúde formal por causa de problemas relacionados à saúde mental e/ou abuso de álcool e outras drogas; (3) possuem interferência significativa em aspectos de sua vida devido ao uso de álcool e outras drogas (pelo menos quatro em uma escala composta por dez itens).
- **Categoria 5 – Usuários com alta gravidade de danos/complexidade:** Preenchem os critérios da categoria 4 e também todos os critérios listados a seguir: (1) possuem dois ou mais transtornos mentais entre cinco transtornos classificados pelo DSM-IV (depressão maior, pânico, episódio de mania, fobia social, agorafobia sem pânico); (2) possuem interferência significativa em aspectos da sua vida devido a pelo menos um dos cinco transtornos mentais; (3) tem alguma condição física ou de saúde mental que afetou as seguintes áreas: moradia, lazer, trabalho, escola.

Fonte: Traduzido de Rush et al. (2013).

(3) Estimar a demanda populacional para suporte ou tratamento no período de um ano

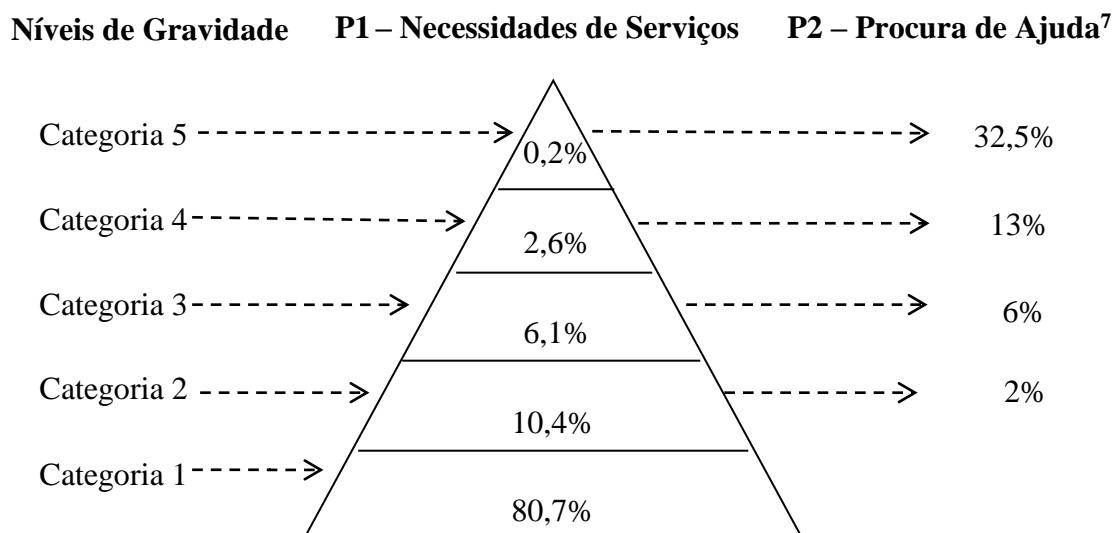
Tendo em vista a população identificada na etapa anterior, a terceira etapa objetivou estimar a provável demanda para suporte ou tratamento entre os usuários que necessitam de ajuda profissional, constituindo o parâmetro P2 do modelo de planejamento. Para isso, a demanda foi estimada mediante dados referentes à utilização de serviços no último ano, obtidos a partir de uma revisão da literatura. Os estudos encontrados, por se embasarem em levantamentos populacionais heterogêneos e provenientes de diferentes países, distinguiram-se amplamente quanto à metodologia empregada e com relação aos instrumentos que avaliaram o uso de serviços. No modelo de Rush et al. (2013) foram considerados somente os levantamentos que investigaram o uso de serviços nos últimos 12 meses e que foram compostos por perguntas que avaliaram o uso de serviços especificamente em razão do consumo de substâncias (e não em razão do uso de substâncias e problemas de saúde mental, como ocorre em grande parte dos estudos). Com isso, os dados utilizados se referem a levantamentos realizados na Austrália e nos Estados Unidos (para detalhes, ver Wu, Kouzis, & Schlenger, 2003 e Henderson, Andrews, & Hall, 2000).

Os resultados inicialmente encontrados em tal revisão corresponderam ao nível de gravidade referente a categoria 4, e outros estudos foram considerados para identificar em qual proporção a estimativa de uso de serviços varia entre as demais categorias. A análise desses estudos apontou um aumento de duas a três vezes no uso de serviços para os casos de maior gravidade, referentes à categoria 5. Com isso, as estimativas de uso de serviços para esta categoria foi calculada com base em um fator de 2,5%. Os estudos que consideraram os casos de abuso de substância sem desenvolvimento da dependência (correspondente a categoria 2), em geral apontaram uma diminuição de duas vezes das estimativas de uso de serviços com relação a categoria 4. Assim, com base na proporcionalidade que diferenciou o

uso de serviços entre categorias de gravidade pesquisados nos estudos, foram obtidas as estimativas para completar a segunda etapa do modelo de planejamento. Não foi necessário estimar a demanda para tratamento entre usuários inseridos na primeira categoria, já que esta se refere a abstêmios ou usuários de baixo risco (Rush et al., 2013).

A figura a seguir sintetiza os resultados encontrados na segunda e terceira etapas do modelo de Rush et al. (2013).

Figura 4.1 – Uso de álcool e outras drogas entre a população geral canadense com 15 anos ou mais: Necessidades de Serviços e Busca de Ajuda de acordo com o modelo categorial

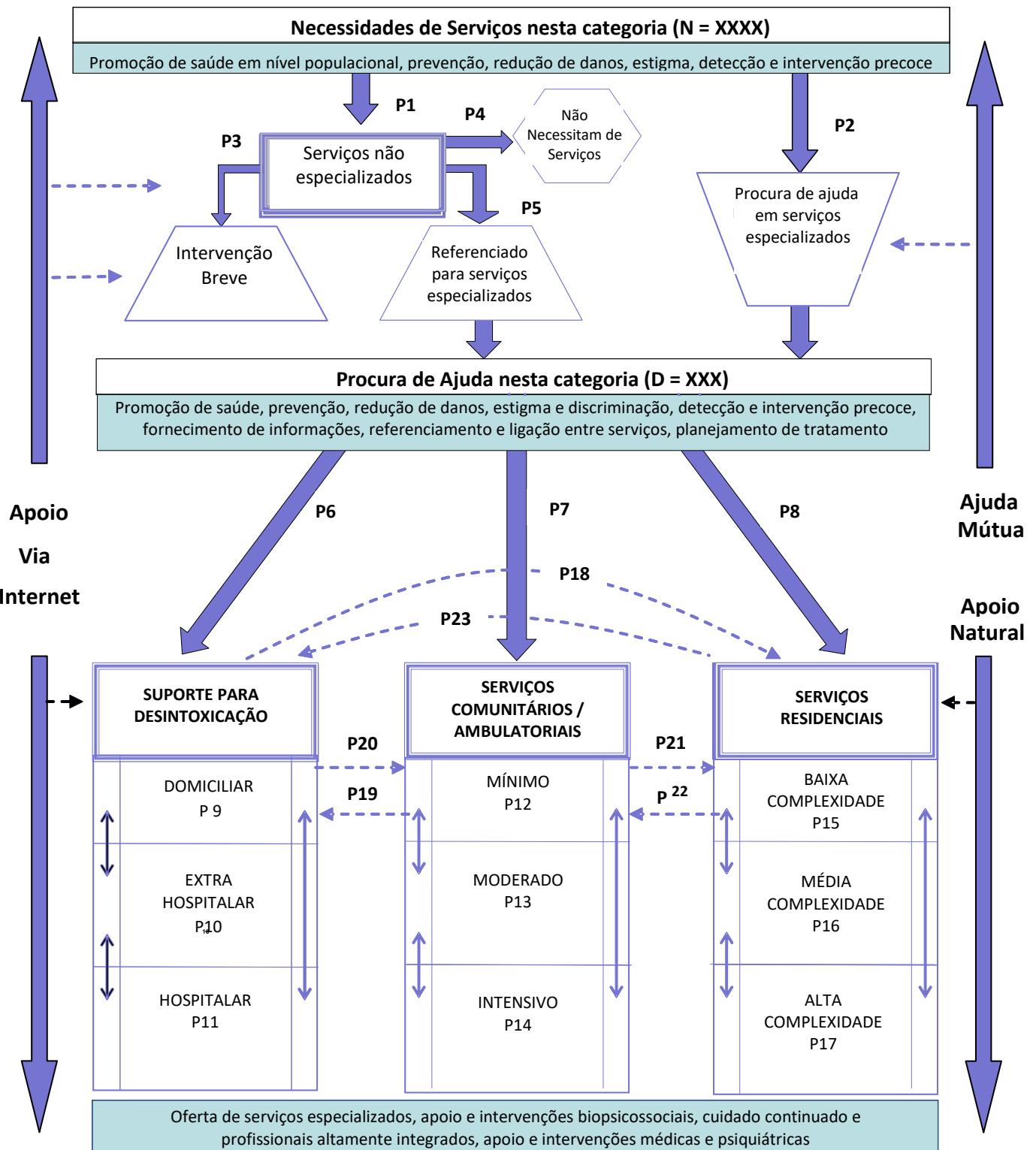


⁷ Em uma revisão do modelo ocorrida em 2015, Rush et al. incluíram novos estudos na síntese de literatura que foi realizada para estimar a procura de ajuda entre usuários de substâncias. A partir dos resultados pesquisados nos estudos encontrados, as estimativas de procura de ajuda foram classificadas em baixa, média e alta, sendo obtidas as respectivas estimativas para as categorias: categoria 2 – 2%, 5% e 9%; categoria 3 – 11%, 17% e 27%; categoria 4 – 14%, 22% e 35%; categoria 5 – 35%, 55% e 88% (Rush et al., 2014).

(4) Estimar a alocação da demanda de cada categoria de gravidade no sistema de tratamento para usuários de álcool e outras drogas

A quarta etapa objetivou estimar a alocação da demanda de cada categoria de gravidade em um sistema de tratamento abrangente, composto por serviços que pudessem oferecer um *continuum* de cuidados ao usuário de álcool e outras drogas. Como apontado anteriormente, tais serviços foram classificados em residenciais, ambulatoriais/comunitários e serviços para desintoxicação, sendo, ainda, especificados três níveis de complexidade em cada uma destas modalidades (Rush, et al. 2013). Essas modalidades de serviços e seus respectivos fluxos são representados pelos parâmetros P6 a P23. O diagrama esquemático a seguir sintetiza esta etapa e também os parâmetros obtidos nas etapas anteriores:

Figura 4.2 – Diagrama esquemático do modelo de planejamento baseado em necessidades



Fonte: Traduzido de Rush et al., 2013.

Um dos aspectos cruciais desse modelo é a abrangência, englobando desde a população de abstinentes e de usuários de baixo risco (categoria 1) até usuários graves, que possuem comorbidades associadas (categoria 5). Como evidenciado no diagrama esquemático, com relação ao sistema de tratamento, além de serviços especializados, o modelo destaca a adoção de estratégias de prevenção e também um sistema informal, exemplificado por grupos de ajuda mútua, além do suporte via internet (Rush, et al, 2013). No que concerne ao referenciamento para serviços especializados, o modelo inclui procedimentos de triagem, e para os casos de prevenção secundária, destaca as estratégias de intervenção breve⁸ (Rush, et al. 2013).

Esta quarta e última etapa foi realizada a partir de um processo de comunicação grupal estruturado e intercâmbio de ideias entre especialistas (painel Delphi), composto por três iterações, que objetivou a obtenção de consenso entre eles. Considerando o período de um ano de tratamento, os especialistas foram solicitados a estimar a proporção de usuários de cada categoria de gravidade que necessitaria de cuidados ofertados pelas modalidades de serviços (P6 a P17), tendo em vista que o sistema de tratamento representado no diagrama esquemático estivesse em condições ideais de implementação. Os parâmetros P18 a P23 não foram estimados, pois os métodos tradicionais utilizados nesta pesquisa são insuficientes para calcular o fluxo entre serviços por eles representado (Rush et al., 2013).

Foram selecionados, para participar do painel Delphi, profissionais com experiência no sistema de tratamento para usuários de álcool e outras drogas do Canadá, os quais representaram oito das treze províncias do país. Os participantes foram provenientes de cinco regiões-piloto – Prince Edward Island, Nova Scotia, Saskatchewan, Northern Health e Fraser Health (Colúmbia Britânica), totalizando trinta participantes. Adicionalmente, foram

⁸ No diagrama esquemático, os parâmetros que representam as estratégias de triagem e intervenções breves (P³ a P⁵) não foram calculados, e sim completados com zero, haja vista os diversos desafios globalmente encontrados para a implementação de tais práticas (Babor et al., 2007).

selecionados nove participantes, que seriam representantes das demais regiões canadenses (Rush et al., 2013).

A tabela a seguir mostra os resultados da rodada final do painel Delphi para categoria 4, e tabelas similares foram criadas para cada categoria de gravidade (2-5). Foram obtidas medidas de tendência central, e a mediana foi escolhida para preencher os parâmetros finais do modelo, devido a representar o valor intermediário do conjunto de dados, não sendo afetada por valores discrepantes como no caso da média (Rush et al., 2013).

Tabela 4.1 – Delphi Nacional: Estimativas para a categoria 4 (Rodada Final) – Canadá, 2012

Participantes	Parâmetros (%)			Serviços Desintoxicação			para	Suporte Comunitário e Ambulatorial			Suporte Residencial		
	P6	P7	P8	P9	P10	P11		P12	P13	P14	P15	P16	P17
Respondente #1	30%	80%	30%	50%	40%	10%	20%	60%	20%	30%	45%	25%	
Respondente #2	85%	98%	60%	36%	49%	14%	10%	40%	50%	36%	49%	15%	
Respondente #3	20%	60%	20%	35%	55%	10%	10%	45%	45%	25%	50%	25%	
Respondente #4	65%	100%	50%	30%	55%	15%	5%	55%	40%	25%	55%	20%	
Respondente #5	70%	100%	40%	35%	50%	15%	15%	60%	25%	30%	55%	15%	
Respondente #6	55%	100%	30%	45%	35%	20%	20%	40%	40%	30%	35%	35%	
Respondente #7	60%	100%	50%	30%	60%	10%	5%	70%	25%	30%	60%	10%	
Respondente #8	80%	100%	60%	20%	70%	10%	10%	50%	40%	25%	70%	5%	
Prince Edward Island	65%	100%	30%	52%	38%	10%	10%	55%	35%	27%	66%	7%	
Nova Scotia	60%	100%	30%	50%	40%	10%	20%	65%	15%	65%	30%	5%	
Saskatchewan	49%	100%	40%	30%	60%	10%	20%	50%	30%	30%	50%	20%	
Fraser Health HA	45%	100%	40%	49%	41%	10%	28%	56%	15%	41%	41%	17%	
Northern Health HA	40%	100%	43%	30%	50%	20%	20%	50%	30%	50%	30%	20%	
Média	55.7%	95.2%	40.2%	37.9%	49.5%	12.6%	14.9%	53.6%	31.6%	34.2%	49.0%	16.9%	
Mediana	60.0%	100.0%	40.0%	36.8%	52.6%	10.5%	15.0%	55.0%	30.0%	30.8%	51.3%	17.9%	
Mínimo	20%	60%	20%	20%	35%	10%	5%	40%	15%	25%	30%	5%	
Máximo	85%	100%	60%	52%	70%	20%	28%	70%	50%	65%	70%	35%	
Desvio Padrão	0.187	0.119	0.123	0.102	0.104	0.039	0.071	0.090	0.112	0.117	0.126	0.087	

Fonte: Traduzido de Rush et al., 2013

Com a articulação e interação de todos os passos, foi possível obter estimativas da demanda de tratamento para cada modalidade de serviço (capacidade ideal), e tais cálculos foram realizados para cada uma das 87 áreas de planejamento em todo o Canadá (Rush et al., 2013). A tabela a seguir sintetiza os resultados finais do modelo para uma área de planejamento composta por aproximadamente 1.300.000 pessoas com idade superior a 15 anos:

Tabela 4.2 – Estimativas de capacidade por modalidade de serviço por ano para uma região de planejamento em saúde – Canadá, 2012

Parâmetros do Modelo de Planejamento Baseado em Necessidades	Estimativas e Projeções Demográficas por Categoria de Gravidez (n = 1.338.277)				Total			
	Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4	Categoria 5	% ¹	n
	%	%	%	%	%	%		
Necessidades de Serviços (P1)	10,4	6,1	2,6	0,2	19,2	258.285		
Demandas (P2)	2	6	13	32,5	5,1	13.245		
Serviços para Desintoxicação (P6)	5	30	60	90	38,6	5.114		
Domiciliar (P9)	90	63,2	36,8	5	16,1	2.140		
Extra-hospitalar (P10)	10	31,6	52,6	40	16,8	2.228		
Hospitalar (P11)	0	5,3	10,5	55	5,6	746		
Serviços Ambulatoriais (P7)	100	100	100	100	100	13.245		
Mínimo (P12)	84,2	30	15	5,3	34,8	4.618		
Moderado (P13)	15,8	60	55	31,6	47,2	6.255		
Intensivo (P14)	0	10	30	63,2	17,9	2.372		
Supporte Residencial (P8)	5	20	40	70	26,6	3.532		
Baixa Complexidade (P15)	85	63,2	30,8	10	10,4	1.379		
Média Complexidade (P16)	15	31,6	51,3	30	10,9	1.450		
Alta Complexidade (P17)	0	5,3	17,9	60	5,3	703		

¹Frequência relativa obtida para fins de comparação, e que considera a demanda para tratamento (P2).

Nas cinco regiões-piloto, foi realizada uma comparação entre a estimativa de necessidade por modalidade de serviço obtida no modelo e a capacidade instalada no sistema de tratamento, isto é, os resultados do modelo foram comparados com os casos atendidos anualmente, gerando a *gap analysis* (Rush et al., 2013). Para exemplificar, a tabela a seguir descreve os resultados preliminares da *gap analysis* realizada em Nova Scotia, província com aproximadamente 929 mil habitantes.

Tabela 4.3 – *Gap analysis* de Nova Scotia: Versão preliminar – Canadá, 2012

Categorias de Serviços	Capacidade Estimada	Total de casos por ano	Gap
Serviços para Desintoxicação	2.799	5.502	-2.703
Domiciliar	1.173	112	1.061
Extra-hospitalar	1.218	548	670
Hospitalar	408	4.842	-4.434
Serviços Ambulatoriais	7.305	5.589	1.716
Mínimo	2.577	1.316	1.261
Moderado	3.431	4.273	-842
Intensivo	1.297	0	1.297
Suporte Residencial	1.934	381	1.553
Baixa Complexidade	757	0	757
Média Complexidade	793	381	412
Alta Complexidade	384	0	384

Futuros estudos serão importantes para avaliar as contribuições das estimativas produzidas pelo modelo frente a situações reais de planejamento do sistema de tratamento para usuários de substâncias (Rush et al., 2013).

Há limitações importantes no modelo que precisam ser consideradas com vista a seu aperfeiçoamento, tais como a geração de estimativas de necessidade regionais com base em dados nacionais (oriundos do CCHS) e mesmo a escassa quantidade de estudos encontrados na literatura para a obtenção de estimativas de procura de ajuda entre usuários de substâncias ao longo de um ano. Assim, ressaltamos que o atual modelo de planejamento proposto no Canadá por Rush et al. é uma versão preliminar que se encontra em processo de revisão (Rush, Tremblay, & Brown, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, no prelo).

Estudos posteriores poderão, também, avaliar se, em consonância com o modelo categorial, a classificação de riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas em níveis de gravidade realizada por Rush et al. (2013) está relacionada à necessidade efetiva de cuidados mais intensivos. Nessa direção, em estudo realizado na Austrália, Barker et al. (*Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, no prelo) apontaram que um aumento dos níveis de gravidade representados pelas categorias do modelo está correlacionado com uma diminuição de indicadores de qualidade de vida (como alto estresse psicológico) e com a ocorrência de fatores sociais de maior complexidade (tais como moradia instável, desemprego, entre outros). Portanto, segundo esse estudo, as categorias podem indicar a necessidade de cuidados mais intensivos e integrados (Barker et al., no prelo). Certamente é importante o desenvolvimento de novos estudos para avaliar a robustez do modelo, contribuindo para a verificação de sua consistência e posterior validação.

4.1.2 A experiência do Quebec: planejamento baseado em necessidade para a população de jovens com idade entre 12 e 17 anos

Baseando-se nas etapas do modelo de planejamento descritas por Rush et al. (2013), na província do Quebec, Tremblay et al. (2015) desenvolveram um modelo para estimar a necessidade de serviços para a população de jovens. Em razão das especificidades da população de jovens, o modelo do Quebec realizou uma avaliação de gravidade considerando a correlação entre problemas com o uso de substâncias e problemas com o jogo patológico (Tremblay et al., 2015). As estimativas produzidas pela pesquisa foram utilizadas para gerar projeções demográficas para as 17 regiões de planejamento em saúde que fazem parte da província. As etapas e principais resultados são resumidos a seguir.

(1) Determinar a região, a população-alvo e a respectiva estimativa populacional

O enfoque deste projeto foi a população de jovens da província do Quebec, com idade entre 12 e 17 anos. As estimativas de necessidade foram provenientes da *Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes du Secondaire* (EQSJS), realizada entre os anos de 2010 e 2011, exclusivamente nessa província. Além do abuso de álcool e outras drogas, o levantamento possibilita avaliar vários outros indicadores, tais como: condições de saúde mental, jogo patológico, evasão escolar, percepção de pertencimento ao contexto escolar, privação social e material, suporte familiar e social, entre outros (Tremblay et al., 2015).

(2) Obter estimativas de necessidades de serviços quanto aos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas por nível de gravidade

A partir dos dados do EQSJS, foram criadas e quatro categorias de avaliação de necessidades de serviços, que correspondem a uma população de 444.804 jovens residentes no Quebec. A primeira categoria, representada por 89,8% da amostra, é composta por uma população de jovens que é abstinente ou faz uso de baixo risco de substâncias e não apresenta problemas comportamentais relacionados ao envolvimento com jogos. A segunda categoria (5,1%) se refere a jovens que apresentam risco moderado com relação ao consumo de substâncias e ao envolvimento com jogos. Na terceira categoria, foram classificados os jovens com maior gravidade de consumo de substâncias e envolvimento com jogos (4,1%), embora não sejam afetados os danos do nível subsequente. A quarta e última categoria, que representa 1% da população, é composta por jovens que, além de terem apresentado alta gravidade de riscos e danos com relação ao uso de substância e com o envolvimento patológico com jogos, possuem pelo menos dois transtornos de saúde mental (tais como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno alimentar, hiperatividade) e também apresentam pelo menos duas das seguintes condições: comportamentos agressivos, alto risco de evasão e baixa percepção de pertencimento a escola, baixo suporte social, frágil suporte familiar, alta privação material e social (Tremblay et al., 2015).

(3) Estimar a demanda populacional para suporte ou tratamento no período de um ano

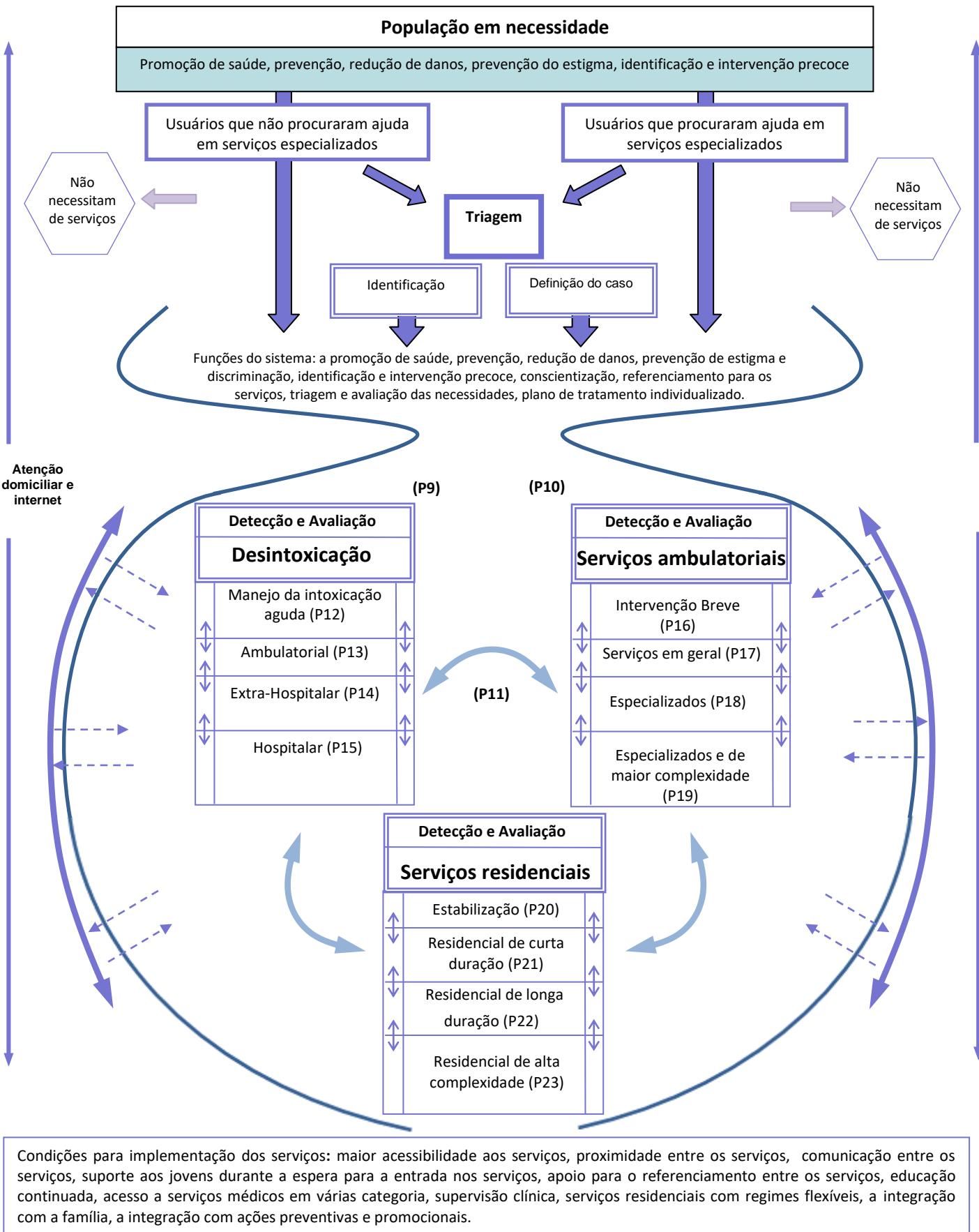
No modelo do Quebec, a população elegível para tratamento, denominada “taxa de penetração”, foi estimada com base em uma revisão da literatura e também a partir de dados de

estudos realizados na província. Tendo em vista as diferenças entre os resultados encontrados nos estudos, foram, ainda, estimados três níveis de taxa de penetração em cada categoria de gravidade (alto, baixo e médio). Para a categoria 2, as taxas de penetração são 3%, 13% e 23%; para a categoria 3, são 10%, 40% e 70%; e para a categoria 4, são 25%, 95% e 95%, respectivamente (Tremblay et al., 2015).

(4) Estimar a alocação da demanda de cada categoria de gravidade no sistema de tratamento para usuários de álcool e outras drogas

Na última etapa do projeto, foram realizados grupos focais com especialistas da área, tais como gestores e profissionais, a fim de identificar quais modalidades de serviços deveriam fazer parte do sistema de tratamento para a referida população, quais as diferenças com relação ao sistema de tratamento para adultos, visando à obtenção de consenso. Como forma de sistematizar as etapas da pesquisa, após a realização dos grupos focais, foi construído um diagrama esquemático similar ao diagrama proposto por Rush et al. (2013), apresentado na figura a seguir. Finalmente, foi realizado um painel Delphi para a elaboração de estimativas quanto à alocação da demanda de cada categoria de gravidade no sistema de tratamento para jovens usuários de álcool e outras drogas. Os grupos focais e o painel Delphi contaram com a participação de, respectivamente, 85 e 30 profissionais (Tremblay et al., 2015).

Figura 4.3 – Diagrama esquemático do modelo de planejamento baseado em necessidades do Quebec



4.2 Outros modelos de planejamento baseado em necessidades

A seguir, serão apresentadas duas experiências, desenvolvidas em escala nacional, que visaram a embasar o planejamento do sistema de tratamento para usuários de álcool e outras drogas. No desenvolvimento desses modelos, também foram utilizados dados de levantamentos epidemiológicos para a criação de categorias de necessidades, indo ao encontro da perspectiva da abordagem categorial.

4.2.1 A experiência da Inglaterra no *Alcohol Needs Assessment Research Project*

Na Inglaterra, Drummond et al. (2004) desenvolveram uma avaliação de necessidades relacionada a usuários de álcool, denominada *Alcohol Needs Assessment Research Project* (ANARP). Embora já se tenham realizados diversos estudos como este na Inglaterra, a ANARP foi a primeira avaliação realizada na Inglaterra.

O principal foco do ANARP foi estimar a diferença entre a prevalência de necessidades na população de usuários de álcool e a população de usuários que tem acesso ao tratamento. Para isso, na ANARP, utilizou-se do modelo sugerido por Rush, em 1990, possibilitando estimar a diferença entre a prevalência e acessibilidade, considerando um *continuum* de cuidados.

Os dados de prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool foram obtidos a partir do *Psychiatric Morbidity Survey*, de 2001, e do *General Household Survey*, realizado em 2002. Foram criadas três categorias de necessidade: usuários sob risco ampliado, que se refere a usuários que ainda não experenciaram danos, embora tenham um consumo elevado; usuários abusivos, que já estão vivenciando danos relacionados à maneira como consomem álcool; dependentes, que são aqueles usuários que contemplam os critérios de dependência do álcool. No

entanto, na ANARP, a necessidade foi definida como sendo a prevalência anual de dependência de álcool na população geral (Drummond et al., 2004).

Utilizou-se, também, o conceito de “demanda potencial de serviços especializados”, como sendo o número de usuários que anualmente acessa serviços não especializados, e o conceito de “demanda real”, que se refere à proporção de usuários de álcool inserida em serviços especializados. Posteriormente, foi calculada a razão de prevalência de uso de serviços, estimada a partir do número de intervenções necessárias para atender anualmente a prevalência de dependentes de álcool, dividida pelo número de dependentes que acessam serviços especializados. Assim, com a *gap analysis*, foi possível estimar a diferença entre necessidade, demanda e acesso a serviços especializados. Em linhas gerais, apontou-se que anualmente 5,6% da população de dependentes de álcool têm acesso a tratamento (Drummond et al., 2004).

Em termos de modelo de planejamento, o escopo deste estudo se restringiu ao álcool e ao padrão de dependência, gerando estimativas que se limitam a serviços especializados. A seguir, será apresentada a experiência da Austrália, que inclui outras drogas além do álcool, bem como diferentes níveis de necessidade.

4.2.2 A experiência da Austrália no *Drug and Alcohol Clinical Care and Prevention Model*

Desde 2008, na Austrália, tem-se desenvolvido o *Drug and Alcohol Clinical Care and Prevention Model* (DA-CCP), o qual seguiu os princípios do *Mental Health Clinical Care and Prevention* (MH-CCP), formado em 2000 (Pirkis, Harris, Buckingham, Whiteford, & Townsend-White 2007). O DA-CCP foi construído para dar suporte ao planejamento de serviços para usuários de álcool e outras drogas. Especificamente, o DA-CCP objetivou estimar a

necessidade e a demanda para tratamento, definir pacotes de cuidados e calcular os recursos necessários a ofertar tais cuidados (New South Wales Ministry of Health, 2011).

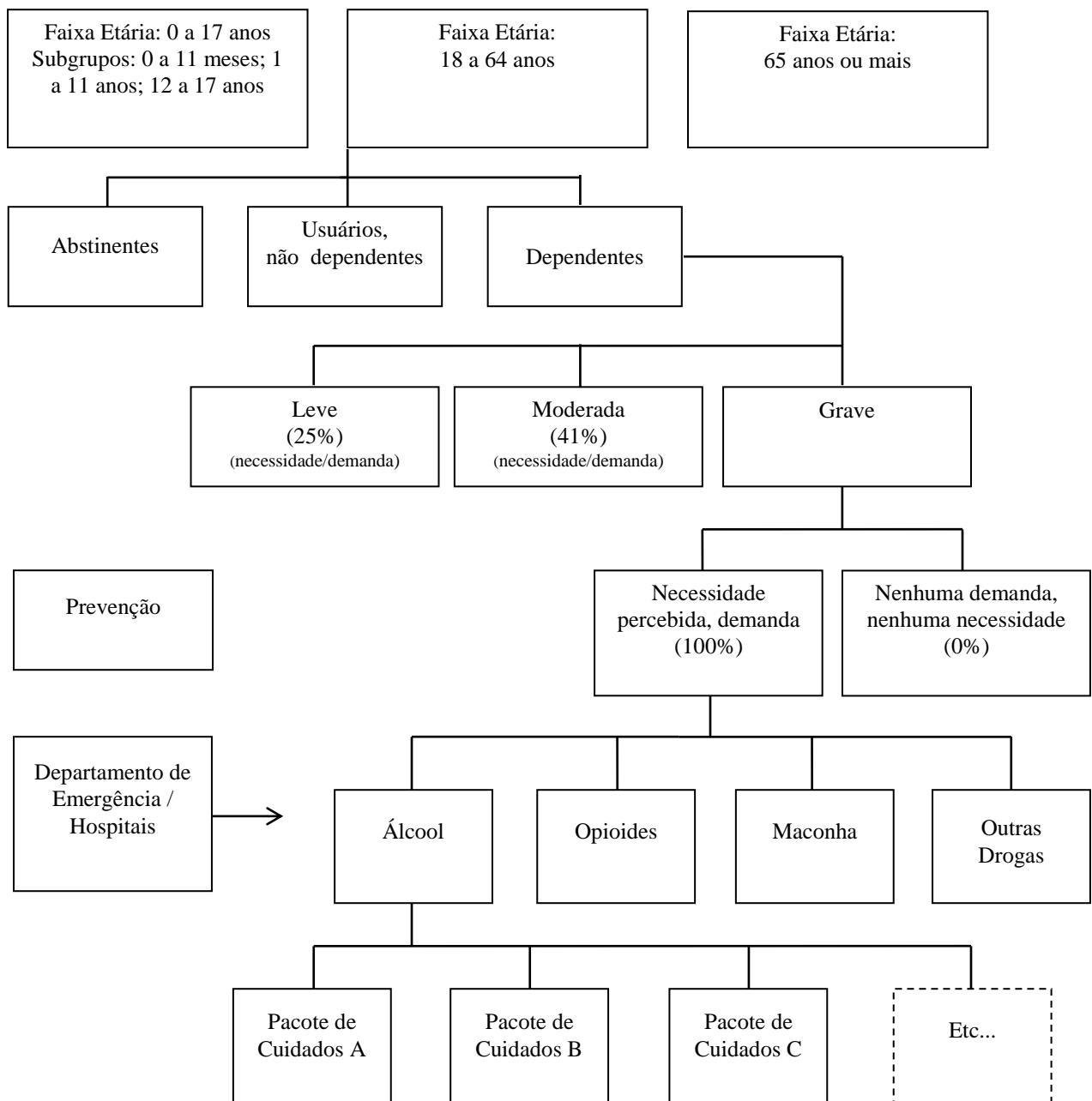
No DA-CCP, foram utilizados dados do último *National Survey of Mental Health and Well Being* (NSMHWB), concluído em 2007, no qual se estimou a prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, sendo especificados o tipo de droga, a faixa etária e a gravidade. Quatro tipos de substâncias foram considerados: álcool, opioides, maconha e outras drogas. Em relação à faixa etária, três grupos foram classificados: de 0 a 17 anos, de 18 a 64 anos e de 65 anos ou mais. E quanto aos níveis de gravidade, foram distinguidas três categorias de necessidade – leve, moderada e severa (Ritter, Chalmers, & Sunderland, 2013).

A partir das evidências clínicas e da obtenção de um consenso entre especialistas, foram definidos os serviços e os componentes de pacotes de cuidado para cada substância no período de um ano. Tais pacotes foram formulados considerando que o tratamento se refere a “qualquer intervenção estruturada que objetiva uma abordagem ao usuário de álcool e outras drogas”, incluindo desde intervenções breves até programas de reabilitação residencial (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2006). Os pacotes de cuidado são compostos por unidades de serviço, tais como intervenções psicossociais, desintoxicação, intervenções residenciais, entre outras. Essas, por sua vez, são compostas por atividades, tais como avaliações, desenvolvimento do plano de cuidado, etc. (NSW Ministry of Health, 2011).

Posteriormente, tomando por base os dados de prevalência do NSMHWB, o consenso de especialistas estimou a demanda de tratamento e a distribuição dessa demanda entre os serviços dos pacotes de cuidados no período de um ano. Tendo em vista os serviços e as respectivas atividades que compõem os pacotes de tratamento, é possível calcular os recursos necessários para atender a demanda estimada de uma dada população (Ritter, Chalmers, & Sunderland, 2013).

Portanto, os dados gerados pelo DA-CCP possibilitam uma análise da extensão da demanda estimada para tratamento por tipo de droga e por tipo de tratamento. A partir de uma comparação dessa demanda com a demanda que, de fato, recebe tratamento, a *gap analysis* pode ser obtida. A figura a seguir sintetiza o esquema do DA-CCP.

Figura 4.4 – Esquema do DA-CCP



Fonte: Traduzido de NSW Ministry of Health, 2011.

Comparado a outros modelos, podemos observar que uma limitação importante do DA-CCP é a não consideração de poliusuários, o que pode acarretar uma subestimação de efeitos concomitantes e mesmo sinérgicos (Ritter, Chalmers, & Sunderland, 2013). Além disso, ainda que tal modelo tenha sido proveniente da adaptação do modelo de planejamento desenvolvido para a área de saúde mental na Austrália, não foram consideradas as comorbidades de saúde mental e abuso de álcool e outras drogas. Tal limitação denota falta de integração entre os campos de saúde mental e álcool e outras drogas.

4.3 Questões teórico-metodológicas para a construção de modelos de planejamento

Nos últimos anos, o desenvolvimento de modelos de planejamento para usuários de álcool e outras drogas tornou-se possível em razão dos avanços da epidemiologia, com a realização de mais abrangentes e robustos inquéritos populacionais sobre a temática. Contudo, há uma grande diversidade de critérios diagnósticos e de metodologias utilizadas nos levantamentos. Poucos estudos mensuraram níveis de gravidade de riscos e danos relacionados ao uso de substâncias, sendo ainda mais raras as pesquisas que associaram a avaliação do uso de álcool e outras drogas com comorbidades de saúde mental (Andrade, 2000; Regier et al., 1998 apud Aoun, Pennebaker, & Wood, 2004). Nessa direção, apesar dos avanços atuais, a elaboração de modelos de planejamento é condicionada e, por vezes, limitada, aos dados de avaliação de necessidades disponíveis nos levantamentos, sendo importante uma maior articulação entre as áreas de epidemiologia e planejamento.

A elaboração modelos de planejamento baseado em necessidades populacionais – e não de modelos baseados na demanda efetiva ou real dos serviços – se justifica devido às grandes lacunas assistenciais no campo de álcool e outras drogas, as quais influenciam a própria formação

de uma demanda de cuidados neste campo. O “gap” entre as necessidades de serviços e a demanda real de pacientes, que acessa os serviços em razão do uso indevido de substâncias, é tributário de diversos fatores contextuais, que influenciam tanto o comportamento dos profissionais quanto o comportamento dos usuários, tais como a baixa oferta de serviços especializados, a baixa oferta de suporte pelos profissionais inseridos em serviços e contextos não especializados, a falta de acessibilidade aos serviços (Babor et al., 2010; Babor, Stenius, & Romelsjo, 2008), a crença de que os tratamentos não são efetivos (Andrade et al., 2015), o estigma habitualmente associado a tais condições de saúde (Silveira & Ronzani, 2011), entre outros fatores.

Modelos de planejamento baseados na demanda real gerariam estimativas distorcidas quanto às necessidades populacionais e, meramente, conduziriam a uma adequação e organização da oferta já existente. Buscando atingir maior impacto populacional na assistência aos usuários de substâncias, a construção de modelos de planejamento visa a produzir estimativas que possam direcionar o aumento da oferta de serviços, de forma abrangente e em diversos componentes do sistema de saúde e dos demais setores, possibilitando que o aumento dessa oferta induza o aumento da demanda e vice-versa, como demonstram os diversos modelos explicativos de utilização de serviços (Andrersen, 1995; Carr-Hill et al., 1994; Frenk, 1985).

Nesta direção, após a avaliação de necessidades de serviços, o que se objetiva mensurar na etapa subsequente dos modelos de planejamento descritos no presente capítulo é a “demanda potencial por serviços” – indicador que seria claramente subestimado se fosse obtido somente a partir da demanda real, isto é, do histórico de utilização de serviços especializados pela população que possui necessidades de suporte ou tratamento. Para a elaboração de modelos de planejamento, é importante que a “demanda potencial” seja estimada mediante indicadores mais amplos, que envolvem o histórico de uso de serviços especializados, mas também serviços e

contextos não especializados, bem como a própria percepção dos usuários quanto à necessidade de obtenção de cuidados profissionais. A dimensão que se objetiva mensurar em tais modelos de planejamento pode ser comparada ao que Frenk (1985) denominou como domínio amplo do conceito de acessibilidade, que engloba o “desejo de obter cuidado”, o qual também será influenciado por fatores ambientais, intermediados pelas políticas e características do sistema de saúde, se levarmos em consideração os modelos propostos por Andrersen (1995) e Carr-Hill et al. (1994).

Deste modo, a mensuração da “demanda potencial” é permeada por sutilezas e complexidades conceituais e se trata de uma dimensão subjetiva, e não unicamente individual, sendo influenciada e constituída por fatores psicossociais. Tais complexidades se reproduzem na polissemia de termos que podemos observar nos modelos de planejamento descritos no presente capítulo. Embora tenham o objetivo de mensurar o mesmo fenômeno, Rush et al. (2013) utilizam o conceito “procura de ajuda”, enquanto Tremblay et al. (2015) se referem a “taxa de penetração”, Ritter, Chalmers e Sunderland (2013) utilizam o termo “demanda”, e Drummond et al. (2004) empregam “demanda potencial para serviços especializados”. Tal variação terminológica é, ainda, explicada pela escassez de dados nesta área, que leva os autores dos modelos de planejamento a “optarem” por diferentes percursos metodológicos para a produção de estimativas. Uma clara limitação decorrente da insuficiência de dados neste campo pode ser exemplificada pela utilização de dados da literatura estadunidense para embasar as estimativas do modelo de planejamento para jovens da província canadense do Quebec, haja vista as diferenças entre os sistemas de saúde destes países quanto à universalidade da assistência, conforme apontado por Tremblay et al. (2015).

A elaboração de modelos de planejamento no campo de álcool e outras drogas não cumpre, exclusivamente, a função de promover um uso mais racional dos recursos econômicos

humanos e de infraestrutura. É justificada, sobretudo, pela necessidade de se dimensionar a escassez de serviços, oportunizar e expandir a oferta de serviços aos usuários, promover a conscientização da população e estimular a busca de cuidados considerando um amplo *continuum* de gravidade de riscos e danos associados ao uso de substâncias. Os desafios encontrados na viabilização metodológica de tais modelos refletem os próprios desafios relacionados à consolidação de uma concepção mais abrangente quanto à oferta assistencial aos usuários de álcool e outras drogas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Elaborar um modelo de planejamento baseado em necessidades para a rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas na população geral.

5.2 Objetivos específicos

(1) Identificar, entre atores-chave da rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas de São Paulo, quais serviços deveriam ofertar suporte para prevenção, desintoxicação, suporte ambulatorial e suporte residencial.

(2) Reunir subsídios para compreender a racionalidade da argumentação dos atores-chave de São Paulo durante o processo de identificação dos serviços, elucidando os principais temas de consenso.

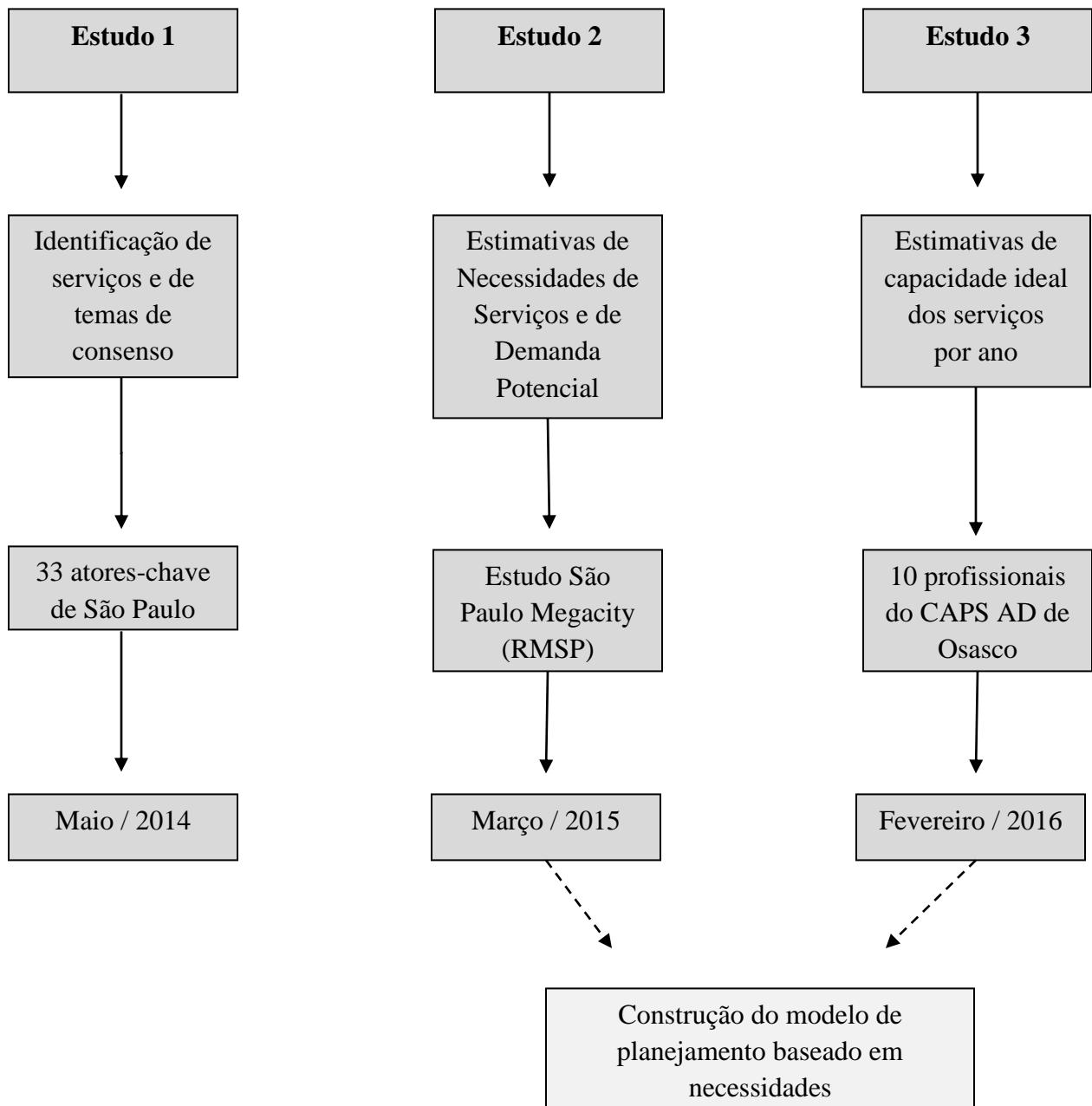
(3) Estimar a Necessidades de Serviços em decorrência de riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas na população geral da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

(4) Estimar a Demanda Potencial para Uso de Serviços na população que possuiu Necessidades de Serviços em razão de riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas na RMSP.

(5) Desenvolver um modelo de planejamento baseado em necessidades no município de Osasco, a fim de estimar a capacidade ideal de usuários de álcool e outras drogas a serem atendidos anualmente em cada um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

6. ESTUDOS

Visando a atingir os objetivos desta tese, foram realizados três estudos cujos objetivos específicos, enfoque ou local onde foram desenvolvidos e a data da obtenção dos dados são, a seguir, sintetizados.



10. CONCLUSÕES

Esta tese objetivou construir um modelo de planejamento baseado em necessidades para a rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas na população geral. A rede assistencial para usuários de tais substâncias no Brasil passou por diversas mudanças nos últimos anos, a sua formação bem como os serviços e práticas que a constituem ainda não são consensuais. Deste modo, um passo importante para a construção do modelo de planejamento foi a realização de uma oficina para possibilitar a vocalização de atores-chave com relação aos cuidados a serem ofertados aos usuários, isto é, visando a contribuir com a discussão de parâmetros qualitativos para o planejamento da rede de serviços neste campo.

Sendo consideradas as modalidades de desintoxicação, suporte ambulatorial e suporte residencial, os resultados apontaram que os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de tipo III foram designados como unidades-síntese, que englobam todas as modalidades de cuidado. No componente de suporte residencial, foram também indicadas as Unidades de Acolhimento e dispositivos da assistência social. Nas modalidades de desintoxicação e suporte ambulatorial, uma diversidade de serviços foi indicada para a oferta de cuidado aos usuários de substâncias. A caracterização de um modelo assistencial norteado pela integralidade e intersetorialidade contribuiu para a identificação desta heterogeneidade de serviços nas modalidades de suporte para desintoxicação e de suporte ambulatorial, sendo que a superação do modelo manicomial influenciou a indicação de serviços na modalidade de suporte residencial. Devido à ampla gama de serviços elencados, é importante fortalecer o papel dos serviços brasileiros com relação aos cuidados que podem ser ofertados aos usuários de álcool e outras drogas.

As considerações dos atores-chave, analisadas no primeiro estudo, possibilitaram a caracterização do modelo de atenção, das condições ideais de funcionamento, evidenciaram as diferenças regionais na implementação dos serviços, as dificuldades e as concepções dos profissionais sobre os mesmos. Tomando por base o debate entre os profissionais, foi construído um diagrama esquemático para o modelo de planejamento (figura 9.1), que representou os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários de substâncias no Brasil, mas excluiu as comunidades terapêuticas, contrariando as diretrizes oficiais (Brasil, 2011).

O referido diagrama foi utilizado como imagem-objetivo para se estimar, no segundo e no terceiro estudos, a alocação dos usuários na rede assistencial. Em tais estudos, o modelo categorial foi utilizado para classificar os riscos e danos associados ao uso de tais substâncias. No primeiro estudo, as estimativas de Necessidades de Serviços, mensuradas a partir de uma combinação de critérios de avaliação do uso de substâncias, condições crônicas de saúde e co-ocorrência de transtornos mentais, nos últimos 12 meses, foram obtidas por nível de gravidade, bem como as estimativas de Demanda Potencial para Uso de Serviços. Os resultados obtidos apontaram que, na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), há um grande contingente de indivíduos que possui transtorno pelo uso de substâncias, mas não percebe a necessidade de ajuda profissional e/ou os cuidados são negligenciados pela rede assistencial.

Ambas as estimativas – Necessidades de Serviços e Demanda Potencial, por serem provenientes de uma amostra populacional, constituíram a base para a construção do modelo de planejamento proposto e foram o ponto de partida para se estimar a capacidade ideal de usuários de álcool e outras drogas a serem atendidos anualmente em cada um dos pontos da RAPS. Com as estimativas obtidas, os resultados confirmaram o protagonismo dos CAPS AD na oferta assistencial, mas, sobretudo, ratificaram a necessidade de investimento nos CAPS AD de tipo III, que podem oferecer acolhimento noturno. Segundo tais estimativas, o suporte de cuidados oferecido

pelo CAPS AD deve ser complementado pela oferta de cuidados na Atenção Hospitalar e na Atenção de Urgência e Emergência, sendo que a Atenção Básica, idealmente, deveria ser direcionada para toda a população elegível para suporte/tratamento, a Reabilitação Psicossocial foi indicada especialmente para os casos mais graves, e a Atenção Residencial de Caráter Transitório abarcou a menor parcela da população.

As estimativas obtidas na presente tese vão ao encontro dos achados de diversos estudos e da perspectiva de pesquisadores quanto à importância de se investir na atenção psicossocial e, ao mesmo tempo, buscar um equilíbrio entre serviços comunitários e hospitalares (Bezerra, 2011; CREMESP, 2010; Fodra & Abílio, 2009; Mateus, 2013; Thornicroft & Tansella, 2004), confirmando os objetivos da atual política de drogas brasileira (Brasil, 2003b, Brasil, 2011). A própria parcialidade desta pesquisa, que priorizou a participação de profissionais inseridos no CAPS AD, visou a que tal perspectiva norteasse a construção das estimativas.

Nessa direção, a sua contribuição não foi trazer novos elementos para o cenário de reforma da assistência aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, e sim, de propor uma metodologia para instrumentalizar a implementação da rede assistencial, para estimar as necessidades de tais serviços na população geral. Sabe-se que a história dos serviços de saúde mental tem sido caracterizada por uma trajetória que oscila entre dois extremos – o confinamento em hospitais mentais *versus* viver na comunidade (Grob, 1994). As estimativas obtidas podem oferecer um suporte teórico-metodológico para a expansão e aperfeiçoamento da atenção psicossocial aos usuários de substâncias no Brasil.

O modelo de planejamento proposto nesta tese pode ser considerado uma primeira versão, pois novos estudos serão necessários para superar as suas limitações. Precisamos compreender se o modelo categorial, embasado em um *continuum* de riscos e danos associados ao uso de substâncias, é adequado para representar a complexidade social da população brasileira,

aprimorar a mensuração da Demanda Potencial para Uso de Serviços, aumentar a confiabilidade das estimativas obtidas a partir da aplicação do Questionários de Construção de Estimativas entre um número maior e mais diversificado de especialistas, entre outras importantes limitações destacadas nos estudos realizados. Futuros estudos poderão avaliar a aplicabilidade do modelo de planejamento proposto para a realidade brasileira, bem como desenvolver novos modelos para planejar a assistência aos usuários de álcool e outras drogas entre a população de jovens e na população em situação de rua.

11. REFERÊNCIAS

- Almeida, C. Reforma de Sistemas de Saúde: Tendências Internacionais, Modelos e Resultados. (2008). In: Giovanella, L., Esorel, S., Lobato, L. V. C., & Noronha, J. C. Carvalho, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, (1 ed., pp. 871-922), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Alves, D. S. (2001). Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, (1 ed., pp. 65-76), Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.
- Amaral, R. A., Malbergier, A., & Andrade, A. G. (2010) Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, S104-S111.
- Amarante, P. D. C. Saúde Mental, Desintitucionalização e Novas Estratégias do Cuidado. (2008). In: Giovanella, L., Esorel, S., Lobato, L. V. C., & Noronha, J. C. Carvalho, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, (1 ed., pp. 735-760), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Morab, M. E., Magaña, C. G., Vegad, W. A., Alejo-Garcia, C., & Quintanar, T. R. (2006). Illicit drug use research in Latin America: Epidemiology, service use, and HIV. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S85-S93.
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51, 95-124.

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 36, 1-10.
- Anderson, P. (1991). Alcohol as a key area. *British Medical Journal*, 303, 6805, 766-8.
- Andrade, L. H (2000). Surveys of morbidity and psychiatric comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 20-207.
- Andrade, L. H. et al. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS One*, 7, 2, e31879.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Alhamzawi, A., & Borges, G. et al. (2015). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6):1303-17.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, 16, 12, 4665-4674.
- Andrews, G. (2000). Meeting the unmet need with disease management. In: Andrews, G. & Henderson, S. (Orgs). *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses* (1 ed, pp. 11-36), Cambridge: Cambridge University Press.
- Angaria, G. A., Reif, S., Pirard, S., Lee, S., Sharon, E., & Gastfriend, D. R. (2007). No-Show for Treatment in Substance Abuse Patients with Comorbid Symptomatology: Validity Results from a Controlled Trial of the ASAM Patient Placement Criteria. *Journal of Addiction Medicine*, 1 (2), 79-87.
- Angst, J., Sellaro, R., & Merikangas, K. R. (2002). Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 147-154.
- Aoun, S., Pennebaker, D., & Wood, C. (2004). Assessing population need for mental health care: A review of approaches and predictors. *Mental Health Services Research*, 6 (1), 33-46.

- Assis, J. T., Barreiros. G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 16 (4), 584-596.
- Azevedo, A. L. M, Costa, A. M. C. (2010). A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 14, 35, 797-810.
- Bardin L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70.
- Barros R. E., Teng, C. T., & Mari, J. J. (2010). Serviços de Emergências Psiquiátricas e suas Relações com a Rede de Saúde Mental Brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 2, 71-77.
- Barker, S. F., Best, D., Manning , V., Savic, M., Lubman, D., & Rush, B. (no prelo). A Tiered Model of Substance Use Severity and Life Complexity: Potential for Application to Needs-Based Planning. *Substance Abuse*.
- Babor, T. F., McRee, B. G., Patricia A., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT), *Substance Abuse*, 28, 3, 7-30.
- Babor, T. F., Stenius, K., & Romelsjo, A. (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 1, S50-S59.
- Babor, T. F., Caetano R., Casswell S., Edwards, G., Giesbrecht, N., & Graham, K., et al. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy* (2 ed.), New York: Oxford University Press.
- Babor, T., et al. (2010). *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.

- Bastos, F. I. & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2003). *Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som – Um Manual Prático*. Petrópolis: Vozes.
- Becker, T., & Vazquez Barquero, J. L. (2001). The European Perspective of Psychiatric Reform. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 410, 8-14.
- Bezerra, B. J. (2011). É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16, 12, 4590-4602.
- Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 87-97.
- Bradshaw, J. (1994). The conceptualization and measurement of need: a social policy perspective. In: Popay, J., & Williams, G. (Orgs). *Researching the People's Health*, (pp. 45-57), London: Routledge.
- Brasil. (2003b). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2.ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social.
- _____. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- _____. (2007). *Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: SENAD.

- _____. (2007). *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
- _____. (2008). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2010b). *Decreto de Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil.
- _____. (2011). *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, drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2012). *Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2012). *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brunette, M. F., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 23, 471-481.
- Bucher, R., & oliveira, S. R. M. (1994). O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. *Revista de Saúde Pública*, 28, 137-45.

- Burgess, P. M., Pirkis, E. J., Slade, T. N., Johnston, A. K., Meadows, H. N., & Gunn, M. J. (2009). Service use for mental health problems: Findings from the 2007 National Survey of mental health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 7, 615-623.
- Bursztyn, I., & Ribeiro, J. M. (2005). Avaliação participativa em programas. *Cad. saúde pública*, 21, 2, 404-416.
- Canadian Centre on Substance Abuse. (2014). Systems Approach Workbook: System mapping tools. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Carlini, E. A., & Galduroz, J. C. (2005). *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades no país*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: São Paulo.
- Carr-Hill, R., Hardman, G., Martin, S., Peacock, S., Sheldon, T., & Smith, P. (1994). *A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds*. The University of York: National Health Service Executive.
- Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011.
- Carvalho, A. I., & Buss, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. (2008). In: Giovanella, L., Esorel, S., Lobato, L. V. C., & Noronha, J. C. Carvalho, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, (1 ed., pp. 121-142), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Castaldelli-Maia, J. M., Silveira, C. M., Siu, E. R., Wang, Y. P., Milhoranç, I. A., & Alexandrino Silva, C. (2014). DSM-5 latent classes of alcohol users in a population-based sample: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Drug Alcohol Depend.*, 136, 92-9.

- Castiel, L. D., & Rivera, F. J. U. (1985). Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? *Cadernos de Saúde Pública*, 1, 4, 447-456.
- Cavanagh, S., Chadwick, K. (2005). Health Needs Assessment at a Glance. Health National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Cecilio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13, 3, 469-478.
- Centre for Addiction and Mental Health. (2008). Symposium report: International symposium on needs assessment and needs- based planning for substance use services and supports. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
- Chiavegatto Filho, A. D. P., Wang, Y. P., Malik, A. M., Takaoka, J., Viana, M. C., & Andrade, L. H. (2015). Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 49, 15.
- Chi, F. W., & Weisner, C.M. (2008). Nine-Year Psychiatric Trajectories and Substance Use Outcomes: An Application of the Group-Based Modeling Approach. *Evaluation Review*, 31, 1, 39-58.
- Chuang, E., Wells, R., Alexander, J. A., Friedmann, P. D., & Lee, I. H. (2009). Factors Associated With Use of ASAM Criteria and Service Provision in a National Sample of Outpatient Substance Abuse Treatment Units. *J Addict Med.*, 3, 3, 139 -150.
- Cohen, A., & Eastman, N. (1997). Needs assessment for mentally disordered offenders and others requiring similar services. Theoretical issues and methodological framework. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 5, 412-416.
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. (2^a Ed). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

- Costa, P. H. A., Laport, T. J., Mota, D. C. B., & Ronzani, T. M. (2013). A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde em Debate*, 2013, 37: 110-121. 2013.
- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B. , & Ronzani, T. M. (2015). As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas*, (1ed, pp. 41-66), São Paulo: Cortez Editora.
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2015). Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20, 395-406.
- Costa, P. H. A., Martins, L. F., Medeiros, A. X., Salgado, J. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2015). Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23, 245-252.
- CREMESP. (2010). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Cruz, M. S., Andrade, T., Bastos, F. I., Leal, E., Bertoni, N., & Melo, L. (2013). Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *International Journal of Drug Policy*, 24, 5, 432-438.
- Datasus [acesso em fevereiro. 2016]. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
- Degenhardt, L., Whiteford, H., Hall, W., & Vos, T. (2009). Estimating the burden of disease attributable to illicit drug use and mental disorders: what is 'Global Burden of Disease 2005' and why does it matter? *Addiction*, 104, 1466-1471.

- Delgado, P. G., & Weber, R.. (2007). A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. *Rev. bras. Psiquiatr.*, 29., 2, 194-195.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet I, & Kovess, V. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 29, 2581-2590.
- Descritores em Ciências da Saúde (2016). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
- Dewit, D. J., & Rush, B. (1996). Assessing the need for substance abuse services: A critical review of needs assessment models. *Evaluation and Program Planning*, 19, 1, 41-64.
- Dias, J. C., Scivoletto, S., Silva, C. J., Laranjeira, R. R., Zaleski, M., Gigliotti, A., Argimon, I., & Marques, A. C. et al. (2003). Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 5, 341-348.
- Drummond, D. C., Oyefeso, N., Phillips, T., Cheeta, S., Deluca, P., & Perryman, K. (2005). *Alcohol Needs Assessment Research Project (ANARP): The 2004 National Alcohol Needs Assessment for England*. London: Department of Health.
- Fleury, S., & Ouverney, A. M. (2007). *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV.
- Fodra, R. E. P., & Abílio, C. R.. (2009). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. *Saúde debate*, 129-139.
- Fonseca, E. M., & Bastos, F. I. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: Comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: Acselrad, G. (Org.). *Avessos do Prazer* (2^aed, pp 289-310), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Ford, W. E. (1985). Alcoholism and drug abuse service forecasting models: Comparative discussion. *International Journal of the Addictions*, 20, 233-252.
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mexico*, 27, 5, 438-53.
- Galletti, M. C. (2013). Os Centros de Convivência e Cooperativas - Cecco em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais. In: Mateus, M. D. (Org). *Políticas de Saúde Mental: Baseado no Curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (1^aed., pp. 159 – 168), São Paulo: Instituto de Saúde.
- Gama, J. R. A. (2012). A reforma psiquiátrica e seus críticos: Considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22, 4, 1397-1417.
- Gastfriend, M. D., & Mee-Lee, M. D. (2004). The ASAM Patient Placement Criteria Context, Concepts and Continuing Development. *Journal of Addictive Diseases*, 22, S1, 1-8.
- Giovanella, L. (1991). As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 7, 1, 26-44.
- Giovanella, L., Lobato, L. V. C., Carvalho, A. I., Conill, E. M., & Cunha, E. M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26, 60, 37-61.
- Gonçalves, V. M., Abreu, P. S. B., Candigago, R. H., Saraiva, S. S., & Lobato, M I. R. (2010). A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatria*, 32, 1, 16-18.
- Grob, G. N. (1994). Government and Mental Health Policy: A Structural Analysis. *The Milbank Quarterly*, 72, 3, 471-500.

- Heatherton, B. (2000). Implementing the ASAM Criteria in community treatment centers in Illinois: opportunities and challenges. American Society of Addiction Medicine. *J Addict Dis.* 19, 2, 109-16.
- Henderson, S., Andrews, G. & Hall, W. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 197-205.
- Humeniuk, R., & Poznyak, V. (2004b). *Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde*. Tradução de Ronzani, T. M.. Genebra: OMS.
- IBGE. (2001). Censo demográfico populacional do ano 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2006). Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders, Board on Health Care Services. Washington: National Academies Press.
- Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2005). A model of choice for public policy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15, 3, 325-351.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30, 2, 96-98.
- Kessler, R. C., & Üstün, B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 2, 93 -12.
- Kessler, R. C., Haro, J. M., Heeringa, S. G., Pennell, B. E., & Üstün, T. B. (2006). The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15, 3, 161-166.

- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 23, 6, 1455-1461.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Sacareno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 11, 858-866.
- Laport, T. J. (2013). Avaliação das Políticas Públicas Intersetoriais na área de Álcool e outras Drogas. 2013. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Laudet, A. B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 1, 51-59.
- Le Moigne, J. L. (1987). Qu'est-ce qu'un modèle? Note de Recherche. *Aix-en-Provence: Groupe de Recherche en Analyse de Système & Calcul Économique*, 87-12.
- Levine, H. L., Turner, W., Reif, S., Janas, D., & Gastfriend, D. R. (2004). Determining Service Variations Between and Within ASAM Levels of Care. *Journal of Addictive Diseases*, 22, 1, 9-25.
- Levinson, D., Lerner, Y., & Zilber, N. (2009). Estimating the Changes in Demand for Public Mental Health Services Following Changes in Eligibility: Analysis of National Survey Data. *J Ment Health Policy Econ*, 12, 19-25.
- Luchmann, L. H. H., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, 2, 399-407.
- Lucchesi, M. (2008). Estudo da viabilidade da Implantação de uma unidade psiquiátrica em um Hospital geral. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Luz, M. T. (2009). Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs) Os sentidos da integralidade na atenção e no

- cuidado à saúde (1^a ed, pp. 17-37). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO
- Machado, A. R. (2006). Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. *História, Ciências e Saúde. 14, 3*, 801-21.
- Mari, J. J., Santos, D., N., Santana, V. S., & Filho, N., A. (2013). Epidemiologia em Saúde Mental: Panorama Geral e Contribuição da Epidemiologia Psiquiátrica Brasileira. In: Filho, N., A., & Barreto, M., L. (Orgs). *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*, (1^aed., pp. 545 - 567), Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Mateus, M. D. (2009). Levantamento das Políticas e Recursos em Saúde Mental no Brasil. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Mateus, M. D. (2013). O Centro de Atenção Psicossocial. In: Mateus, M. D. (Org). *Políticas de Saúde Mental: Baseado no Curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (1^aed., pp. 139-158), São Paulo: Instituto de Saúde.
- Mateus, M. D., Mari. J. J. (2013). O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: Mateus, M. D. (Org). *Políticas de Saúde Mental: Baseado no Curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (1^aed., pp. 20-56), São Paulo: Instituto de Saúde.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (1^aed., pp. 39-64), Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

- Matus, C. (1991). O plano como aposta. *São Paulo em perspectiva*, 5, 4, 28-42.
- Mechanic, D. (2003). Is the prevalence of mental disorders a good measure of the need for services? *Health Affairs*, 22, 5, 8-20.
- Medina, M. G., Aquino, R., Filho, N., A., & Filho, A, N. (2013). Epidemiologia do Uso/Uso abusivo de Substâncias Psicoativas. In: Filho, N., A., & Barreto, M., L. (Orgs). *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*, (1^aed., pp. 527-544), Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., & Blanco, J. et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35, 1773-1783.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 15, 5, 2297-2305.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Merhy, E. E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (Org.) *Inventando a mudança na saúde* (1^aed., pp. 117-161), São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1995). Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, E. (org.) *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade* (1^aed, pp. 117-119), São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.
- McKay, J. R. (2001). Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers: Implications for the study of long-term effects. *Evaluation Review*, 25, 211-232.

- McKay, J.R. (2009). Continuing care research: what we have learned and where we are going. *J. Subst. Abuse Treat.* 36, 131-145.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 13, 1689-95.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing directions, changing lives: *The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Author.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamento*, Porto Alegre: Artmed.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906.
- Montero, M. (1994). Consciousness raising, conversion, and de-ideologization in community psychosocial work. *Journal of Community Psychology*, 22, 1, 3-11.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: Percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1, 121-133.
- Mota, D. C. B. (2011). Implementação de políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas em nível municipal. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Mota, D. C. B., Laport, T. J., & Moreira, R. B. S. (2013). O Desafio da Intersetorialidade na Área de Drogas. In: Ronzani, T. M. (Org.). *Ações Integradas sobre Drogas* (1ed, pp. 387-428), Juiz de Fora: Editora UFJF.

- Mota, D. C. B., & Ronzani, T. M. (2015). Implementation of public policy on alcohol and other drugs in Brazilian municipalities: comparative studies. *Health & Social Care in the Community*, 24, 4, 507-18.
- Mota, D. C. B, Ronzani, T. M., Tofoli, L. F., & Rush, B. R. (2015). Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas*, (1ed, pp. 85-106), São Paulo: Cortez Editora.
- Mota, D. B., Rush, B. R., Ronzani, T. M., Maia, J. M. C., & Bastos, F. I. (2015). Como a epidemiologia e demais métodos quantitativos podem contribuir com o planejamento da rede assistencial para o usuário de álcool e outras drogas? In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas - Políticas e Práticas*, (1ed, pp. 107-128), São Paulo: Cortez Editora.
- Mota, D. C. B., Almeida, A. C., Custódio, M., S., Carvalho, S., & Ronzani, T. M. (2016.). A Técnica de Grupo Nominal enquanto metodologia para a produção de consenso: um estudo baseado na análise da conversação. Trabalho apresentado na disciplina de Metodologia Qualitativa, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora: Pós Graduação em Psicologia.
- Murphy, M. K., Black, N. A., Lampung, D. L., MCKEE, C. M., Sanderson, C. F. B, Askham, J, & Marteau T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess*, 2, 3, 1-88.
- Nascimento, A. B. (2006). Uma visão crítica das políticas de descriminalização e patologização do usuário de drogas. *Psicologia em Estudo*, 11, 1, 185-90.

- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2002). *Models of care for treatment of adult drug misusers*, London: Author
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2006). *Models of care for treatment of adult drug misusers*, Update 2006. London: Author.
- National Treatment Strategy Working Group. (2008). *A systems approach to substance use in Canada: Recommendations for a national treatment strategy*. Ottawa: National Treatment Strategy Working Group.
- New South Wales Ministry of Health. (2011). *Development of a national population based model for D&A service planning*. Presented by Ritter, A. Sydney: NSW Ministry of Health.
- Noto, A. R., Galduróz, J. C. F. (1999). O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 4, 1, 145-151.
- O'Dwyer, G. O., Oliveira, S. P., & Seta, M. H. (2009). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 5, 1881-1890.
- Oliveira, M. C., & Ronzani, T. M. (2010). Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. In: *I Simpósio Internacional sobre Intervenções Breves Para o Uso de Drogas: Exp. Brasileiras e Internacionais*, São Paulo.
- Onocko, R. (1998). *O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional*, Dissertação de mestrado, Universidade de Campinas, Campinas.
- Onocko-Campos, R. O. (2000). Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública*, 16, 4, 1021-1030.
- Paim, J. S. (1983). O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 10(1), 46-52.

- Paim, J. S. (2006). Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., Carvalho, Y. M. (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva* (1^aed, pp. 767-82), São Paulo: Hucitec.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, Planejamento e Gestão em Saúde: Balanço do Estado da Arte. *Rev Saude Publica*, 40 (Esp), 73-8.
- Paim, J. S., Mota, E. L. A. (2011). Epidemiologia e Planejamento de Saúde. In: Naomar de Almeida Filho, Maurício L. Barreto. (Org.). In: Filho, N., A., & Barreto, M., L. (Orgs). *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*, (1^aed., pp. 616-621), Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 2, 569-580.
- Pinheiro, R. (2001). As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In.: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, (1 ed., pp. 76-112), Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.
- Pinheiro, R., & Luz, M. T. (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde (1^aed., pp-7-34), Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO.
- Pirkis, J., Harris, M., Buckingham, W., Whiteford, H., & Townsend-White, C. (2007). International planning directions for provision of mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 34, 4, 377-387.

- Posada-Villa, J. A., Aguilar-Gaxiola, S. A., Magaña, C. G., & Gómez, L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, *Revista Colombiana de psiquiatría*, 33, 3, 241-262.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25, 2, 203-211.
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). Cada CAPS é um CAPS: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicología & Sociedad*, 23, 150-160.
- Rassool, G. H., & Villar-Luis, M. (2004). Tackling drug and alcohol misuse in Brazil: priorities and challenges for nurses. *International Nursing Review*, 51, 201-207.
- Raven, M. C., Carrier, E. R., Lee, J., Billings, J. C., Marr, M., & Gourevitch, M. N. (2010). Substance use treatment barriers for patients with frequent hospital admissions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 1, 22-30.
- Reist, D., & Brown, D. (2008). Exploring complexity and severity within a framework for understanding risk related to substance use and harm. Paper presented at the *International Symposium on Needs Assessment and Needs-based Planning for Substance Use Services and Supports*. Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 26 (suppl. 1), 59-62.
- Ribeiro, J. M., Rasga, M., Bastos, F. I., Inglez, A., & Bessa, F. (2016). Acesso aos Serviços de Atenção em Álcool, Crack e outras Drogas? O Caso do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21, 61-71.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychol. Res. Behav. Management*, 2, 5, 173-183.

- Ritter, A., Chalmers, J. & Sunderland, M. (2013) Estimating need and demand for treatment - a background briefing. Working Paper No 1 - Review of AOD prevention and treatment services. Sydney: Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.
- Ritter, A., Chalmers, J., & Sunderland, M. (2013). *Planning for drug treatment services: estimating population need and demand for treatment*. Sydney: Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.
- Rivera, F. J. U. (1987). Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. *Cadernos de Saúde Pública*, 3, 4, 444-462.
- Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2010). Planning and management in health: historical and tendencies based on a communicative view. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 5, 2265-2274.
- Ronzani, T. M. (2005). *Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil? *Social Science & Medicine*, 1-5.
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, 43, 1-11.
- Ronzani , T. M. (2013). Perspectivas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. In: Telmo Mota Ronzani. (Org.). *Ações Integradas Sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas* (1ed, pp. 81-104, Juiz de Fora: Editora UFJF).
- Rush, B. R. (1990). A systems approach to estimating the required capacity of alcohol treatment services. *British Journal of Addiction*, 85, 49-59.

- Rush, B. (2003). The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 3, 393-411
- Rush, B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 617-636.
- Rush, B. R., & Nadeau, L. (2011). Integrated Service and System Planning Debate. In Cooper, D. (Org). *Responding in Mental Health* (1^aed, pp 148-175), Oxford: Radcliffe Publishing.
- Rush, B. R., Tremblay, J., Behrooz, R., Fougere, C., & Perez, W. (2013). *Development of a Needs-Based Planning Model for Substance Use Services and Supports in Canada: Final Report*, Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Rush, B. R. (2014). Estimating capacity requirements for substance use treatment systems: A population-based approach. Apresentação em São Paulo, Brasil: Universidade Federal de São Paulo.
- Rush, B. R., Tremblay, J., & Brown, D. (no prelo). Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*
- Sala, A., & Mendes, J. D. V. (2011). Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde Soc.*, 20, 4, 912-926.
- Sarriera, J. C. (2010). Análise de necessidade de um grupo ou comunidade. A avaliação como processo. In: Sarriera, J. C., & Saforcada, H. T. (Orgs). *Introdução à Psicologia Comunitária: Bases Teóricas e Metodológicas* (1^aed., pp 169-186), Porto alegre: Editora Sulina, 2010.
- Schneider, D. R., Lima, D. S. (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, Porto Alegre, 42 (2), 168-178.

- Sharon, E., Krebs, C., Turner, W., Desai, N., Binus, G., Penk, W., & Gastfriend, D. R. (2004). Predictive Validity of the ASAM Patient Placement Criteria for Hospital Utilization. *Journal of Addictive Diseases*, 22, 1, 79-93.
- Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 6, 2753-2762.
- Silveira, C. M. (2010). Preditores sócio-demográficos das transições entre os estágios do uso de álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao álcool na população adulta residente na região metropolitana de São Paulo. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2011). Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde? *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 28, 51-58.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Brown, M. A., Andrews, G., & Whiteford, H. (2009). National Survey of Mental Health and Wellbeing: Methods and Key Findings. *Australasian Psychiatry*, 43, 7, 594-605.
- Slade, M., Taber, D., Clarke, M. M., Johnson, C., Kapoor, D., & Leikin, J. B., et al. (2007). Best practices for the treatment of patients with mental and substance use illnesses in the emergency department. *Dis Mon*, 53, 536-80.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Vanderspeck, R. (1979). Relationships among clinical judgement, self-report and breath analysis measures of intoxication in alcoholics. *J Consult Clin Psychol*, 47, 1, 204-6.
- Sório, R. E. R. (2006). O sistema de saúde canadense e as reformas em curso. In: Junior, G. B., Silva, P. L. B., Dain, S. *Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica* (1^aed., 143-178), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

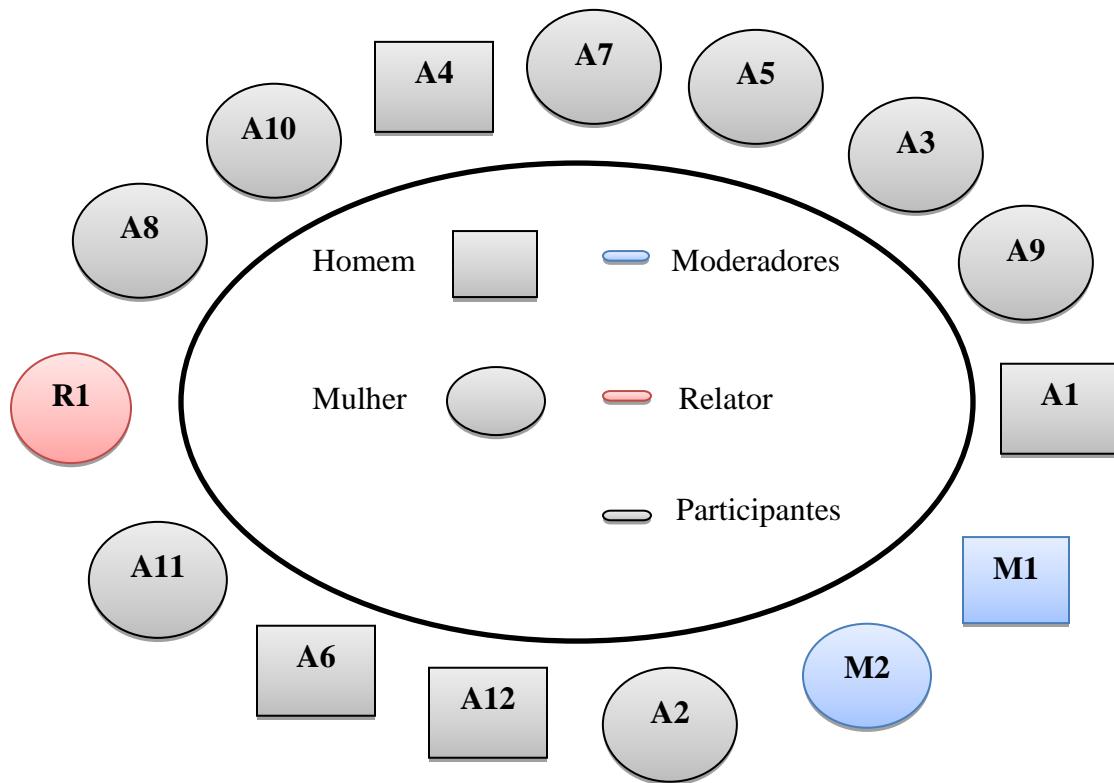
- Souza, A. C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 16, 20-45.
- Strang, J., Babor, T. Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379, (9810), 71-83.
- Teixeira, S. M. (2010). Trabalho interdisciplina no CRAS: Um novo enfoque no trato à pobreza? *Textos & Contextos*, 9, 2, 286-297.
- Testa, M. (2007). Decidir en Salud, ¿ Quién?, ¿ cómo? y ¿ por qué?. *Salud colectiva*, 3, 3, 247-257.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a Modern Mental Health Service: a Pragmatic Balance of Community and Hospital Care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.
- Travassos, C., & Castro, M. S. M. D. (2008). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, L., Esorel, S., Lobato, L. V. C., & Noronha, J. C. Carvalho, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, (1 ed., pp. 215-243), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20, 2, S190-S198.
- Torres, H. G., Marques, E., Ferreira, M. P., & Bitar, S. (2003). Pobreza e espaço: padrões de segregação em São Paulo. *Estudos Avançados*, 17, 47, 97-128.
- Tremblay, J., Rush, B., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., L'Espérance, N., Savard, A. C., & Demers-Lessard, G. (2015). *Rapport préliminaire: Estimation des besoins de services jeunesse en dépendance au Québec*, Quebec, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Tung, T. C. (2013). Atendimento às urgências em saúde mental. In: Mateus, M. D. (Org.). *Políticas de Saúde Mental: Baseado no Curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (1^aed., pp. 176 – 192), São Paulo: Instituto de Saúde.

- UNODC. (2006). *Guidance for the Measurement of Drug Treatment Demand*. Toolkit Module 8. Vienna: UNODC.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J., Garretsen, H. F. L. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 92-98.
- Varanda, W., & Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, 1, 56-69.
- Viana, M. C., Teixeira, M. G., Beraldi, F., Bassani, I. S., & Andrade, L. H. (2009). São Paulo Megacity Mental Health Survey a populationbased epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Área: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr*, 31, 375-86.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United Statés: Results from the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., & Bromet, E. J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370, 9590, 8-14.

- Whiteford, A. H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A. J., & Erskine, H. E. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 382, 9904, 9-15.
- WHO (2006). *Report of the WHO Technical Consultation on the Assessment of Prevention and Treatment Systems for Substance Use Disorders*. Geneva, Switzerland.
- WHO (2011). World Health Organization. Available at: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/substance_abuse/treatment_alcohol_drugs/atlas.html
- Wu, L-T., Kouzis, A.C., & Schlenger, W.E. (2003). Substance use, dependence, and service utilization among the US uninsured nonelderly population. *American Journal of Public Health*, 93, 12, 2079-2085.
- Wu, L-T., & Ringwalt, C. L. (2004) Alcohol dependence and use of treatment services among women in the community. *American Journal of Psychiatry*, 161, 10, 1790-1797.
- Wu, L.T. (2010). Substance abuse and rehabilitation: responding to the global burden of disease attributable to substance abuse. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 1, 5-11.
- Zambenedetti, G., & Perrone, C. M. (2008). O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. *Physis*, 18, 2, 277-293.

12. APÊNDICE A

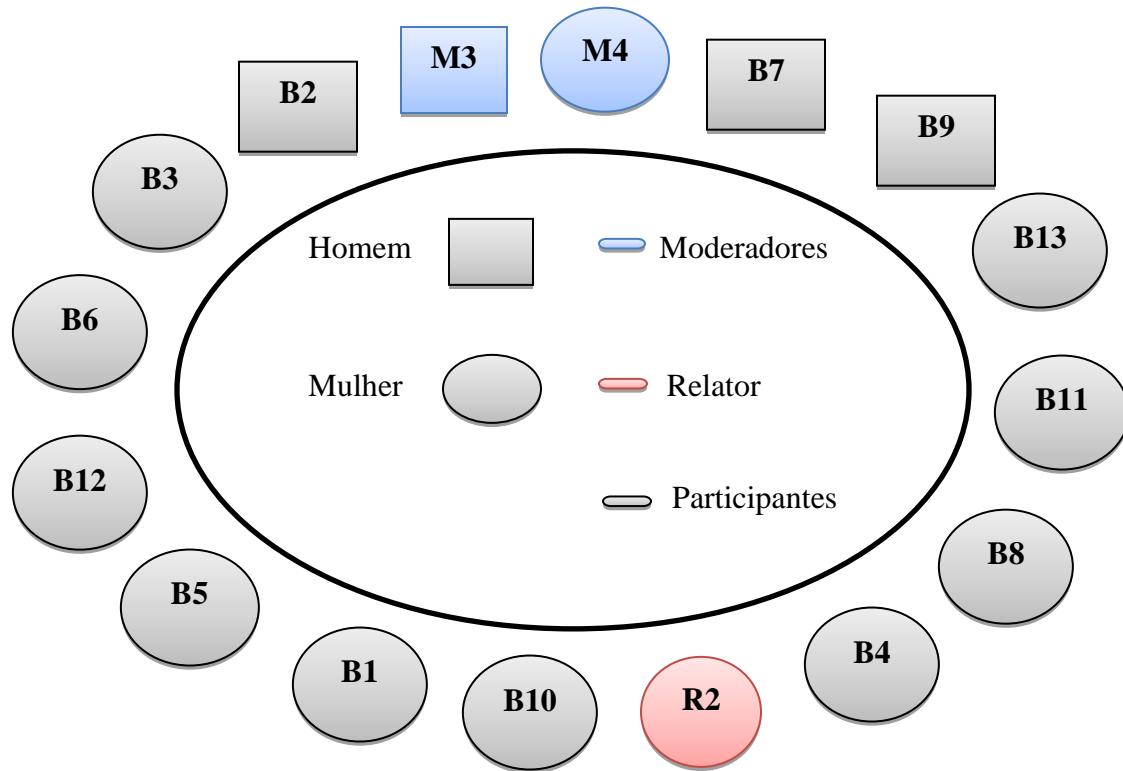
12.1 Distribuição dos participantes no grupo nominal A



Local de trabalho dos participantes

- A1 - CAPS AD II Capela do Socorro
 - A2 - CAPS AD II Capela do Socorro
 - A3 - CAPS AD II Móoca/ Aricanduva
 - A4 - CAPS AD III São Miguel
 - A5 - Centro de Convivência “É de Lei” e Unianchieta
 - A6 - Centro de Tratamento Bezerra de Menezes
 - A7 - Hospital Municipal do Campo Limpo
 - A8 - Secretaria Municipal de Assistencia Social de São Paulo
 - A9 - Secretaria Municipal de Saúde de Barueri
 - A10 - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
 - A11 - Universidade de São Paulo
 - A12 - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

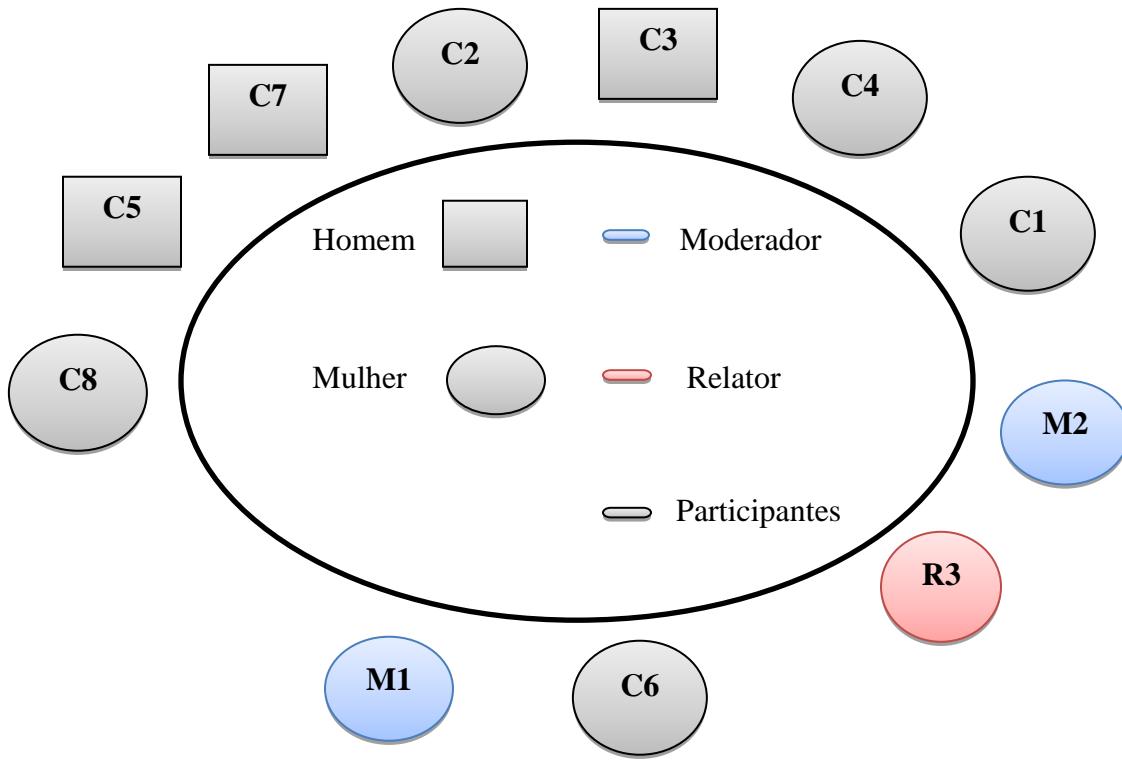
12.2 Distribuição dos participantes no grupo nominal B



Local de trabalho dos participantes

- B1 - CAPS AD Infância e juventude e Projeto Quixote
- B2 - Coordenadoria de Atendimento Permanente/Emergencial
- B3 - Coordenadoria de Atendimento Permanente/Emergencial
- B4 - Defensoria Pública do Estado de São Paulo
- B5 - Hospital Leonor Mendes de Barros
- B6 - Secretaria de Governo da Prefeitura de Barueri
- B7 - Secretaria da Justiça e Cidadania de São Paulo
- B8 - Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo
- B9 - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
- B10 - Unifesp, Unidade de Dependência de Drogas
- B11 - Universidade de São Paulo, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
- B12 - Universidade de São Paulo, Programa de Atenção a Mulher Dependente Química
- B13 - Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo

12.3 Distribuição dos participantes no grupo nominal C



Local de trabalho dos participantes

- C1 - CAPS AD II Pinheiros
- C2 - CAPS AD III Jardim Ângela
- C3 - Centro de convivência “É de lei”
- C4 - Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros
- C5 - Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros
- C6 - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- C7 - Secretaria de Governo da Prefeitura de Barueri
- C8 - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

12.4 Análise qualitativa dos dados: eixos temáticos e categorias

Eixos	Categorias	Freq.
1 Caracterização do modelo de atenção	1.1 Integralidade	13
	1.2 Continuidade do cuidado	10
	1.3 Superação modelo manicomial	9
	1.4 CAPS como articulador da rede	7
	1.5 Ações intersetoriais	7
	1.6 Ênfase nas redes de atenção a saúde	12
	1.7 Rede de suporte social	5
2 Prevenção	2.1 Prevenção universal	5
	2.1.1 Educação/conscientização	4
	2.2 Prevenção no trabalho	2
3 Atribuições do serviço	3.1 Especificidades do serviço	19
	3.2 Regulamentação do serviço	7
	3.3 Posição na rede assistencial	4
	3.4 Recursos humanos	4
	3.5 População-alvo	6
4 Concepção sobre os serviços	4.1 Percepção do serviço	22
	4.2 Concepções divergentes	20
	4.3 Ênfase na experiência individual	4
	4.4 Racionalidade conflitante das comunidades terapêuticas	4

5 Dificuldades dos serviços	5.1 Acessibilidade	10
	5.2 Equidade em cobertura	2
	5.3 Desarticulação da rede	2
	5.4 Desconhecimento da rede	8
	5.5 Estigmatização dos usuários	2
	5.6 Fragmentação do cuidado aos usuários	4
	5.7 Modelo cristalizado	4
6 Diferenças regionais na implantação dos serviços	6.1 Nomenclatura	8
	6.2 Aspectos estruturais	6
	6.3 Equipe de profissionais	2
7 Condições ideais de funcionamento	7.1 Capacitação dos profissionais	7
	7.2 Atuação de profissionais generalistas/especialistas	3
	7.3 Assistência universal	4
	7.4 Melhorar a infraestrutura dos serviços	10
	7.5 Potencialização do CAPS	3
8 Classificação das modalidades de cuidado	8.1 Informação insuficiente	16
	8.2 Inadequabilidade à realidade brasileira	6

12.5 Definições e exemplos de trechos das oficinas

Legenda de transcrição:

Sublinhado: Ênfase

MAIÚSCULAS: Sonoridade

/

/ Começo de falas sobrepostas

. Pausa curta

(2.0) Pausa medida

= = Continuações sem pausas audíveis

[] Transcrição incerta

Fonte: Bauer & Gaskell, 2003.

1 Caracterização do modelo de atenção

1.1 Integralidade: Integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

(...) A9: O que eu acho que é o GRANDE desafio que nós temos hoje é de fazer esses pontos estarem integrados e pensar no cuidado, de fato, integral. E assim, eu não sei que = = a unidade básica teria que ter uma apuração, o matriciamento, faz uma apuração no olhar do caso de desintoxicação, PERFEITO, assim como um consultório /na rua. Só que não é ele que vai fazer = = vai fazer o trabalho de desintoxicação/. Assim, o manejo, o manejo, ele ele integra/ urgência e emergência/. Porque se não nós estaríamos falando numa complexidade da unidade.

(...) A8: Então vejamos, eu tenho o sujeito que tá em processo de desintoxicação, que ele tá largado na rua ali porque tá na fissura ou tá na crise. Que serviços eu/ preciso pra tratar esse cara? Eu preciso de um cara da assistência social do CAPE. Eu preciso do SAMU. Aí esse sujeito ainda está no segundo nível de processo de desintoxicação, mas ele tá lá no território dele. Ele tá no território dele, eu vou precisar colocar, no caso da assistência social, um serviço de convivência. No caso da saúde, no outro serviço de convivência, no CAPS, se tiver lá no território. Aí esse cara não deu conta desse alcance no território dele, ele de novo tá lá usando a droga e de novo ele precisa ser internado no hospital.

1.2 Continuidade do cuidado: Garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade da rede e/ou nos diferentes regimes de tratamento dos CAPS.

(...) B3: Aqui em São Paulo já aconteceu alguns casos, onde a gente teve que atender solicitação de um indivíduo que estava desacordado e não se sabia direito se era álcool ou se era outras drogas. Então eu coloquei aqui no modo que nós procedemos lá na CAPE, né? Primeiramente, chamamos a SAMU e seria conveniente ligar do SAMU pro serviço de Pronto Socorro né, porque muitas vezes o SAMU = = ele não consegue suportar todos atendimentos, então alguns casos a gente fica duas, três horas com o indivíduo até uma melhora dele = = colocamos ele dentro da kombi do nosso serviço social e levamos ele pra alguma unidade, fazemos isso, em geral, com TODOS os casos que nós encontramos alteração no indivíduo, até mesmo pra preservação da nossa segurança e também do Centro de Acolhida = = mas, é seguindo aqui assim, a continuidade ao serviço na UPA ou nas UBS com programa de saúde da família. E aí após isso, um direcionamento, né? O serviço do CAPS que for destinado pra ele. Uma sugestão, existe no nosso sistema de assistencialismo, um sistema integrado que chama [Sisua], aonde temos todas as

informações do indivíduo = = e é mapeado a localização dele. Em alguns casos, quando a gente não tem informação nenhuma, nós chegamos no posto de saúde.

(...) A9: /Se a gente tem ponto de atenção, ele não deixa de ser vivo. Ele continua porque ele também vai precisar em algum momento, só que a gente vai precisar tá lá em parceria com o cara pra gente poder tá junto naquele cuidado, entende? Assim, eu vou levar na UBS, agente comunitária vai com ele no PS. O CAPS também sabe que ele foi pro PS e que a gente vai visitar e vai. Eu fico pensando, isso é a vivacidade de que dá um projeto terapêutico de fato, entendeu? Agora os pontos de atenção têm que existir, tem que existir o CAPS, tem que existir a unidade cada vez mais tenha boa resolução, né? Tem que existir o SAMU que na hora que eu preciso = = eu ligo e que o SAMU venha pra situação de urgência.

1.3 Superação modelo manicomial: Processo de transição do modelo assistencial na saúde mental, anteriormente focado nos tradicionais hospitais psiquiátricos e atualmente voltado para a construção de modelos comunitários.

(...) B11: Então aqui nós estamos = = nesse momento nós estamos desconstruindo esse lugar aí do Hospital Psiquiátrico, né? Nesse momento, acho que nós da secretaria, acho que o Adalberto pode falar também com propriedade tanto quanto = = eu que assim, nesse momento nós estamos desconstruindo esse lugar do Hospital Psiquiátrico, Hospital Especializado que a gente chama. Justamente pra incluir todo mundo nesse Hospital Geral, porque esse = = é tira esse estigma = = e que ele possa atender qualquer pessoa, qualquer município, ele possa/

(...) C8: Na minha visão, principalmente pra álcool e drogas, tem que ser hospital geral, pelas comorbidades que são muito frequentes associadas a esses casos, e não só por isso, mas por uma questão de entender que uma instituição geral que nem hospital geral, HOJE tem muito mais a ver a uma referência da nossa reforma brasileira do que hospital psiquiátrico, nesse sentido.

1.4 CAPS como articulador da rede: Ênfase no papel do CAPS como protagonista na organização e articulação da rede assistencial.

(...) B9: Eles ficam vinculados a um CAPS, toda RT está vinculada a um CAPS. Toda RT ela tem que tá vinculada a um CAPS.

(...) B11: UA atrelada ao CAPS, não é uma unidade independente então todo usuário que ta em atendimento no CAPS = = ele tem como referência a equipe do CAPS que vai avaliar a necessidade de uma unidade de acolhimento ou não.

1.5 Ações intersetoriais: Ações que envolvem diferentes setores, articulando-os, visando o êxito de planejamento, realização e avaliação.

(...) B11: Eu também concordo na ESF = = na questão básica e no = = questão básica, UBS's, [intervenção] do CECCOS = = CAPS na rua também é um dispositivo que se faz a prevenção. A intersetorialidade, eu concordo que a gente sempre tem que ta nessa lógica intersetorial pra fazer a prevenção com = = com educação, com outras secretarias e pensando um pouco no matriciamento das unidades mais especializadas com a população em geral.

(...) B11: Eu acho que isso aí é UA, CAPS AD III e a gente não tá esquecendo do serviço intersetorialidade que a gente tem que/... [A assistência] tem que estar presente nessa discussão porque muitas vezes ele tem um serviço e a saúde não tem que dar conta e nem tomar pra si tudo, entendeu? Acho que, oh = = eu acho que tem a intersetorialidade. A intersetorialidade porque muitas vezes não é só saúde que tem que tomar pra si uma questão que não é só da saúde, que eu acho que é uma questão que a gente pouco discute. Porque muitas vezes a gente tem que chamar outras secretarias pra entrar/

1.6 Ênfase nas redes de atenção: Oposição ao modelo piramidal, que hierarquiza serviços por nível de complexidade e define portas de entrada rígidas no sistema. Defesa de um modelo que enfoca o usuário, proporciona referenciamento adequado e oferta assistencial de acordo com as suas necessidades

(...) B1: Como foi dito = = urgência e emergência, pra mim vinculando como símbolo de abstinência, tem que ter atendimento médico = = tem que ter, que é risco de vida, inclusive. Então aí eu achei que tem que ser SAMU, UPA e Pronto Socorro, Pronto Socorro no Hospital Geral. / B6: É bem difícil, né? Onde o cara vai chegar, uma pessoa vai chegar, se tiver um = = a pessoa tem que ser atendida. No entanto, pensando no caso específico, no momento, e o lugar mais apropriado seria SAMU, na remoção que tem uma equipe que pode dar = =, UPA e Pronto Socorro. Agora se chegar num CAPS e lá naquele momento tiver um contorno médico que dê conta, no horário que tenha médico, [no mínimo num primeiro momento ele possa ser] atendido lá./

(...) B9: É, eu penso que é um recurso a mais, se seu sou uma família que eu tô vinculado a estratégia, acontece alguma coisa eu tenho a quem acionar, [ter] alguém imediato que pode ir lá e olhar, olha, encaminha pra UBS, é grave, vamos encaminhar, né? Eu acho que é um recurso a mais pro serviço que existe e tá montado, né?

1.7 Rede de Suporte social: Componentes da rede complementar, voltados para habitação e necessidades básicas, tais como Casas de Passagens ou Abrigos, que podem ser constituídos a partir da iniciativa das Secretarias de Assistência Social.

(...) A8: O albergue dá o que a gente chama de segurança de acolhido. O sujeito == ele tem uma equipe que trabalha com ele lá. E tem um albergue, atendimento e muitos deles estão em processo de desintoxicação. /É uma oferta sócio assistencial.

(...) C2: Eu também == todos, único que ele não falou ONGs, tem ONGs ai que fazem trabalhos ótimos/ que eu acho que também é válido.

2 Prevenção

2.1 Prevenção universal: Ações de prevenção voltadas para a comunidade em geral, não possuindo um foco específico na população de risco. Tem como objetivo reforçar os fatores de proteção para prevenir o abuso ou adiar o uso.

(...) B9: A gente aprendeu que prevenção a gente faz em qualquer lugar, a toda hora, isso aí é um conselho que já é antigo nessa área. Então eu coloquei UBS que eu acho que é uma referência,

né, escolas e locais de trabalho, clubes de serviços, acho que aonde tem pessoas/... Pais de alunos, universitários.

(...) C1: Eu coloquei instituições de educação e formação, porque pode incluir tanto universidade,/maiores de 18 quanto centro de capacitação de [funcionário] ou ambiente de trabalho como ela falou, instituições socioculturais e de lazer tipo clubes, associações de bairro, tipo ou == tipo SESC ou, ahm, então socioculturais de lazer esportivas, né, então isso ai, centros esportivos e só. CONSULTÓRIO NA RUA tá já, né, ta, então basicamente é aquilo.

2.1.1 Educação/Conscientização: Disseminação de informações ao usuário.

(...) B9: Entendi. Então assim, escola, tipo pais de alunos, locais de trabalho, nas empresas e serviços, eu acho que onde tem gente, alguém pode ir lá discutir o que que é usar, abusar, o que faz o que não faz, essas coisas.

(...) B13: serviços, é de informação por telefone e por internet.

B11: Alta tecnologia.

B13: Disque drogas...

B11: Ligado a?

B13: A serviços especializados no assunto.

2.2 Prevenção no trabalho: Estratégias de ação voltadas para contextos de trabalho, como forma de prevenir danos associados ao uso de substâncias ou referenciar usuários para tratamento.

(...) B4: Além de tudo isso... Acrescentaria o CRAS, o CAT.

M2: /Normal? CAT, normal?

B4: Centro de Apoio ao Trabalhador.

B9: E tem também o Centro de Referência ao Trabalhador, ele atende também, poderia fazer prevenção/, CRT que chama.

B11: /CRT.

(...) C5: Eu pensei em alguns, não sei como encaixa, mas é uma coisa que eu vejo muito no ambiente hospitalar que são os SEESMT ambulatórios das empresas. A gente vê que tem uma grande quantidade de funcionário que é álcoolista, usa droga mesmo. A gente consegue identificar essas pessoas, a gente não consegue ver o SEESMT como uma, um, um [o que] do oficial, né? Todo mundo tem que ter o SEESMT, ambulatório da empresa = = mas ele não consegue ter uma ação articulada de prevenção, porque pode trabalhar desde nicotina, álcool, droga e tudo = = então eu gostaria de ver o SEESMT e os ambulatórios das escolas/

M1: /SEESMT é com o que?/

C5: /Com dois E, S-E. S-E-E-S-M-T, que é o serviço especializado não sei o que né, de medicina do trabalho./

M1: /Ah tá. Empresas, né?/

C5: /É. E os ambulatórios de empresa no geral, né, pra fazer parte de prevenção, estabelecer é, acho que podia usar bem pra essa parte da população que trabalha e que você consegue.

3 Atribuições sobre o serviço

3.1 Especificidades do serviço: Descrição das práticas realizadas pelo serviço

(...) B1: UA, eu posso explicar que eu tive recentemente uma discussão lá na coordenadoria. Na verdade, é quase como se fosse um abrigo, vamos dizer não um abrigo, um acolhimento no máximo de dez leitos ou é de homem ou é de mulher, não mistura e a ideia é uma pessoa que tá em reinserção social. Então, ela vai estar numa convivência lá dentro desse ambiente, cozinhando, fazendo supermercado, podendo começar a atividade profissional. Mas, não tem médico, não tem enfermeira, é uma equipe que tem psicólogo.

(...) B1: CAPS 24 horas seria o, não vai receber pessoas graves nem tem estrutura prevista pra receber.

B9: Posso dar um adendo é que = = acho importante. Todos os CAPS III álcool e drogas vão ter uma UA, Unidade de Acolhimento. Todos os CAPS. Todos os CAPS, Ad, III, vão ter uma unidade de acolhimento. E vão também ter leitos de hospitalidade de 24 horas na lógica como ela falou, o paciente tá internado tem necessidade de ficar no quarto, vai ficar, no CAPS. Então essa é lógica. O CAPS não é um substitutivo de manicômio, não é esse o entendimento, tá? E a UA é uma Unidade de acolhimento, onde a pessoa tem necessidade de um atendimento é, intensivo, né? Fora da sua casa temporariamente por conta de coisas que tão acontecendo lá = = que é bom que ele fique no local acompanhado pelo CAPS até que ele possa voltar pra sua casa e continuar o atendimento.

3.2 Regulamentação do serviço: Descrição das práticas realizadas pelo serviço ou que serão implementadas segundo parâmetros normativos e portarias vigentes.

(...) B9: Então com a RAPS, a gente fez um pacto de tipo 10% dos leitos de Hospital Geral vão ser destinados a leitos de saúde mental/ Então isso já tá no município de São Paulo. Hospitais municipais e estaduais, então a gente já fez esse pacto. Claro que é uma construção, né? Não é uma coisa imediata, mas a idéia é que daí essas pessoas sejam atendidas dentro do Hospital Geral de uma maneira qualificada no campo da saúde mental.

(...) B10: É que assim, eu tô pensando da gente buscar a essência das portarias que regulam o CAPS, tá? Então que eu imagino o seguinte, o CAPS AD tanto faz o três ou o dois, ele é uma Unidade de Acolhimento também. Porque você não precisa de regulação. Se chega uma pessoa, tô tentando = = intoxicada, né e avaliação que [fizer dela, que ela pode ser aquilo dali é uma urgência sim]. Porque assim, o CAPS tem que ter médico clínico, médico psiquiatra, tem que ter leito de observação/ = = Não = = Se a gente for assim = = essencialmente ficar na portaria até as 21:00, cê teria a equipe completa lá, tá?

3.3 Posição na rede assistencial: Ênfase da relação do serviço com os demais equipamentos da rede assistencial.

(...) A9: O consultório na rua ele é um dispositivo que vai poder fazer um cuidado lá, mas ele vai ter que remeter aquela pessoa pro PS. Assim como a estratégia de saúde da família quando vai numa casa se ta numa desintoxicação grave, o paciente ta sozinho em crise de abstinência grave,

ele tem que ter um olhar apurado para acionar e a gente tem que terde fato sim o PS que ACOLHA aquela demanda, né?

(...) B10: Então, deixa eu só um esclarecimento, só um esclarecimento. Até uma pergunta pra você, porque a Unidade de Pronto Atendimento na verdade ela tá toda [embasada] numa portaria federal. Na verdade, assim, eu fico imaginando mais que tipo de serviço é esse, porque hoje algumas unidades ambulatoriais as AMA's tem atendimento de emergência, não necessariamente com a formatação da UPA que é um programa federal, né? Então seria assim = = uma unidade de pronto atendimento que não estaria necessariamente num pronto socorro, num hospital, estaria num ambulatório, pode ser uma UBS aqui na cidade de São Paulo, alguns locais fora da = = na região metropolitana, é AMA porque às vezes o estado que cuida, né? Mas, é uma unidade de pronto atendimento. A pessoa vai lá / [liga pro pronto socorro], mas vai lá realmente com caso agudo, não = = grave, mas atenderia, né? Uma hipertensão, uma crise de diabetes/, não é isso.

B9: /Exatamente. /É isso, é essa a idéia.

3.4 Recursos humanos: Ênfase na equipe de profissionais que compõe o serviço.

(...) B9: Porque o consultório de rua = = é, ele tá ligado a atenção básica, o Consultório de Rua, a UBS ele tá ligado a uma UBS.

B10: Dependendo do nível tem até médico.

B9: Tem até médico. Tem médico, tem psicóloga, assistente social. Agora como a gente fala assim, é, que é uma questão mais = = é pode ser, porém não hospitalar, é pode ser.

(...) B1: Eu sei, eu conheço muito bem qual é a ESF, mas ela é UBS, ela é DENTRO, ela é uma equipe da UBS.

B11: Ela circula no território.

B1: Não, acontece que tem dentro da equipe você tem enfermeiros, têm médicos, você tem agente comunitário. O agente comunitário circula, o médico uma vez por semana vai a casa faz atendimento domiciliar e a enfermeira também. Mas isso é uma equipe que é da UBS. Então o atendimento não é de urgência porque UBS é Unidade BÁSICA de Saúde/. Não é um atendimento/

B11: /Mas ele tem um vínculo com a família.

3.5 População-alvo: População prioritária a ser atendida pelo serviço.

(...) B11: A RT são os egressos hospital psiquiátrico de longa permanência, alguns deles tem comorbidade, quando tem comorbidade naquele lugar lá, ele pode também ir pra um RT, mas aí é de uma outro/...

(...) A4: Centro de convivência é espaço aberto para saúde mental em geral e comunidade também. Normalmente ele é feito em um parque.

4 Concepção sobre os serviços

4.1 Percepção do serviço: Compreensão que o participante apresenta ter sobre determinado serviço.

(...) B3: Até engraçado que eles vão passando os procedimentos pra nós, então assim, a gente tá equipado com [gorro], com todos equipamentos, então eles vão passando os procedimentos pra gente ver os sinais vitais e tudo mais, né? Pra ver se é necessário, até por isso que muitas vezes a gente tenta de quarenta minutos à uma hora pra que aquele cidadão se restabeleça parcialmente, né? E aí dentro da kombi do serviço social é que nós conduzimos ele. Então assim é, o SAMU a gente faz a solicitação pro que tem que fazer, tem que haver o protocolo de atendimento, mas normalmente eles passam ele, eles não se negam a passar as informações. Olha, eu veja se tá assim/, eles passam todas as orientações possíveis, né? E aí ele, pro procedimento mesmo = = então, assim, eles dão suporte legal.

(...) B11: Eu acredito que, que a ESF? Ele conhece aquele território, ele tem uma lógica do entendimento das famílias, então eles têm uma relação com você que é diferente do que eu tenho, porque eu moro mais distante, não tenho esse contato. Sabendo dessa sua situação ele pode acionar, durante o dia, pode acionar essa equipe lá da UBS que é composta por vários profissionais pra te atender naquele momento, aí ele pode acionar o SAMU, então ele pode te dar outras estratégias/ pra facilitar esse...

4.2 Concepções divergentes: Desentendimentos e opiniões diferentes sobre as atribuições dos serviços.

(...) C2: /Então, porque eu também sou, eu concordo com você, sou supercontra hospital psiquiátrico, a minha experiência também é péssima e ai quando eu vejo um modelo que tinha antes, que você podia colocar o sujeito lá pra desintoxicar e que poderia ficar mais que o CAPSIII com, com a mesma equipe multidisciplinar, com atividade física, com quadra, sala de ginástica,

que era tudo que tinha lá, entendeu? Ai eu pensei nesse modelo, que seria o que = = um espaço especial, especializado pra dependência química. Hoje não sei como é que ta a UNAD e o CAD. Não sei.

C8: Mas pensa bem. Se a gente tiver todas essas habilidades num lugar só, né? Ginástica, piscina, blá-blá-blá = = Eu entro, eu ficava todo tempo lá, eu ia querer ficar muito tempo e a ideia hoje é justamente você ter uma rotatividade rápida pra que essa pessoa possa é rapidamente voltar ao serviço comunitário do seu território/, porque geralmente esses centros eles são localizados na, por exemplo, centros na cidade de São Paulo eu só vejo esse que você falou e o CRATOD [nos centros também, mas é o que esses centros, o centro de tratamento é o CRATOD]./

(...) C5: As comorbidades associadas as drogas/ com doenças mentais que às vezes precisa de um hospital psiquiátrico pra conseguir = = Já tive experiências desse tipo./A drogadição/ mas como a droga era associada a uma doença mental de base, a gente não tem como saber se era antes ou depois que precisou do hospital psiquiátrico. Hospital psiquiátrico = = mesmo tendo histórico de drogadição, mas por conta daquela questão da associação com comorbidades de outras doenças, principalmente doenças mentais que vem associada a drogadição. Pus hospital psiquiátrico também como uma rede de suporte dentro da avaliação.

C6: /Com o que?

/Então, mas

C6: /Mas.

M1: Uhum.

C8: Eu sou contra hospital psiquiátrico, acho que não é uma função ideal de rede, hospital psiquiátrico pra mim não, não tem mais função. É um histórico perdido ai de anos e anos de maus tratos, de violação dos direitos humanos e tal.

4.3 Ênfase na experiência individual: Exemplos que denotam que a organização dos serviços é baseada na experiência individual do profissional.

(...) B10: Então, eu acredito sim que o CAPS, até porque eu já tive essa experiência, eu trabalho num CAPS que dá essa retaguarda. Um paciente chega intoxicado mesmo, ele chega intoxicado de manhã e a tarde ele tem alta, né. Então assim, eu acho o CAPS é o local ideal pra = = fazer desintoxicação, né? E é lógico que depois ele vai ser inserido no programa, é outra coisa, até porque ele tem regime intensivo.

(...) A12: Não sei que essa ideia de que as clínicas psiquiátricas são necessariamente um ambiente [coercitivo ligado às pessoas] = = E não é sempre assim, pelo menos na minha experiência existem clinicas psiquiátricas aonde as pessoas podem conviver tranquilamente e não são obrigadas a fazer coisa nenhuma. Pode ser um lugar de acolhimento ou clinica psiquiátrica. Então nesse sentido, sim, claro, estamos falando do processo de desintoxicação, quando tem médicos e uma equipe especializada e as pessoas podem ficar.

4.4 Racionalidade conflitante das comunidades terapêuticas: Refere-se as comunidades terapêuticas e a atuação divergente que as mesmas desempenham em relação a sua definição conceitual.

(...) B4: E eu pensei uma outra coisa polêmica, mas... Eu pensei Comunidade Terapêutica, mas desde que seja laica e com equipe profissional. Mas, aí é uma comunidade terapêutica ideal.

B9: Aquela que não existe.

B10: Mas, ela é também uma unidade residencial, né? A portaria diz que pode ser/ por mais que a gente não goste. Risos.

B9: /Pode.

B4: Então, aí eu não sei se é melhor incluir, pensando ideal ou tirar sabendo como é na realidade.

(...) A6: (...) A Comunidade Terapêutica se tiver suporte médico/ pra fazer o cuidado, se não o cara morre lá pô.

M2: /ISSO. Foi a discriminação que ela fez.

A9: Eu fico pensando assim, não sei se ajudaria. Mas assim/se agente.

A6: /Se não tiver suporte
médico competente o cara morre lá.

5 Dificuldades dos serviços

5.1 Acessibilidade: Possibilidade ou resolução das dificuldades da população para acessar os serviços de atenção à saúde. Tais dificuldades podem ser relacionadas à localização, transporte, financeiro, entre outros fatores.

(...) A9: O AMA, assim como o CAPS ele se, ele funciona no tempo fechado. Então das 7 às 19. Então se eu tenho um paciente no estado grave, eu penso urgência e emergência bem prática. Um caso grave. /Das 20 horas/ a meia noite já era. Então isso não é um terminal.

A4: /meia noite já era

A3: É só 24 horas aí no caso.

A4: Mas /ele não atende meia noite. Sete da noite ele já fechou. Só pra quem tá no acolhimento.

A9: /Mas o CAPS III não acolhe, não atende, você bate na porta e é só pro usuário. Então assim/. Não tem. Urgência e emergência tem que funcionar 24 horas.

(...) B11: Mas, por outro lado, acho que a gente tem um dado da realidade, muitas vezes a gente solicita o SAMU por essa necessidade de ter muita demanda, tem muita demanda, então acho que às vezes a gente precisa contar com quem tá mais próximo.

5.2 Equidade em cobertura: Refere-se a superação das desigualdades na oferta de serviços de atenção de natureza assistenciais, promocionais ou preventivas.

(...) C1: E aí a gente precisa descontaminar esse olhar de recorte a partir da nossa individualidade, das nossas dificuldades, se não a gente vai ficar batendo na mesma tecla. A gente tá falando de uma cidade de 23 milhões de pessoas, onde em um ponto tem uma aldeia indígena e no outro é o centro da cracolândia == é óbvio que o atendimento não vai ser igual nesses lugares.

(...) C8: Discordo de você, pra egresso quando vive DOIS anos de permanência no hospital, então pra MORADORES de hospital, a partir de dois anos se pensou em priorizar o serviço pra essas pessoas em relação a visão não de econômica, uma visão de prioridade, equidade, então, pessoas que tavam /mais que moradores

C1: == não que precisem, é isso que quero dizer./

C8: /Não, o que eu quero dizer é o seguinte: uma coisa é alguém que tem == uma necessidade temporária, é residencial == outra coisa é alguém que tá dez anos, vinte anos

morando no hospital e que numa visão da equidade essas pessoas teriam prioridade em detrimento de outras. É nesse sentido.

C1: Sim. Não e eu concordo. Tava tentando explicar isso, é que na perspectiva da gente ta fazendo uma discussão de ideal é, o dispositivo RESIDÊNCIA TERAPÉUTICA poderia ir pra além disso, né? por exemplo, a gente tem é milhões de pacientes que tão em acompanhamento nos CAPS/e que tão, não, por exemplo os familiares estão morrendo, os cuidadores estão morrendo e esses pacientes não tem absolutamente condição nenhuma de morarem sozinho, né? e poderiam se beneficiar de uma residência terapêutica no, pra o que ela serve. Então nesse campo do ideal, daqui, da discussão do ideal é que eu incluí a residência lá, mas ela tá hoje como você falou pra uma questão prioritária e de equidade definida para esses parâmetros

5.3 Desarticulação da rede: Obstáculos no referenciamento de usuários na rede assistencial, que dificultam a comunicação entre os serviços e o estabelecimento do cuidado compartilhado.

(...) A9: /Eu não sei. Eu acho que são duas coisas. Eu acho que são duas coisas. Uma coisa é assim, quem manejaria a situação do que você tá falando é manejo. Então por exemplo, você tem consultório na rua. Só você tem que ter. Por isso que eu falo que a grande chave, nossa / grande questão nossa é do sistema funcionar e da nossa engrenagem funcionar. Por que, por exemplo, não adianta você levar ele, no meu ponto de vista, um paciente que tá em situação de rua, fica no abrigo, ele entra em síndrome, você vai remeter para algum lugar, não vai? Você tem que ta com isso garantido e articulado. É esse /ponto de atenção

(...) C8: Porque às vezes o cara fica, por exemplo, na UPA 24horas e no outro dia ele já volta pro CAPS de referência, ou volta pra casa. Então se a gente tá falando num/ suporte/ da comunidade

que ele possa ir e rapidamente sair desse suporte. Eu incluiria UPA ou AMA, não vejo porque não./

5.4 Desconhecimento da rede: Desconhecimento da rede pelos usuários ou pelos profissionais.

(...) B12: Deixa eu perguntar pro cê, UA tem médico?

B1: Não.

B10: Não, nem enfermeiro.

(...) A6: Qual que é a diferença entre Centro de Convivência e CAPS?

5.5 Estigmatização dos usuários: Moralização dos usuários por parte de profissionais e/ou comunidade.

(...) B9: E às vezes eles nem atendem/ Você chama, eles não atendem. Chegam, avaliam e vai embora. Eles atendem prioritariamente casos graves de acidente, onde a pessoa corre risco de vida ali, imediato. Se tá álcoolizado, essas coisas/ eles não levam. Quando mora na rua, então, eles não levam mesmo.

B8: /Eles não atendem.

B10: /Às vezes você tem que chamar o bombeiro.

B8: Principalmente quando a pessoa mora na rua.

B9: Exatamente. Quando mora na rua então eles não levam MESMO.

(...) B12: Mas é que eu acho que mesmo sonhando gente, a gente tem, eu imagino assim que eu conto com o estigma que existe de álcool e drogas e aí o sonho fica imenso. O estigma com a formação dos médicos, com a formação dos enfermeiros/

5.6 Fragmentação do cuidado aos usuários: Obstáculos encontrados para o cuidado compartilhado dos usuários.

(...) C4: A pessoa vai é se alguma, chega, transporta a pessoa pro PS, ela tem o atendimento, é liberada, vai pra casa e volta de novo == não tem uma continuidade, né? Tem, [às vezes] uma resistência, a pessoa não faz o tratamento, não se propõe a fazer, então todo dia você fica na porta pra levar, né? Então, a gente percebe que lá no PS não tem nenhum atendimento que faça essa [sensibilização] dessa pessoa, pro tratamento dar continuidade.

(...) C8: Um aparato hospitalar, por exemplo, como você falou da comorbidade, né? É bem mais interessante que ele esteja no, no Hospital Geral do que num Hospital Psiquiátrico.

C2: Hospital geral e depois CAPS

C8: E depois CAPS, mas ele tem que melhorar da comorbidade, porque às vezes a comorbidade é uma coisa que leva risco de vida e se ele ta num ambiente muito especializado de psiquiatria ele não vai ter as possibilidades que ele tem de interconsulta, de inter-relações entre as pessoas do hospital geral./

5.7 Modelo cristalizado: Oferta assistencial rígida, focada em protocolos e procedimentos dos serviços e não nas necessidades do usuário.

(...) A3: Posso te falar das experiências que eu tenho passado a hora, entendeu? Mas se eu for falar aqui, gente. UBS, todo mundo, quem trabalha na UBS sabe como é que é. Às vezes você fica até mais tempo nisso.

A9: Mas para o manejo de paciente que tá vinculado lá, né. Quem tem vínculo lá.

A3: Eu to entendendo a preocupação porque a gente ta tentando montar um modelo então, as coisas tem que ser estanques, né?

A9: Elas não são na prática.

A3: Mas na prática elas NÃO SÃO e os territórios são vivos. E eles têm uma série de coisas, assim como o Brian trouxe uma série de níveis de complexidade. A gente não tá conseguindo pensar muitas vezes porque nós temos um modelo estanque, gente. Um modelo cá pra nós que muitas vezes não é resolutivo,/ ele é expulsivo, né? Então.

(...) A10: Tem pessoas de/ que estão nesse processo que nem chegam a chegar. Então, é porque nós estamos com o modelo médico na nossa cabeça que o que funciona no final das contas para desintoxicação é a urgência e emergência, alguma coisa que tenha equipamento, caso que tem alguma comorbidade, alguma situação mais grave. Tem que ter esse aparato,né? Então a gente tá, nessa premissa, a gente tá é querendo estabelecer a regra. Então tudo tem que ter isso. A gente tá com um modelo médico na cabeça querendo funcionar em uma perspectiva.

A9: / Não sei se é o modelo médico

A2: Eu não acho que é modelo médico não.

A10: Eu tô pensando assim./É.

A9: /A gente fica em uma ambiguidade entre o que seria o cuidado e os vários, por exemplo, é isso.

A10: Exatamente. Por exemplo, pra algumas pessoas podem ser não seja nem isso.

6 Diferenças regionais na implantação dos serviços

6.1 Nomenclatura: Conflito/diferença entre os significados das siglas dos serviços da rede, em que estes possuem a mesma função.

(...) B4: Só uma dúvida, o CRATOD, por exemplo, que é Centro de Referência ao Tabaco e Outras drogas, na verdade poderia ser um...

B10: É um CAPS.

B9: É, CAPS III. Ele funciona como CAPS.

B10: Ele é credenciado como CAPS.

B13: O único estadual, diga-se.

B9: É o único estadual.

(...) A6: Acho que você tá falando aqui de São Paulo, é isso?

A4: Não, não, CECCO é uma política nacional.

M1: É da RAPS. Da RAPS e tá dentro da Atenção Básica.

A4: CECCO faz parte da política.

A6: Nunca ouvi falar.

M1: A Rede de Atenção Psicossocial.

A3: É, cada território é diferente

A6: Cada cidade dá o nome diferente pra mesma coisa!

6.2 Aspectos estruturais: Mesmos serviços que atuam com diferentes estruturas físicas.

(...) B9: A redução de danos, porque tem alguns CAPS que tem redutores de danos como o CAPS centro. Acho que seria interessante a gente colocar isso.

B12: É, programa de redução de danos.

B9: Mas daí seria CAPS AD com redutores de danos, porque tem uns que não tem redutores de danos que são os profissionais que fazem isso.

(...) B10: Hospital Geral tem várias enfermarias, né? Cê tem que ter um dispositivo de atenção à desintoxicação.

B9: Ou se não tem enfermaria de saúde mental, o que a gente vê são assim, leitos de saúde mental em Hospital Geral. Então, às vezes, pode tá... Então você vai ter uma ala de malucos.

B10: Agora vamos supor, Pronto Socorro, geralmente você não tem necessariamente essa divisão não, é outra estrutura.

B9: Mas aí é PS, Pronto Socorro é Pronto Socorro.

B10: Mas geralmente tá ligado ao hospital.

B9: Sim, mas daí quando vai para o hospital é leito de saúde mental.

B13: O de Diadema não é enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral? Que os caras entram lá pra desintoxicar também.

B9: É, eu não sei qual que é o esquema lá, assim, eu trabalho com conceito que a gente vê que é assim, é leito de saúde mental e enfermaria de Hospital Geral.

B13: É, mas lá em Diadema, que eu me lembre, é uma enfermaria só pra área de saúde mental.

6.3 Equipe de profissionais: Diferenças relacionadas as equipes e profissionais envolvidos.

(...) A2: UBS, CAPS AD II e III, ações na comunidade e consultório de rua.

M2: Ações na comunidade? Que cê pensou?

A2: É o que eu faço lá. Redução de danos.

M2: Tá.

A2: [em bloco] na cena de uso.

M2: Mas na linha da redução de danos?

A2: Ou não. No cuidado.

M2:Tá. Como que você pode nomear isso aí...

A2: Acho pode colocar. Talvez. Redução de danos.

A9: Na verdade, é, na verdade você faz ações territoriais, né?

A9: Nas ações territoriais e comunitárias que um braço, um dos braços do CAPS, na verdade

A8: Então é CAPS.

A2: Estaria vinculado ao CAPS.

A9: Não necessariamente só/. É. É uma das dimensões.

A2: /gerações em territórios.

(...) B1: No HPS tem que ter psiquiatra, aqui no hospital São Paulo tem.

B12: É, só hospital São Paulo, mas eu tô falando do Hospital Geral do sistema de saúde, eu não
tô falando do Hospital Geral...

7 Condições ideais de funcionamento

7.1 Capacitação dos profissionais: Busca de qualificação na área em que o profissional trabalha através de estudo da teoria e realização da prática.

(...) B12: A minha maior dúvida nisso é que eu acho, é uma questão pra mim, que por melhor, mesmo no caminho ideal, eu acho que o Hospital Geral ficaria longe de poder atender a, vamos dizer, pelo menos metade das emergências ou mais da metade das emergências em drogas. Por quê? Que aí você precisaria contar com a faculdade de medicina formando, um hospital geral tem uma equipe básica.

(...) B13: Pra mim o ideal, desculpa, então seria um SAMU/ com a experiência do Centro de Controle de Intoxicações, entendeu? Que tem conhecimento de todos os sinais e sintomas de qualquer substâncias que vão além, né? Das substâncias psicoativas, mas que vai orientar, como ele mesmo disse né, o SAMU ligar e vê sinais vitais, ele tá vendo uma coisa no geral, cê sabe já que a pessoa ou bebeu ou usou uma droga, sendo o SAMU especializado como CCI, né? Com uma especialização como CCI, isso taria, a princípio, de imediato, resolvido, aí depois se vai levar pra, pra onde vai, se vai acionar quem, é outra.

B9: /Especializado, é.

B10: Inclusive, é capaz de manejar questões que são da ordem de saúde mental, né? Porque, assim, às vezes a gente encontra problemas, por exemplo, de pessoas que estão tentando com a própria vida, com a vida do outro, né? Eu tô dizendo na situação de emergência, né? De suicídio ou então de agredir o outro, que às vezes esses quadros precisam, também, de pessoas saberem manejar, não tem que chamar a polícia pra lidar com questões que são da ordem de saúde mental.

B9: Cabe, então, especializar ou qualificar o SAMU, de preferência.

B10: Exatamente.

7.2 Atuação profissionais generalistas e especialistas: Ênfase na atuação de todos profissionais na área de drogas.

(...) B1: Não, acontece que tem dentro da equipe você tem enfermeiros, tem médicos, você tem agente comunitário. O agente comunitário circula, o médico uma vez por semana vai em casa faz atendimento domiciliar e a enfermeira também. Mas isso é um equipe que é da UBS.

(...) B2: A polícia vai pegar essa cara na rua que eu já trabalhei em Hospital Geral, ele pega na rua esse cara e ele coloca no Pronto Socorro do Hospital Geral. E o médico que tá lá vai atender e a equipe vai atender, SEMPRE sonhando com a equipe ideal que vai ter um psiquiatra que vá ajudar, é, a medicá-lo.

7.3 Assistência universal: Cobertura universal de toda população para assistência na área de álcool e outras drogas.

(...) A9: Aí a gente teria que pensar dentro do nosso ideal de atenção, que nós estamos aqui pensando numa questão de atenção integral pro usuário. A gente apostaria mais no serviço que seria de reinserção ou que ele também daria conta de uma parte de desintoxicação. Ou a gente deixaria a desintoxicação apenas pro serviço hospitalar, pra uma área hospitalar. A gente pode.

(...) C8: É o que hoje ele falou: gente tá num processo substitutivo do hospital psiquiátrico com os CAPS, tá? Pacientes crônicos como, você falou por exemplo, podem ser acompanhados pelos CAPS

C2: CAPS.

C1: É, não só com o CAPS. Com a rede completa.

C6: É.

C8 Com a rede completa, sim, claro. Eu digo assim, o CAPS como uma referência de mais complexidade/

C1: [eu discuto] uma, uma outra linha, né? de ==

C8: NÃO, de jeito nenhum. É a rede toda.

7.4 Melhorar a infraestrutura dos serviços: Destaque para aspectos de infraestrutura como forma de melhorar os serviços existentes na rede:

(...) C2: pego um CAPS exatamente um CAPS que tenha possibilidade é, é de uma estrutura melhor, que tem em hospital, só que com especialistas em dependência química.

(...) C6: Ou seja, a gente conclui que para o transporte de alguém que ta em crise ou que ta em recuperação é importante ter um aparelho equipado, não só tecnicamente, como com recursos humanos pra isso que é o SAMU.

7.5 Potencialização do CAPS: Refere-se a maior estruturação dos CAPS para a oferta de cuidado aos diferentes perfis epidemiológicos vigentes, atendendo tanto os casos mais graves quanto os menos complexos.

(...) B10: Porque Sílvia pode ter atendimento do CAPS inclusive no domicílio/. Urgência e emergência, a desintoxicação tem vários graus, a pessoa tá lá em casa, não quer sair, vai lá equipe lá, tem um cara lá.

(...) C6: /Ampliar as ações do CAPS./

C2: De repente mais aberto, com uma permanência MAIOR e com apoio ai do hospital geral, de ficar e estender um pouco mais.

C6: Seria um CAPS III “turbo”.

8 Classificação das modalidades de cuidado

8.1 Informação insuficiente: Os conceitos-chave apresentados na oficina para a definição das modalidades de cuidado foram considerados insuficientes ou ambíguos.

(...) A10: Eu acho que talvez essa linguagem aqui de baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade ela traz um pouco de confusão. É a complexidade aqui na área de saúde ela é usado de uma forma, na política de assistência ela é usada de outra dorma /é é. A divisão de território é diferente = = eu entendi que quando falo suporte residencial eu tinha entendido que pessoa estava em casa e qual o suporte que ela teria de atendimento e ela ia até casa o que ela ia até um determinado serviço.

(...) B10: Sabe o que ficou meio assim em dúvida, por exemplo, vocês tão pedindo que a gente coloque assim, o que seria O IDEAL né? Porque, assim, uma coisa é a realidade que a gente tem/, outra coisa é o que a gente, o que, tá proposto até pelas portarias e aquilo que a gente [acha] além

das portarias, o que a gente acha que seria melhor que. Então esse é o melhor que/? O que a gente acha, então é o ideal.

8.2 Inadequabilidade à realidade brasileira: Não correspondência entre o modelo proposto pela OMS e a realidade dos serviços brasileiros.

(...) C7: /Gente, eu queria entender com tanta propriedade como vocês falam, né? Mas, não entendo ainda. Mas eu queria dar uma sugestão aqui, né? Eu percebo que a gente tá participando, na verdade, de um método que foi aplicado lá no Canadá, tudo bem? Estamos adaptando pra nossa, pra nossa realidade, né? Que as categorizações tais quais foram mostradas pra nós aqui, elas não estão ainda = = legal/entendeu? Porque uma coisa pra nós pode ser, pode se encaixar em várias outras/ e pra um trabalho isso não é interessante = = então, ou a gente, né, redefine, mas isso, é claro, só pra gente pensar a médio, longo prazo / A gente redefine essas categorias/ ou então a gente faz um mapeamento, um remapeamento de todos os serviços que oferece pra gente poder entender qual/, qual é o papel de cada um, entendeu? Mas isso ai é uma questão pra gente discutir/ como um trabalho.

(...) A8: Eu tava falando pra Daniela, acho que essa matriz, ela tem uma questão, não sei se o enunciado, acho que confunde um pouco com os estágios e as fases de atendimento do suporte de desintoxicação.

13. APÊNDICE B

13.1 Variáveis da versão do World Mental Health Survey para o Composite International Diagnostic Interview utilizadas no estudo 2

Código	Variável
SU3	Frequência com que tomou no mínimo uma dose nos últimos 12 meses
HEAVY_PY	Beber pesado episódico nos últimos 12 meses
DSM5_AUD_12	Diagnóstico do DSM-V para Transtorno devido ao uso de álcool nos últimos 12 meses
DSM5_DRU_12	Diagnóstico do DSM-V para Transtorno devido ao uso de drogas nos últimos 12 meses
SU55C	Já utilizou maconha ou haxixe nos últimos 12 meses
SU56C	Já utilizou alguma forma de cocaína nos últimos 12 meses
SU57C	Já utilizou outras substâncias nos últimos 12 meses
SU55D	Frequência com que utilizou maconha ou haxixe nos últimos 12 meses
SU56D	Frequência com que utilizou alguma forma de cocaína nos últimos 12 meses
SU57D	Frequência com que utilizou outras substâncias nos últimos 12 meses
SU103	Recebeu tratamento para uso de álcool ou outras drogas nos últimos 12

	meses
SU39A a SU39D	Escala de interferência do uso de álcool nos últimos 12 meses
SU86F1 a SU86F4	Escala de interferência do uso de drogas nos últimos 12 meses
cc12	Incapacidade de realizar atividades nos últimos 12 meses devido a doença crônica
cc10A a cc10B	Escala de interferência de doenças crônicas nos últimos 12 meses
mddh12	Diagnóstico do DSM IV de depressão maior nos últimos 12 meses
d66A a d66D	Escala de interferência da depressão nos últimos 12 meses
dysh12	Diagnóstico do DSM IV de distimia nos últimos 12 meses
bip12	Diagnóstico do DSM IV de transtorno bipolar nos últimos 12 meses
m27A a m27d	Escala de interferência da mania nos últimos 12 meses
pds12	Diagnóstico do DSM IV de pânico nos últimos 12 meses
pd44A a pd44A	Escala de interferência do pânico nos últimos 12 meses
sp12	Diagnóstico do DSM IV de fobia específica nos últimos 12 meses
sp23A a sp23D	Escala de interferência de fobia específica nos últimos 12 meses
so12	Diagnóstico do DSM IV de fobia social nos últimos 12 meses
so21A a so21D	Escala de interferência de fobia social nos últimos 12 meses
sp12	Diagnóstico do DSM IV de fobia específica nos últimos 12 meses
sp23A a sp23D	Escala de interferência de fobia específica nos últimos 12 meses

so12	Diagnóstico do DSM IV de fobia social nos últimos 12 meses
so21A a so21D	Escala de interferência de fobia social nos últimos 12 meses
agp12	Diagnóstico do DSM IV de agorafobia sem pânico nos últimos 12 meses
ag20A a ag20D	Escala de interferência de agorafobia sem pânico nos últimos 12 meses
gadh12	Diagnóstico do DSM IV de ansiedade generalizada nos últimos 12 meses
g38A a g38D	Escala de interferência de ansiedade generalizada nos últimos 12 meses
iedh12	Diagnóstico do DSM IV de transtorno explosivo intermitente nos últimos 12 meses
ied26A a ied26D	Escala de interferência de transtorno explosivo intermitente nos últimos 12 meses
oddh12	Diagnóstico do DSM IV de transtorno de oposição e desafio nos últimos 12 meses
od8A a od8D	Escala de interferência de transtorno de oposição e desafio nos últimos 12 meses
cd12	Diagnóstico do DSM IV de transtorno de conduta nos últimos 12 meses
sad12	Diagnóstico do DSM IV de ansiedade de separação nos últimos 12 meses
sa25A a sa25D	Escala de interferência de ansiedade de separação nos últimos 12 meses
add12	Diagnóstico do DSM IV de déficit de atenção / hiperatividade nos últimos 12 meses
ad48A a ad48D	Escala de interferência de déficit de atenção / hiperatividade nos últimos

	12 meses
SR122	Nos últimos 12 meses achou que pudesse estar precisando de ajuda profissional para seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SR2	Alguma vez na vida passou a noite em um hospital para receber ajuda por seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SR5A	Quando passou a noite em um hospital
SR8	Nos últimos 12 meses, foi hospitalizado mais de um dia devido a problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SU95	Alguma vez na vida já conversou com um médico ou outro profissional sobre o uso de substâncias
SR20	Conversou com um psiquiatra nos últimos 12 meses sobre seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SR28	Conversou com um médico nos últimos 12 meses sobre seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SR41	Conversou com um psicólogo nos últimos 12 meses sobre seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SR49	Conversou com um assistente social nos últimos 12 meses sobre seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas

SR67	Conversou com outros profissionais de saúde mental nos últimos 12 meses sobre seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas
SR75	Conversou com outras profissionais de saúde geral nos últimos 12 meses sobre seus problemas emocionais ou seu uso de álcool e outras drogas

13.2 Script para obtenção dos dados do banco do World Mental Health Survey/ Região

Metropolitana de São Paulo

- Passo 1 – As variáveis foram classificadas em cinco conjuntos, formando:**

Critérios A – Álcool

Critérios B – Drogas

Critérios C – Condições crônicas

Critérios D – Transtornos de saúde mental

Critérios E – Utilização de Serviços/Necessidade Percebida para Uso (USNP)

- Passo 2 – Os critérios foram combinados, de modo a dividir a amostra nas seguintes categorias:**

Categoria 1: Critério A & Critério B

Categoria 2: Critério A ou Critério B

Categoria 3: Critério A ou Critério B

Categoria 4: Critério A ou Critério B

Categoria 5: (Critério A & Critério C & Critério D) ou (Critério B & Critério C & Critério D)

Categoria 2 USNP: (Critério A & Critério E) ou (Critério B & Critério E)

Categoria 3 USNP: (Critério A & Critério E) ou (Critério B & Critério E)

Categoria 4 USNP: (Critério A & Critério E) ou (Critério B & Critério E)

Categoria 5 USNP: (Critério A & Critério C & Critério D & Critério E) ou (Critério B & Critério C & Critério D & Critério E)

Observação: Em cada categoria, os critérios A e B combinam diferentes variáveis e/ou lógicas.

Portanto, o critério A da Categoria 1 não é o mesmo critério A da Categoria 2. O “A” apenas

significa que se refere a álcool. Já os critérios C, D e E são sempre compostos pelas mesmas variáveis e lógicas.

- **Categoria 1 – Abstêmios ou usuários de baixo risco**

DECISÃO: É categoria 1 Se Critério A for verdadeiro & Critério B também verdadeiro.

CRITÉRIO A – ÁLCOOL

(SU3 == 6) OU (SU3 == 5) & (HEAVY_PY == 0) & (DSM5_AUD_12 == 0) &

CRITÉRIO B – DROGAS

(SU55C == 5) & (SU56C == 5) & (SU57C == 5) OU (SU55D == 5) & (SU56D == 5) &

(SU57D == 5) & (DSM5_DRU_12 == 0)

- **Categoria 2 – Usuários com riscos e/ou danos**

DECISÃO: É Categoria 2 Se Critério A for verdadeiro OU Critério B também verdadeiro.

CRITÉRIO A – ÁLCOOL

(SU3 < 5) & (HEAVY_PY == 1 OU HEAVY_PY == 2] & (DSM5_AUD_12 = 0) OU

CRITÉRIO B – DROGAS

(SU55D < 5) OU (SU56D < 5) OU (SU57D < 5) & (DSM5_DRU_12 == 0)

- **Categoria 3 – Usuários com alto risco e/ou danos**

DECISÃO: É Categoria 3 Se Critério A for verdadeiro OU Critério B também verdadeiro.

CRITÉRIO A – ÁLCOOL

(DSM5_AUD_12 == 1) & (SR122 = 5) & (SU103 = 5) & (SU39A < 4 & SU39B < 4 & SU39C < 4 & SU39D < 4) OU

CRITÉRIO B – DROGAS

(DSM5_DRU_12 == 1) & (SR122 = 5) & (SU103 = 5) & (SU86F1 < 4 & SU86F2 < 4 & SU86F3 < 4 & SU86F4 < 4)

- **Categoria 4 – Usuários com danos crônicos**

DECISÃO: É Categoria 4 Se Critério A for verdadeiro OU Critério B também verdadeiro.

CRITÉRIO A – ÁLCOOL

(DSM5_AUD_12 == 1) & (SR122 == 1) OU (SU103 == 1) OU (SU39A >= 4 OU SU39B >= 4 OU SU39C >= 4 OU SU39D >= 4) OU

CRITÉRIO B – DROGAS

(DSM5_DRU_12 == 1) & (SR122 == 1) OU (SU103 == 1) OU (SU86F1 >= 4 OU SU86F2 >= 4 OU SU86F3 >= 4 OU SU86F4 >= 4)

- **Categoria 5 – Usuários com alta gravidade/complexidade**

DECISÃO: É categoria 5 se (Critério A & Critério C & Critério D) for verdadeiro ou (Critério B & Critério C & Critério D) também verdadeiro.

CRITÉRIO A – ÁLCOOL

DSM5_AUD_12 == 1 & (SR122 == 1) OU (SU103 == 1) OU (SU39A >= 4 OU SU39B >= 4 OU SU39C >= 4 OU SU39D >= 4) & / OU

CRITÉRIO B – DROGAS

DSM5_DRU_12 == 1 & (SR122 == 1 OU SU103 == 1 OU SU86F1 >= 4 OU SU86F2 >= 4 OU SU86F3 >= 4 OU SU86F4 >= 4)

CRITÉRIO C – CONDIÇÕES CRÔNICAS

cc12 > 0 & (cc10A >= 4 OU cc10B >= 4 OU cc10C >= 4 OU cc10D >= 4) &

CRITÉRIO D – TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL

(D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13) >= 2

D1 = 1 ((mddh12 = 1) & (d66A >= 4 OU d66B >= 4 OU d66C >= 4 OU d66D >= 4))

D2 = 1 ((dysh12 = 1) & (d66A >= 4 OU d66B >= 4 OU d66C >= 4 OU d66D >= 4))

D3 = 1 ((bip12 = 1) & (m27a >= 4 ou m27b >= 4 ou m27c >= 4 ou m27d >= 4))

D4 = 1 ((pds12 = 1) & (pd44A >= 4 OU pd44B >= 4 OU pd44C >= 4 OU pd44D >= 4))

D5 = 1 ((sp12 = 1) & (SP23A >= 4 OU SP23B >= 4 OU SP23C >= 4 OU SP23D >= 4))
 D6 = 1 ((so12 = 1) & (SO21A >= 4 OU SO21B >= 4 OU SO21C >= 4 OU SO21D >= 4))
 D7 = 1 ((ag12 = 1) & (ag20A >= 4 OU ag20B >= 4 OU agG20C >= 4 OU ag20D >= 4))
 D8 = 1 ((gadh12 = 1) & (g38A >= 4 OU g38B >= 4 OU g38C >= 4 OU g38D >= 4))
 D9 = 1 ((iedh12 = 1) & (ied26A >= 4 OU ied26B >= 4 OU ied26C >= 4 OU ied26D >= 4))
 D10 = 1 ((oddh12 = 1) & (od8A >= 4 OU O=od8B >= 4 OU od8C >= 4 OU od8D >= 4))
 D11 = 1 ((cd12 == 1))
 D12 = 1 ((sad12 = 1) & (sa25A >= 4 OU sa25B >= 4 OU sa25C >= 4 OU sa 25D >= 4))
 D13 = 1 ((add12 = 1) & (ad48A >= 4 OU ad48B >= 4 OU ad48C >= 4 OU ad48D >= 4))

▪ Critério E – USNP

SU103 == 1 OU SR122 ==1 OU (SR2 == 1 & SR5A < 4) OU SR8 = 1 OU (SU95 == 1 & (SR20 < 4 OU SR28 < 4 OU SR41 < 4 OU SR49 < 4 OU SR67 < 4 OU SR75 < 4))

Categoria 2 USPN: Decisões Categoria 2 & Critério E

Categoria 3 USPN: Decisões Categoria 3 & Critério E

Categoria 4 USPN: Decisões Categoria 4 & Critério E

Categoria 5 USPN: Decisões Categoria 5 & Critério E

14. APÊNDICE C

14.1 Questionário de Construção de Estimativas para a Alocação de Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede Atenção Psicossocial (QCE)

Considerando a sua experiência com o atendimento de usuários de álcool e outras drogas que fazem parte da população geral, domiciliada, com idade acima de 18 anos, responda as questões abaixo. Todas as questões a seguir são sobre os pontos de atenção que compõem a rede assistencial para o usuário de álcool e outras drogas. Esta é uma atividade para conhecermos quais pontos de atenção os usuários deveriam acessar de acordo com o nível de gravidade de riscos e danos associados ao uso de substâncias.

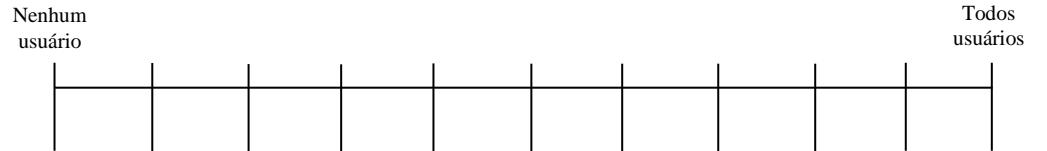
Instruções:

- Ao responder o questionário, você deve considerar quais pontos de atenção o usuário de álcool e outras drogas necessita de acordo com o nível de gravidade do seu uso de substâncias (categorias 2 a 5) – e não o que de fato ocorre na sua realidade.
- Para a construção das suas estimativas, caso os usuários necessitem de tais pontos de atenção, considere que o acesso aos mesmos seria plenamente possível.
- As suas estimativas devem ter como referência as categorias de gravidade de 2 a 5, e você deve considerar usuários domiciliados. Esta atividade não é destinada para usuários com altas vulnerabilidades sociais e familiares, como a população em situação de rua. Outras populações, como crianças e adolescentes, indígenas, também não devem ser considerados na construção de suas estimativas.
- Em cada categoria de gravidade, a soma das porcentagens não precisa totalizar 100%, já que os usuários podem necessitar de vários equipamentos.
- Considere o período de um ano de cuidados para a alocação dos usuários nos pontos de atenção.

Categoria 2 – Usuários com riscos e /ou danos associados

(1) Usuários de álcool que relataram ter ao menos um beber pesado episódico no último ano (mulheres que consumiram quatro ou mais doses ou homens que consumiram cinco ou mais doses, em única ocasião); (2) Usuários de drogas que utilizaram alguma substância pelo menos uma vez ao mês no último ano. (3) Tais usuários não são dependentes de álcool ou outras drogas.

Assinale qual a proporção de usuários da **categoria 2 (usuários com riscos e/ou danos associados)** você estima que necessitaria de cuidados ofertados pelos seguintes pontos de atenção:



Pontos de atenção e exemplos de serviços

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

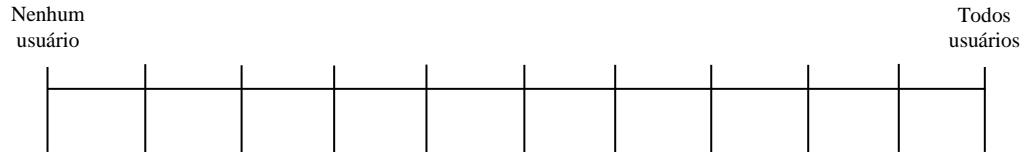
Atenção Básica (UBS, ESF/NASF, CRAS, Centros de Convivência,...)											
Urgência e Emergência (UPA, SAMU,...)											
Atenção Hospitalar (Hospital geral, pronto socorro, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD II, centros de saúde mental, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada / Acolhimento Noturno (CAPS AD III)											
Atenção Residencial (Unidade de Acolhimento)											
Reabilitação Psicossocial (Cooperativas, Pontos de Culturas,...)											

Justificativa/Racionalidade:

Categoria 3 – Usuários com alto risco e/ou danos associados

(1) Usuários de álcool preenchem os critérios do DSM-V para transtorno pelo uso de álcool ou pelo uso de outras drogas no último ano.

Assinale qual a proporção de usuários da **categoria 3 (usuários com alto risco e/ou danos associados)** você estima que necessitaria de cuidados ofertados pelos seguintes pontos de atenção:

**Pontos de atenção e exemplos de serviços**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

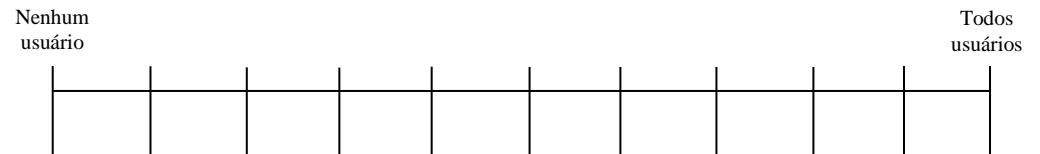
Atenção Básica (UBS, ESF/NASF, CRAS, Centros de Convivência,...)											
Urgência e Emergência (UPA, SAMU,...)											
Atenção Hospitalar (Hospital geral, pronto socorro, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD II, centros de saúde mental, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada / Acolhimento Noturno (CAPS AD III)											
Atenção Residencial (Unidade de Acolhimento)											
Reabilitação Psicossocial (Cooperativas, Pontos de Culturas,...)											

Justificativa/Racionalidade: _____

Categoria 4 – Usuários com danos crônicos

(1) Usuários que contemplam os critérios da categoria 3; (2) Receberam tratamento profissional para uso de álcool ou drogas no último ano; (3) O uso de álcool ou drogas interferiu de forma moderada a muito intensa em pelo menos uma das seguintes atividades no último ano: afazeres domésticos, escola/trabalho, relacionamentos, vida social.

Assinale qual a proporção de usuários da **categoria 4 (usuários com danos crônicos)** você estima que necessaria de cuidados ofertados pelos seguintes pontos de atenção:

**Pontos de atenção e exemplos de serviços**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

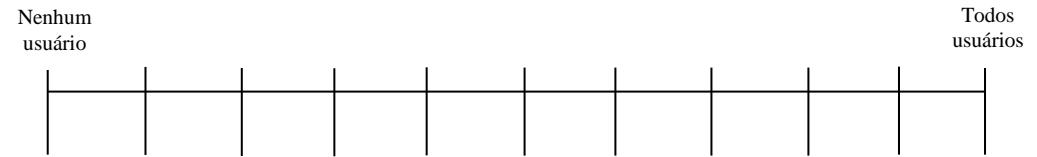
Atenção Básica (UBS, ESF/NASF, CRAS, Centros de Convivência,...)											
Urgência e Emergência (UPA, SAMU,...)											
Atenção Hospitalar (Hospital geral, pronto socorro, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD II, centros de saúde mental, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada / Acolhimento Noturno (CAPS AD III)											
Atenção Residencial (Unidade de Acolhimento)											
Reabilitação Psicossocial (Cooperativas, Pontos de Culturas,...)											

Justificativa/Racionalidade: _____

Categoria 5 – Usuários com alta gravidade/complexidade

(1) Usuários que contemplam os critérios da categoria 4; (2) Apresentaram diagnóstico do DSM-IV para pelo menos dois dos seguintes transtornos mentais no último ano: depressão, depressão maior, mania, fobia específica, pânico, fobia social, agorafobia, ansiedade generalizada, transtorno explosivo intermitente, déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de oposição e desafio, transtorno de conduta, ansiedade de separação; Os transtornos apresentados interferiram de forma moderada a muito intensa em pelo menos uma entre quatro atividades no último ano (afazeres domésticos, escola/trabalho, relacionamentos, vida social); (3) Usuários que se sentiram incapazes de realizar atividades habituais por conta de doença aleatória por pelo menos um dia no último ano; A doença apresentada interferiu de forma moderada a muito intensa em pelo menos uma das quatro atividades no último ano.

Assinale qual a proporção de usuários **da categoria 5 (usuários com alta gravidade/complexidade)** você estima que necessitaria de cuidados ofertados pelos seguintes pontos de atenção:



Pontos de atenção e exemplos de serviços

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Atenção Básica (UBS, ESF/NASF, CRAS, Centros de Convivência,...)											
Urgência e Emergência (UPA, SAMU,...)											
Atenção Hospitalar (Hospital geral, pronto socorro, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD II, centros de saúde mental, ...)											
Atenção Psicossocial Especializada / Acolhimento Noturno (CAPS AD III)											
Atenção Residencial (Unidade de Acolhimento)											
Reabilitação Psicossocial (Cooperativas, Pontos de Culturas,...)											

Justificativa/Racionalidade: _____

Comentários