

REGINA APARECIDA DE MELO BAGNOLLI

**OBSTÁCULOS E DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS AD: ESTUDO DE
CASO EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014

REGINA APARECIDA DE MELO BAGNOLLI

**OBSTÁCULOS E DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS AD: ESTUDO DE
CASO EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Socioeducativos

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

Co-orientador: Prof. Dr. Walter Melo

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, por sempre fazer-se presente em minha vida, iluminando e abençoando minhas escolhas.

Ao meu pai, **Luis**, agradeço por TUDO; faltam-me palavras para agradecer-lhes por toda dedicação e esforço para comigo. E minha mãe, **Ironeide**, mesmo estando junto a Deus, acredito que esteve comigo em todos os momentos.

Ao meu marido, **Wagner**, por sua paciência e por sempre acreditar em mim. Agradeço ainda por sua disposição em não medir esforços para a realização de todos os meus sonhos.

Ao meu filho, **Luiz Henrique**, agradeço pelo carinho proporcionado nos momentos mais angustiantes, que me confortavam e davam força para prosseguir.

Aos meus irmãos, **Eder, Jane, Douglas e Alice**, agradeço pelo incentivo e carinho.

Aos meus cunhados **Erick, Ricardo** e cunhada **Raquel** pela amizade.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **Marcelo Dalla Vecchia**, que acreditou em mim e no meu projeto de pesquisa desde o início. Obrigada pela dedicação, paciência e pela experiência e conhecimentos compartilhados. Suas ponderações contribuíram irrevogavelmente em minha formação.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. **Walter Melo Júnior**, por sua seriedade e por todas as aprendizagens que também me proporcionou, pois, com certeza, enriqueceram muito o meu trabalho.

Ao Prof. Dr. **Marcos Vieira Silva** e à Profa. Dra. **Amanda Márcia dos Santos Reinaldo**, agradeço a disponibilidade e atenção ao aceitar fazer parte da minha Qualificação e do Exame de Defesa desta dissertação, para a qual trouxeram contribuições inestimáveis.

Ao **Programa de Mestrado em Psicologia** e aos **professores** das disciplinas oferecidas

A amiga **Kenny**, com quem estive presente durante todo o período da elaboração do projeto. Agradeço imensamente pelas palavras de conforto nos momentos de angústias. Acredito que sem a sua colaboração e amizade não teria conseguido realizar esse sonho.

À **Maria Mercês Sabino**, com quem pude compartilhar muitas ansiedades durante a elaboração da pesquisa.

Agradeço aos **colegas Yone, Kellen, Cristiane, Michele, Marize e Isabela** companheiros importantes nesta trajetória.

Enfim, muito obrigada a todas as pessoas que me ajudaram a chegar até aqui.

Obstáculos são aqueles perigos que você vê quando tira os olhos de seu objetivo!

(Henry Ford)

RESUMO

Os transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas constituem atualmente um dos maiores desafios à saúde pública em vários países do mundo. Por isso, foram criados serviços como os Centros de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPS AD), voltados para o atendimento dessa demanda no Brasil. Considerando-se a implantação de vários serviços dessa modalidade, investiga-se o processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em um município do Estado de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que tem como objetivo coletar dados descritivos mediante contato direto e interativo do investigador com o objeto de estudo. Foi utilizado o método de estudo de caso, que utiliza várias fontes de informação coletadas em diferentes momentos e situações ocorridas com diferentes informantes. Para a coleta de dados deste estudo foram realizadas: observação participante, entrevistas formais e informais, fotografias, documentos e diário de campo. A entrevista envolveu três sujeitos: um coordenador de Saúde Mental, um servidor da rede de atenção psicossocial e um Promotor de Justiça. Para tanto, a pesquisa se processou a partir das seguintes etapas: a primeira etapa permitiu identificar como ocorreu a elaboração e aprovação do projeto do CAPS AD; a segunda etapa está relacionada ao processo de implantação do CAPS AD durante a transição das Gestões Municipais; e, finalmente, na terceira etapa foi abordado o processo da implantação do CAPS AD, após a posse da nova gestão municipal. Dessa forma, esta investigação fornece dados que contribuem para o conhecimento de como o processo de implantação do CAPS AD tem sido construído, com a identificação de aspectos que podem servir de referências para práticas futuras. Além disso, permite também refletir como ocorrem as elaborações e ações de projetos no campo das políticas públicas.

Palavras-chave: Álcool e outras drogas; Implantação de serviços; Centros de Atenção Psicossocial; Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The problems caused by harmful of alcohol and other drugs currently constitute a major challenge to public health in many countries worldwide. For this reason, there has been created services such as Centers of Psychosocial Attention -- Alcohol and other drugs (CAPS AD), aimed at meeting this demand in Brazil. Considering the deployment of several services of this kind, this dissertation investigates the process of implementation of the Center for Psychosocial Care - Alcohol and Drugs (CAPS AD) in a city in the state of Minas Gerais. This is a qualitative research that aims to collect descriptive data on direct and interactive contact of the investigator with the object of study. The case study method, which uses multiple sources of information collected at different times and situations that occurred with different informants, was used. To collect data for this study were conducted: participant observation, formal and informal interviews, photographs, documents and field diary. The interview involved three subjects: a coordinator of Mental Health, a server of the psychosocial care network and a public prosecutor. To this end, the research has proceeded through the following steps: the first step allowed us to identify how the drafting and approval of the CAPS project was ad; the second stage is related to the process of implementation of CAPS AD during the transition of Managements Halls; and finally, the third step was approached the process of deploying CAPS AD, after the inauguration of the new school board. Thus, this research provides data that contribute to the knowledge of how the process of implementing the CAPS AD has been built with the identification of aspects that can serve as references for future practices. It also enables us to reflect about how elaborations of projects and actions in the field of public policy were undertaken.

Keywords: Alcohol and other drugs; Deployment of services; Psychosocial Care Centers; Psychiatric reform.

LISTAS DE SIGLAS

ABIA- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABORDA- Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos
AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIS- Ações Integradas de Saúde
CAGEC- Cadastro Geral de Convenientes
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCC- Centro de Convivência e Cultura
CPPII- Centro Psiquiátrico Pedro II (atual IMAS Nise da Silveira)
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEPES- Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CERSAN- Centro de Referência em Saúde Mental
CIB- Comissões Intergestoras Bipartite
CJM- Colônia Juliano Moreira
CNS- Conferência Nacional de Saúde
CODI- Centro de Operações de Defesa Interna
COMAD- Conselho Municipal sobre Drogas
CONAD- Conselho Nacional Antidrogas
CONASP- Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONFEN- Conselho Federal de Entorpecentes
COSEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CSM- Coordenação de Saúde Mental
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental
DRA - Diretoria de Redes Assistenciais
DOI- Departamento de Operações e Informações
ECR- Equipe de Consultório na Rua
ESF- Estratégia Saúde da Família
FUNEMP – Fundo Especial do Ministério Público

GAPA- Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS
GEICOM - Gerenciador de Indicadores Compromissos e Metas
GM- Gabinete do Ministro
GRS- Gerências Regionais de Saúde
I CNSM- I Conferência Nacional de Saúde Mental
IAPI- Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHRA - International Harm Reduction Association –
IMAS Nise da Silveira- Instituto Municipal de Assistência Nise da Silveira
INPAD- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas
MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social
MPMG- Ministério Público do Estado de Minas Gerais
MS- Ministério da Saúde
MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OAB- Ordem dos Advogados do Brasil
OMS-Organização Mundial de Saúde
ONGs- Organizações Não governamentais
ONU- Organização das Nações Unidas
OPS - Organização Pan-americana de Saúde
PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAD- Programa de Apoio à Desospitalização
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PNAD- Política Nacional Antidrogas
PPGPSI- Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PREV-SAÚDE- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
PTI- Projeto Terapêutico Individual
RTSM - Referência Técnica em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

REDUC- Rede Brasileira de Redução de Danos

RELARD- Rede Latino-Americana de Redução de Danos

REME- Movimento de Renovação Médica

SAMU- Sistema de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD- Secretaria Nacional Antidrogas

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SISNAD- Sistema Nacional Antidrogas

SRS- Secretarias Regionais de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SRAS - Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

SUBPAS- Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

TAC- Termo de Ajustamento e Conduta

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UFSJ- Universidade Federal de São João del-Rei

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	15
2.1 Histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	15
2.2 A dimensão social nos serviços substitutivos de saúde mental.....	22
3 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	27
3.1 CAPS como nova proposta de atendimento.....	32
4 POLÍTICAS SOBRE DROGAS.....	37
4.1 História e evolução das drogas.....	37
4.2 Políticas sobre drogas no Brasil.....	40
4.3 Políticas de Redução de Danos no Brasil.....	45
4.4 O papel do CAPS AD no cenário da política sobre drogas	47
5. OBJETIVOS.....	51
5.1 Objetivo geral.....	51
5.2 Objetivos específicos.....	51
6 MÉTODO.....	52
6.1 Coleta das informações de pesquisa.....	52
6.2 Fase exploratória.....	54
6.3 Trabalho de campo.....	55
6.3.1 Instrumentos de coleta de informações da pesquisa.....	56
6.4 Análise do material empírico e documental.....	58
6.5 Considerações éticas.....	59
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
7.1. Elaboração e aprovação do projeto do CAPS AD.....	61
7.2 Processo de implantação do CAPS AD durante a transição das gestões municipais.....	68

7.3 Processo de implantação do CAPS AD durante a nova gestão municipal.....	76
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
10 ANEXOS.....	108
ANEXO 1- Projeto de Implantação CAPS AD.....	108
ANEXO 2- Deliberação CIB-SUS/MG n 902, de 21 de Setembro de 2011.....	118
ANEXO 3- Resolução SES/MG n 2.938, de 21 de Setembro de 2011.....	120
ANEXO 4- Reunião da CIB Microrregional.....	125
ANEXO5- Plano de Aplicação de Recursos Financeiros.....	127
ANEXO 6- Documentações do CAPS AD.....	129
ANEXO 7- Resolução SES/MG n 3.025, de 01 de Dezembro de 2011.....	134
ANEXO 8- Solicitação de Intervenção junto ao CAPS.....	136
ANEXO 9- Edital de Licitação.....	137
ANEXO 10- Ata do Pregão Presencial.....	152
ANEXO 11- Itens Apregoados.....	153
ANEXO 12- Termo de Ajustamento de Conduta.....	156
ANEXO 13- Extrato da Conta Corrente.....	163
ANEXO 14- Resolução SES/MG Nº 3.548, de 7 de Dezembro de 2012.....	164
ANEXO 15- Cronograma de Implantação do CAPS AD.....	166
ANEXO 16- Resolução SES/MG Nº 4.446, de 20 de Agosto de 2014.....	168
ANEXO 17- Roteiro de entrevista coordenadora de saúde mental.....	170
ANEXO 18- Termo de Esclarecimento.....	171
ANEXO 19- Termo de Consentimento Livre, após Esclarecimento.....	172
ANEXO 20- Protocolo Comitê de Ética.....	173

1- INTRODUÇÃO

A relação do homem com as substâncias psicoativas atravessa a história da humanidade, uma vez que, ao longo dos tempos, estas têm sido utilizadas em rituais religiosos, recreativos e medicinais (Machado, 2006). A origem da palavra droga, segundo Adiala (2011), pode ser derivada da expressão alemã *droghe vate*, que indicava o recipiente onde se guardavam ervas secas, ou da palavra de origem holandesa *droog*, que significa seco. As drogas usadas com o objetivo de cura eram chamadas drogas medicinais. A derivação da palavra droga originou a palavra drogaria, *que significava inicialmente uma coleção de drogas, passando em seguida a designar o local onde se guardavam as drogas e, finalmente, o comércio de drogas* (p. 3).

Alguns produtos utilizados na alimentação, na prática curativa e na manufatura geralmente de origem vegetal – entre os quais a pimenta, a canela, o açúcar, o café, o tabaco e o ópio – eram considerados drogas, desde o século XV ao século XIX. O consumo de substâncias psicoativas começou a ter novas implicações a partir do século XIX, quando despertou o interesse da classe médica devido aos efeitos medicamentosos (Adiala, 2011). No século XX, o consumo se popularizou, tornando-se uma fonte de prazer e não mais com finalidades diretamente terapêuticas com base nos critérios médicos. A cocaína começou a ser comercializada livremente. Assim, a expansão dessas substâncias e seu consumo se tornaram desatrelados de contextos socioculturais capazes de regulamentá-las, causando danos à saúde e riscos sociais (Alves, 2009).

As alterações produzidas pelas substâncias dependem do tipo e da quantidade consumida, podendo causar alterações físicas, psíquicas e comportamentais. Essas substâncias podem agir diretamente no sistema nervoso central, produzindo efeitos inibitórios, excitatórios, depressivos, delirantes, alucinatórios ou de relaxamento muscular, desorientação, entre outros. Os usuários podem ser expostos a situações de violência, como homicídios, suicídios, conflitos familiares e interpessoais, causar acidentes de trânsito, envolvimento com tráfico e outras atividades que causem danos e riscos à saúde física e social (Alves, 2009).

Os transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e de outras drogas constituem atualmente um dos maiores desafios à saúde pública em vários países do mundo. Com isso, foram produzidos estudos epidemiológicos que permitem verificar a extensão do uso, prejudicial ou não, dessas substâncias no Brasil. De acordo com o Instituto Nacional de

Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) (2014), em uma pesquisa realizada no ano de 2012 observou-se que a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Em uma população de 134.370.019 de brasileiros adultos, 7,8 milhões já usaram maconha pelo menos uma vez na vida, ou seja, 5,8%. Entre os adolescentes dentre quase 14 milhões, 597 mil adolescentes (4,3%) de já fizeram uso dessa substância. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declaram ter usado e 3,4% dos adolescentes, representando mais de 3 milhões de adultos e 478 mil adolescentes em todo país. De acordo com a mesma pesquisa,

A prevalência uso da cocaína uma vez na vida pela população adulta observada é de 3,8%, representando cerca de 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, sendo que a Prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada é de 1,7% - representando mais de 2 milhões de brasileiros. No caso dos adolescentes, 2,3% dos adolescentes declararam ter utilizado pelo menos uma vez na vida cocaína e 1,6% deles declararam ter utilizado nos últimos 12 meses – representando cerca de 225 mil adolescentes em todo país (p. 56-57).

A quarta maior prevalência de consumo entre adolescentes, apenas atrás de maconha, cocaína e solventes foram os estimulantes, a prevalência do uso foi de 1,3% alguma vez na vida e 0,9% nos últimos 12 meses: *Entre adultos a prevalência dessa mesma substância é de 2,7% alguma vez na vida e de 1,1% nos últimos 12 meses – representando quase 1,5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais* (INPAD, 2014, p. 57).

O mesmo estudo revelou que a prevalência do uso de crack na população adulta alguma vez na vida observado foi de 1,3%, representando mais de 1,7 milhões de brasileiros. O uso de crack nos últimos 12 meses foi de 800 mil brasileiros, uma média de 0,7%. A Prevalência nos últimos 12 meses do uso de crack na vida entre os jovens de 14 a 17 anos foram de respectivamente 0,8% e 0,1%. Importante destacar que a população de rua não está contemplada na amostra (INPAD, 2014).

Em relação às interações entre drogas e violência, uma pesquisa realizada no Hospital Miguel Couto, no Rio de Janeiro, mostra que, das 188 agressões atendidas, 37% tiveram relação com o uso de drogas. Tais dados apontam que, a cada três agressões, uma envolveu o consumo de drogas (Deslandes & Minayo, 1998). Com esse aumento desenfreado dos números de usuários, observa-se que há necessidade de políticas públicas voltadas para a

prevenção, controle e tratamento daqueles que conseguem procurar ajuda, antes que o uso abusivo das drogas acabe levando-os a prejuízos irreversíveis.

Durante o período da pesquisa, temos observado um aumento do número de usuários de álcool e de outras drogas à procura de atendimento psiquiátrico, clínico e terapêutico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Com esse aumento da demanda, a prefeitura informou que, até o final do primeiro semestre do ano de 2014, ocorreria a abertura de um novo CAPS, voltado para atender a uma clientela composta de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas.

O presente trabalho teve como objetivo investigar o processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em um município da região do Estado de Minas Gerais. O interesse da pesquisadora foi devido a experiência como enfermeira em um CAPS.

Buscou-se, assim, identificar como ocorreram os processos relacionados à implantação do CAPS AD. Esta pesquisa se justifica pela escassez de estudos de caso que permitam delinear e descrever o que ocorre desde o momento de levantamento de necessidades e planejamento a implantação do serviço. Ademais, trata-se de um momento único que está ocorrendo atualmente na região. Assim, uma questão advinda do próprio campo empírico convenceu a pesquisadora da relevância de pesquisar o processo de implantação do novo dispositivo de saúde.

2- A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Segundo Amarante (1995), o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu a partir da conjuntura da redemocratização no fim da década de 1970 com críticas ao sistema de saúde mental, mais especificamente às instituições psiquiátricas clássicas. O modelo hospitalocêntrico foi criticado juntamente com o saber psiquiátrico. Nesse mesmo período, houve questionamento e denúncias da violência perpetrada nos manicômios, com o objetivo de elaborar propostas de modificação do modelo asilar (Delgado et al., 2007; Devera & Rosa, 2007).

2.1- Histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Dada a insatisfação da população com o regime militar autocrático, devido à privação de liberdade e perda da participação social pelas classes baixa e média, fez-se crescer a presença dos cidadãos na política do país, problematizando as condições de trabalho, a organização do poder e as políticas sociais e econômicas. Começaram a aparecer manifestações da imprensa, greves de setores públicos e movimentos sociais, fazendo com que a política ditatorial realizasse atentados para manter-se no poder, como a agressão ao Bispo Dom Adriano Hipólito¹, bombas lançadas no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) e a morte do operário Manoel Fiel Filho² (Amarante, 2003).

A partir desses movimentos, partidos políticos, sindicatos, associações e movimentos sociais começam a se insurgir e, com isso, ocorrem também as primeiras manifestações no campo da saúde. Dentre elas, desenvolveu-se o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), originado das denúncias de várias associações de psiquiatria e psicologia, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)³, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB),

¹ D. Adriano Hipólito era bispo, representante de uma instituição com peso institucional como a Igreja Católica. Tinha opção político-pastoral à frente da Diocese de Nova Iguaçu, que acolhia pessoas perseguidas pelo regime militar, incentivando os católicos à participação política e apoiando as iniciativas coletivas para melhoria dos serviços públicos (Serafim, 2011).

² Manoel Fiel Filho trabalhava como metalúrgico quando migrou para São Paulo nos anos 1970. Casado e pai de duas filhas, nasceu em janeiro de 1927. Foi preso no dia 16 de janeiro de 1976, ao meio-dia, na fábrica onde trabalhava, a Metal Leve, por agentes do Departamento de Operações e Informações (DOI) – Centro de Operações de Defesa Interna (CODI) –, acusado de pertencer ao Partido Comunista Brasileiro, PCB (Sá, 2011).

³ O CEBES, fundado por Davi Capistrano Filho, existe há 32 anos na área social da saúde, sendo uma das associações brasileiras a discutir as políticas de saúde, com questionamentos aos modelos vigentes de políticas públicas, construindo, assim, políticas alternativas ao Estado (Amarante, 2003)

Movimento de Renovação Médica (REME), com denúncias ao governo militar sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica (Amarante, 2003; Goulart, 2006).

O episódio conhecido como a “Crise do DINSAM”, que era a Divisão Nacional de Saúde Mental⁴, segundo Amarante (2003), foi considerado um dos principais eventos para o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, com denúncias, críticas e reivindicações. Deflagrado no Rio de Janeiro, teve uma repercussão em nível nacional. A mobilização dos profissionais e estagiários do DINSAM encontrava eco no CEBES e no REME, com crítica ao modelo sanitário brasileiro e corporativo/trabalhista. Diante desses fatos,

Os profissionais das quatro unidades da DINSAM⁵, todas do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CCPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais (Amarante, 2003, p. 51).

As condições indignas que a assistência hospitalar psiquiátrica ofertava no município de Barbacena aos usuários vieram a público, sendo registradas e comentadas pela mídia em 1979, conduzidas, principalmente, pelo jornalista Hiram Firmino, e publicado várias reportagens no jornal Estado de Minas (Goulart, 2006). Segundo Firmino (1982), *o Hospício de Barbacena foi finalmente revelado à população do País pela televisão e pelos jornais... por incrível que pareça, vários setores importantes da sociedade manifestaram contrarias à continuidade das reportagens* (p. 76). Nesse mesmo ano, o cineasta Helvécio Raton lança o curta-metragem “Em nome da Razão”, que foi realizado e idealizado no período da abertura política, com o objetivo de atingir e mobilizar a opinião pública (Goulart, 2010). Esse documentário,

retrata, em audacioso preto e branco, as cores de uma tragédia vivida pelos milhares de internos do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Ele, como dissemos, é um marco da luta e da reforma política de saúde mental no Brasil. Exibido pela primeira vez no célebre e internacional III Congresso Mineiro de Psiquiatria (novembro de 1979), revelou imagens

⁴DINSAM era o órgão então responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental (Amarante, 2003).

⁵ A DINSAM não realizava concurso público desde 1956/1957, contando, assim, com um quadro de funcionários defasado. Com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, passou a contratar “bolsistas”. Esses “bolsistas” eram estudantes universitários ou profissionais graduados (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), muitos com cargos de direção ou chefia, que trabalhavam em condições precárias, sofrendo ameaças e violências, juntamente com os pacientes dessas instituições. Eram frequentes as denúncias relacionadas a agressões, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (Amarante, 2003).

dantescas e desconhecidas para o público leigo e mesmo para a grande maioria dos profissionais da saúde mental (Goulart, 2010, p. 38).

Para Lougon (2006), os principais temas que marcaram o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil foram as denúncias contra empresas privadas do setor, reivindicações salariais dos trabalhadores e melhorias das condições de trabalho. Outras acusações foram apontadas, como

de violências, de ausência de recursos, de negligências, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante (Amarante, 1995, p. 90).

Foi a partir dessas várias manifestações que surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por sindicalistas, trabalhadores, associações de familiares e pacientes com longo histórico de internação, sendo o primeiro e mais importante movimento social da reforma psiquiátrica no Brasil. O MTSM tornou-se o ator social estratégico pela melhoria no campo da saúde mental a partir do conceito de desinstitucionalização (Delgado et al., 2007; Amarante, 1995; Borges e Baptista, 2008).

Segundo Goulart (2006), o financiamento da construção de hospitais privados e a compra de serviços psiquiátricos pelo Ministério da Assistência e Previdência Social causaram o crescimento do parque manicomial no Brasil, principalmente na região Sudeste. Assim, ocorreram reivindicações e denúncias juntamente com a crise previdenciária causada pelo alto custo dos serviços privados. Revelou-se a corrupção, desassistência e violência, resultantes de uma política de privatização através da transferência de responsabilidade assistencial ao setor particular.

Diante do movimento da reforma e das críticas ao modelo privatista/asilar-segregador, três processos foram consolidados: *a ampliação da participação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental* (Tenório, 2002, p.34). Assim,

O Ministério da Previdência Social criou a Comissão Permanente para Assuntos de Psiquiatria, a qual propunha mudanças à assistência psiquiátrica. Esta comissão foi liderada pelo prof. Luís da Rocha Cerqueira que, em 1971, assumiu o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Durante sua gestão foi

apresentado um programa de trabalho que redirecionava a assistência psiquiátrica, apontando para a redução dos macro-hospitais, instalação de unidades extra-hospitalares e diversas outras propostas (Devera & Rosa, 2007, p. 66)

No fim da década de 1970 ocorreu a primeira tentativa de mudança do sistema de assistência em saúde do país, com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que veio fortalecer a institucionalização do movimento sanitário. Esse plano foi um anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que não se consolidou por falta de recursos financeiros. Assim, o governo brasileiro instituiu o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de controlar gastos e despesas. Diante desse mesmo propósito, em 1983 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS)⁶ (Passos & Barboza, 2012). Assim,

A partir do AIS, observa-se o fortalecimento da rede ambulatorial, otimização da capacidade de atendimento da demanda, a contratação de recursos humanos, a discussão do papel dos serviços privados e a inserção da população na gestão dos serviços (Passos & Barboza, 2012, p. 99).

O Hospital Colônia de Barbacena passou a receber indivíduos de todos os Estados com função de curar seus sofrimentos mentais, mas acabou se tornando depósito de doentes com tratamentos inadequados e superlotação. Outra instituição que tinha a mesma lógica era o Hospital Galba Veloso e Raul Soares, localizado no Estado de Minas Gerais. Mas, diante da aproximação de funcionários e moradores, outra realidade foi surgindo a partir do projeto de transformação da equipe do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), coordenado pelo Jairo Furtado de Toledo (Toledo & Brandão, 2008).

Em 1979, Franco Basaglia⁷ visita o Hospital Colônia e o compara a um campo de concentração nazista, *responsável pela fabricação de cadáveres para 17 escolas de medicina cuja as salas de anatomia eram alimentadas pelo CHPB* (Toledo & Brandão, 2008; p. 29). Após seis meses, Basaglia marca presença em Belo Horizonte, juntamente com Robert Castel,

⁶As AIS foram propostas pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, como desdobramento da ação do CONASP. Os seus princípios eram semelhantes aos do PREV-SAÚDE: integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde (Passos & Barboza, 2012).

⁷Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980 (Amarante, 2003).

no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, no qual se apontou a necessidade de maior participação dos profissionais na formulação de políticas de saúde mental e foi debatida a situação dos pacientes das instituições psiquiátricas, condenando-se os manicômios. Após a visita de Basaglia, Barbacena ganha projeção internacional e passa a fazer parte de uma série de denúncias (Amarante, 2003, Toledo & Brandão, 2008; Passos, 2009). O tema principal foi

“Assistência psiquiátrica em Minas Gerais, condições de trabalho dos profissionais em saúde mental, espaço da psiquiatria e alternativas de trabalho em saúde mental”. Nele, Franco Basaglia ofertou o curso “Assistência Psiquiátrica e Participação Popular”, e Robert Castel o de “Ordem Psiquiátrica” e a conferência “Psiquiatria e Controle Social”. Era o que havia de mais arrojado na época, que confrontava a psiquiatria como ciência e seu principal dispositivo organizacional: o hospital psiquiátrico (Goulart & Durães, 2010).

Em 1979 ocorreu, em São Paulo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no qual foram realizadas discussões sobre a transformação do sistema de atenção à saúde mental. Nesse congresso, foram elaboradas propostas para organizar as políticas nacionais e regionais de saúde mental, com o objetivo de buscar uma democracia plena e uma organização mais justa da sociedade, com apoio de sindicatos e associações. Em 1980, aconteceu o I Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro. Discutiram-se assuntos direcionados aos problemas sociais e relacionados à doença mental, à política de saúde mental, alternativas para os profissionais da área, condições de trabalho e denúncias ocorridas em instituições psiquiátricas. Nesse mesmo ano ocorreu o II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador (Amarante, 2003).

No início de 1980, iniciou-se, no Rio de Janeiro, o processo de “co-gestão” entre Ministério da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS), que passaram a participar do planejamento dos Hospitais Públicos. Nesse mesmo período ocorreu também o fortalecimento de lideranças do MTSM no meio político, que conduziram políticas de humanização em hospitais psiquiátricos públicos (Passos & Barboza, 2012).

A década de 1980 foi um período marcado por grandes eventos e acontecimentos na área da saúde mental, dentre eles o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Esse congresso possibilitou a vinda, ao Brasil, de diversos e importantes nomes como Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia, que faziam parte do cenário mundial no campo da Saúde Mental. Assim, iniciaram uma série de

debates e conferências pelo Brasil. A partir de então, pode ser considerado como *o primeiro contato, ao vivo, com outras ideias e correntes da Psiquiatria Alternativa além do Preventivismo comunitário norte-americano* (Devera & Rosa, 2007, p. 67).

Para Devera e Rosa (2007), o Modelo Preventivo Comunitário serviu como arcabouço teórico-técnico para as primeiras reformas psiquiátricas diante dos acontecimentos que ocorreram no início da década de 1980, principalmente nos estados da Federação⁸ que haviam eleito governos democráticos. A partir desses acontecimentos ocorreram avanços no modelo de comunidade terapêutica para a implantação de parâmetros de uma rede extra-hospitalar⁹, que foi inserida em São Paulo a partir de 1983.

Em 1987 ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru/SP, como uma nova e fundamental estratégia para as primeiras ações para a reorientação da assistência. O MTSM ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social por transformações no campo da saúde mental. E nesse mesmo ano ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro), que representou o fim da trajetória sanitarista, de transformar o sistema de saúde, e dar início à trajetória de desconstruir o cotidiano das instituições e da sociedade, buscando formas diferenciadas de lidar com a loucura (Brasil, 2005; Borges & Baptista, 2008; Tenório, 2002).

Com a ampliação do movimento, o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com a estratégia de abranger maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Com isso, *A participação dos agora chamados ‘usuários’ dos serviços de saúde mental (em lugar de ‘pacientes’) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo* (Tenório, 2002, p. 35). Desta forma,

O MTSM passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere sustentação, e em 1987, adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que alimenta novas propostas de cuidado na I

⁸ Na década de 1980, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia foram os estados da Federação que tiveram implantação de várias experiências estaduais baseadas nos princípios preventivo-comunitários (Devera & Rosa, 2007).

⁹ A rede extra-hospitalar é considerada uma rede de serviços hierarquizados e estratificados por níveis de complexidade (prevenção primária, secundária e terciária) que surgiu da Psiquiatria Preventiva Comunitária e da Psiquiatria de Setor Francesa (Devera & Rosa, 2007).

Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) (Borges C.F., Baptista, 2008, p. 457).

Com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), foram reafirmadas as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que em 1986 formulou a proposta de Reforma Sanitária, definindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e defendendo, conseqüentemente, a reestruturação do modelo assistencial em Saúde Mental. Criticou-se, assim, o modelo hospitalocêntrico, dando destaque à necessidade de revisar a legislação psiquiátrica, destacando a preservação dos direitos dos chamados doentes mentais (Devera & Rosa, 2007).

Outro evento pós ICNSM que merece destaque, segundo Devera e Rosa (2007), é a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, ocorrida em novembro de 1990 em Caracas, que contribuiu para o debate das propostas da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi realizada graças à participação dos Ministérios da Saúde, Justiça e Seguridade social, parlamentares, delegações técnicas e com o patrocínio das Organizações Pan-americanas e Mundial de Saúde (OPS/OMS) e de outras forças políticas nacionais de vários países, como Argentina, Chile, México, Uruguai, Nicarágua e Brasil. A partir desse evento e

Do resultado dessa Conferência, descrito em documento denominado “Declaração de Caracas”, foi mais uma vez reconhecido que a reestruturação da assistência psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; que os recursos, cuidados e tratamentos prestados devem salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; e que se deve propiciar a permanência da pessoa doente em seu meio comunitário (Devera & Rosa, 2007, p. 70).

A crescente força do movimento antimanicomial resultou no Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, colocado em pauta pelo então Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG). O projeto sugeria a não construção ou contratação, pelo poder público, de novos hospitais psiquiátricos; previa a destinação dos recursos públicos para a criação de serviços de assistência não-manicomiais; e a emissão de parecer por autoridades judiciárias quanto à legalidade da internação compulsória. Esse projeto praticamente reproduzia a Lei italiana de 1978, chamada de Lei Basaglia (Wandi, 2009; Tenório, 2002; Vasconcelos, 1997). Desta forma,

Em nível estadual, este chamado Projeto Paulo Delgado, se desdobrou em várias propostas locais encaminhadas pelo Movimento Antimanicomial nas

respectivas Assembleias Legislativas Estaduais. As propostas tinham sempre a mesma intenção: dar visibilidade aos problemas dos portadores de sofrimento mental através da criação de debates públicos e resgatar, através de proposições objetivas, o seu exercício de cidadania (Goulart, 2006, p. 13).

Após 12 anos de tramitação, o Projeto de Lei “Paulo Delgado” foi aprovado em abril de 2001, convertendo-se na Lei Federal nº 10.216. O texto final preconiza o atendimento territorial, o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial, atendimento terapêutico de qualidade e critérios para internação compulsória (Goulart, 2006; Devera & Rosa, 2007; Tenório, 2002).

Com a aprovação dessa Lei, foram publicadas diversas Portarias que definiram a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos, assim como a regulamentação das internações compulsórias e a proibição de novos hospitais psiquiátricos, privilegiando o oferecimento de novos serviços de base comunitária. Pela primeira vez, definiu os direitos dos portadores de sofrimento mental no Brasil e estabeleceu as principais diretrizes para o seu tratamento (Delgado et al., 2007).

2.2- A dimensão assistencial nos serviços substitutivos de saúde mental

A Reforma Psiquiátrica brasileira compôs um meio de discussão, debates e ações políticas para a redemocratização do país, com o objetivo de conquistar os direitos sociais e propor mudança da relação entre Estado e sociedade civil. Por meio dela, ocorreu a implicação de vários atores no processo de desconstrução e crítica do modelo asilar, com rupturas conceituais e invenção de propostas assistenciais, de articulação e conquista de espaços para a sua consolidação (Yasui, 2006). Para que isso ocorresse era necessário

a criação de dispositivos coletivos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, expressão, do fazer concreto e da troca, do desvelamento dos sentidos, da elaboração e tomada de decisão. As intervenções deveriam ativar várias práticas terapêuticas (medicação, psicoterapia, grupos, reuniões de usuários, atividades expressivas) na abordagem global do usuário, ancoradas nas concepções contemporâneas da psiquiatria, em outras áreas do conhecimento e, principalmente, em toda uma bagagem de experiências práticas (Luzio & L’Abbate, 2006, p. 283).

Segundo Amarante (2007), esse processo modificou a forma de assistência às pessoas com sofrimento mental, através da criação de serviços substitutivos aos hospitais

psiquiátricos. O modelo asilar passou a ser substituído pelo de atenção psicossocial. Assim, surgiram serviços substitutivos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com desenvolvimento de *uma prática centrada na vida cotidiana da instituição e do usuário, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica* (Luzio e L'Abbate, 2006, p. 283).

Esse dispositivo tende a oferecer aos seus usuários atenção em saúde mental através do atendimento integral e de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar. Procura-se oferecer atendimento à população em seu território, por meio de acompanhamento clínico e a inserção dos usuários na comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia dos direitos de cidadania (Sales & Dimenstein, 2009).

Para Amarante (2008), os serviços de atenção psicossocial devem desenvolver suas atividades no território, estabelecendo relações com vários recursos existentes na comunidade. Assim, devem procurar interagir com as associações de bairro, times de futebol, entidades comerciais, etc., com o objetivo de incluir as pessoas com sofrimento mental que estão em acompanhamento nos serviços de atenção psicossocial.

O CAPS, segundo Yasui (2006), tem como estratégia a organização de cuidados através de redes, associadas ao tempo e ao lugar em que ele se constitui. Trata-se de um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Porém, devemos estar atentos, pois a noção de “território” também possui outros significados que podem sugerir sujeição e dominação.

Para Saquet e Silva (2008), a compreensão de Milton Santos ao termo território exige algumas categorias para a análise da geografia do espaço, tais como forma, função, estrutura, processo e totalidade. O espaço é constituído de estruturas organizadas que podem mudar de acordo com a história e a sociedade. Faz parte do cotidiano dos indivíduos, como a casa, os pontos de encontro e o lugar de trabalho, que são considerados elementos passivos que condicionam as atividades dos homens e comandam a prática social. Pode ser considerado um produto e condição da dinâmica sócio-espacial. Assim, cada grupo se organiza socialmente de acordo com os seus interesses e necessidades através do arranjo do espaço.

A noção de território está além do significado de espaço geográfico. O território constitui um espaço social onde são produzidos sentidos para os lugares habitados e estabelecidas as referências de vida, redes de relações e histórias (Minas Gerais, 2013).

O território é formado de pessoas, de instituições, de redes e dos cenários nos quais se dão a vida na comunidade. Assim, trabalhar no território equivale a trabalhar com saberes e forças concretas da comunidade que sugerem soluções, oferecem demandas e podem estabelecer objetivos comuns. Por meio desse tipo de trabalho, os saberes podem ser resgatados, construindo coletivamente soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (Brasil, 2005). Atualmente, fala-se em atenção psicossocial e território em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva (Tenório, 2002). Para o mesmo autor,

A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos, não como algo que demarca a regionalização da assistência, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de projeto de vida, de inserção no mundo (p. 32).

Para Lancetti (2000), os territórios da Reforma não se reduzem mais ao locus simplificado do hospital psiquiátrico. O espaço sobre o qual a ação da Reforma Psiquiátrica vai incidir está intrinsecamente ligado ao dispositivo substitutivo que ativa uma rede de cuidados: *organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar* (Yasui, 2006, p. 118). Assim,

o território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem as suas vidas cotidianas visando enriquecê-lo e expandi-lo (Kinoshita citado por Yasui, 2006, p. 120).

Para Yasui (2006), o território tem relação com o social e o natural, com a potencialidade de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas. Coloca-se o propósito de encontrar e ativar os recursos locais de singularização existentes e, com isso, realizar a inclusão social através de alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho. Para isso, é necessário criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos em sua área de abrangência. Além disso, *significa, também, e especialmente nos locais precários e homogeneizados, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura* (Yasui, 2006, p. 120).

A liberdade de autonomia dos sujeitos está interligada com o desenvolvimento das ações que envolvem as políticas, ideologias, teorias e técnicas do modelo de atenção psicossocial em articulação com os territórios. Assim, a atenção psicossocial desenvolve uma atenção integral ao sujeito, ao contrário do modelo asilar tradicional, que atua sobre a doença e sua cura (Minas Gerais, 2013). Segundo Pitta (2007),

Reabilitação Psicossocial implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade (p.9).

Para Bezerra (2007), a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista está relacionada às novas formas de organização das equipes, baseadas em temas como: *os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos* (p. 247). No cuidado em saúde mental, a equipe se torna o principal instrumento de intervenção e invenção, produzindo vínculos e criando junto com o usuário um projeto de cuidado de acordo com o tipo de demanda e sofrimento (Yasui, 2006). Diante disso, é importante ressaltar que

A Atenção Psicossocial é um processo complexo que envolve a construção de estratégias de intervenção em contextos diversos: nas produções científicas, na política, nos serviços e na sociedade. Tais estratégias são necessárias para a consolidação de novas práticas sociais de lidar com os sujeitos em conflito e precisam ser compreendidas para clarear o papel dos serviços e dos trabalhadores de saúde que atuam na atenção em saúde mental, álcool e outras drogas (Minas Gerais, 2013, p. 6).

O trabalho em equipe deve compartilhar as dificuldades, de modo a buscar as soluções coletivas para os problemas. A equipe de saúde deve ser composta por profissionais de várias formações. Cada um deve respeitar as distintas áreas e realizar trocas de experiências. Contudo, o que caracteriza o trabalho em equipe é realizar em conjunto a construção de um projeto terapêutico. Esse projeto tem como finalidade o processo de cuidado, deve estar incorporado ao método de trabalho a fim de produzir intervenções que favoreçam a autonomia dos sujeitos (Conselho Federal de Psicologia, 2013; Minas Gerais, 2007).

Os profissionais que compõem as equipes dos diversos serviços da rede de atenção à saúde devem orientar suas intervenções para transformações no território, criando condições de relações, de vínculos e novas formas de organização da vida pelos que nele habitam (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

3- SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No início dos anos 1990, com o objetivo de reduzir e desativar leitos psiquiátricos e, conseqüentemente, substituí-los por outros serviços em todo o território nacional, criou-se o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD)¹⁰. Em 1992, com a assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil, os serviços substitutivos ganharam força diante do modelo centrado no hospital psiquiátrico (Lougou, 2006).

O projeto De Volta para Casa, do município de Angra dos Reis, foi considerado de grande importância para a inserção dos portadores de sofrimento mental no meio social e familiar. Esse projeto tinha uma estrutura de apoio com o desenvolvimento de ações conjuntas do setor saúde com as demais políticas sociais, ofertando, assim, assistência no setor de habitação, emprego e lazer (Rosa, 2003).

O processo mineiro de desinstitucionalização previu-se a ampliação da rede de serviços substitutivos (CERSAMs¹¹, NAPS, CAPS¹², Centros de convivência, moradias assistidas, entre outros dispositivos). Na cidade de Barbacena cinco módulos residenciais destinados aos pacientes egressos dos Hospitais Psiquiátrico foram criados dentro do próprio Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) e a primeira RT do município criada em novembro de 2000, que foi ocupada por cinco pacientes do sexo feminino. Esses pacientes eram egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuíam suporte social e laços familiares (Fassheber & Vidal, 2007). A partir dos 1980,

A tônica da Reformas e traduziu na reformulação do modelo de assistência hospitalar que era informado por outras concepções e horizontes. Destacava-se, em

¹⁰ O Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) foi gerenciado pelas Secretarias Municipais de Saúde e tinha como objetivo *organizar e manter uma infraestrutura de cuidados assistenciais, que permita o retorno do paciente ao convívio social* (p. 125). Esse programa tinha como financiamento a verba remanejada dos pagamentos de internações. O PAD previa uma rede de cuidados de base comunitária, com a assistência e acompanhamento de uma equipe multiprofissional (Rosa, 2003).

¹¹ Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM), foram criados na década de 90 na região de Belo Horizonte (MG), considerados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. *Assim como os CAPS, os CERSAM foram concebidos para o atendimento de urgências e crises, privilegiando os casos mais graves, antes atendidos apenas pelo hospital psiquiátrico* (p.708). Os CERSAM atendem a uma determinada área de abrangência e hierarquizada (trabalhando com toda a rede de serviços de saúde) (Oliveira et al, 2008)

¹² Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como *unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional* (Brasil, 2004a).

especial, o modelo de Comunidades Terapêuticas, e havia grande mobilização de esforços na consolidação de modelos ambulatoriais de assistência em saúde mental que continham, por sua vez, as possibilidades da Psicologia Comunitária como atuante... (Goulart & Durães, 2010, p. 114).

A psicologia comunitária foi de grande importância nesse processo de reforma, por ter uma visão mais crítica, com abordagem preventiva. Ela reivindicava que usuários e funcionários das instituições tivessem ações mais participativas nas resoluções dos problemas, planejamento e atuação no campo da saúde mental, ou seja, participação comunitária efetiva, com integração da saúde mental na vida cotidiana da população (Vasconcelos, 1989).

Em 2001, foi sancionada a Lei 10.216, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que tinha como finalidade a regulamentação dos subsídios complementares às iniciativas substitutivas existentes. Essa lei preconiza o atendimento territorial, estabelecendo qualidade para o atendimento terapêutico, desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e critérios para internação compulsória (Lougou, 2006; Amarante, 2007; Goulart, 2006).

Com a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, na década de 1990, entram em vigor as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas primeiras experiências do CAPS, NAPS, CERSAMs, hospitais-dia¹³, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral. Nesse período, na cidade de São Paulo, surgiu o primeiro CAPS no Brasil.

Também foram implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionam 24 horas, e foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (Brasil, 2005). Diante disso,

Iniciou-se então a implantação de um modelo assistencial em Saúde Mental com enfrentamento real ao hospital psiquiátrico em vários municípios, que prestam uma assistência integral aos portadores de sofrimento mental com quadros graves e persistentes. A partir de então, várias outras cidades, em ritmos diversos, vêm implantando serviços e ações substitutivas ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2007, p.2).

¹³Os hospitais-dia são estruturas hospitalares que oferecem seus serviços ao longo do dia, concedendo ao usuário a possibilidade de retornar à sua residência, evitando o distanciamento frente a seu espaço vital (Goulart, 2006).

Com a implantação do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS, a criação das Residências Terapêuticas¹⁴ e os Centros de Convivência e Cultura¹⁵, ocorreu a redução e o fechamento de vários leitos psiquiátricos no país. Com isso, foram oferecidos aos pacientes espaços de sociabilidade e cultura *que viabilizam respostas assistenciais que não retirem o usuário de seu contexto vital, relacional* (Goulart, 2006, p. 14).

Com a implantação desses serviços, o modelo assistencial de cuidado do CAPS deve interromper o paradigma psiquiátrico tradicional. Além disso, para que ocorra uma mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, é necessário que se estabeleçam alianças com outros setores das políticas públicas (Yasui, 2006). Assim, *as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em 'redes', isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos* (Amarante, 2007, p. 86). Os pontos de cuidado não funcionam isoladamente, sendo necessária a articulação em rede. Diante disso, rede é uma

malha aberta, com furos ou espaços para a criação de possibilidades. Mais ainda, malha na qual os usuários podem descansar sua loucura. Uma, entre as múltiplas redes que compõem a cidade, uma rede de saúde mental é ponto de ancoragem. É lugar de hospitalidade e fio que ajuda a construir laços com o outro (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p.113).

Segundo Yasui (2006), o termo “rede” tem vários usos: um deles é como espaço para repouso de um corpo cansado; pode servir para delimitar dois lados de um território e dar contornos para um jogo; pode possibilitar nossa comunicação com outras pessoas e o compartilhamento de nossas emoções; ajudar a criar ações coletivas de transformação. De acordo com a última definição, a rede de atenção à saúde mental deve estar ancorada a outros recursos, como: serviços de saúde, serviços sociais, culturais, religiosos, de lazer e de relações sociais. Esses serviços são indispensáveis junto às equipes de saúde, para que ocorram o cuidado e a reabilitação psicossocial. Devem estar à disposição para aproximar os sujeitos dos

¹⁴ Os Serviços Residenciais Terapêuticos são considerados de acordo com a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, como *moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social* (Brasil 2000, p.1).

¹⁵ Os Centros de Convivência de acordo com a Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005, são considerados como espaços de produção cultural e artística, mais comprometidos com projetos de reabilitação e reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental (Brasil, 2005a, p. 1)

CAPS e articulados à rede de serviços de saúde para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade e em situação de sofrimento mental (Brasil, 2004a).

O CAPS não é um serviço que trabalha isoladamente, pois pressupõe em sua estratégia ações de intersetorialidade. Assim, esse serviço não tem que se responsabilizar isoladamente pela demanda nem assumir prioritariamente as tarefas clínico-assistenciais. O CAPS deve se articular com outras redes, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e outros serviços para que ocorra a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários (Yasui, 2006).

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011(Figura 1), institui a Rede de Atenção Psicossocial [RAPS] para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Art. 4º, a RAPS deve promover cuidados em saúde a grupos vulneráveis; prevenção e redução do consumo e dependência de álcool e outras drogas; reinserção e reabilitação através do acesso ao trabalho, moradia e renda das pessoas com transtorno mental e que fazem uso de álcool e outras drogas; educação permanente aos profissionais de saúde; desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produção de informações sobre direitos das pessoas, através de prevenção e cuidado de serviços disponíveis na rede; regulação e organização das demandas e dos fluxos assistenciais da RAPS e monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil, 2011a).

Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Diante dos objetivos apresentados e para que sejam efetivados, é necessário que a RAPS tenha os seguintes serviços constituídos, segundo o Art. 5º: Atenção básica em saúde; Unidade de Acolhimento; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas); serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e Serviços Residenciais Terapêuticos. Outros programas que têm sido incluídos no processo de socialização do sujeito são os Consultórios na Rua e a Escola de Redução de Danos, que têm como objetivos promover a qualificação de ações de redução de danos nos municípios, com intenção de realizar ações de promoção, prevenção e cuidados primários aos usuários de álcool e outras drogas. Busca-se proporcionar a esses usuários cuidados básicos de saúde, com atuação junto aos setores da Assistência Social, Justiça, Esporte e Cultura (Brasil, 2011).

Para Goulart (2006), um dos maiores desafios em relação aos serviços substitutivos é a integração de suas ações com os programas públicos assistenciais e o desenvolvimento de projetos comunitários para que possam responder à proposta de reabilitação e reintegração dos usuários de serviços de saúde. Outro problema que se coloca também é a formação dos profissionais, com a problemática da capacitação e compreensão do problema diante da fragilização psíquica no campo da saúde mental.

É necessário criar soluções e respostas para os problemas complexos que se apresentam nos serviços de saúde, buscando superar a fragmentação dos conhecimentos e a separação das ações. Torna-se essencial articular, negociar e estabelecer alianças na comunidade: *numa palavra, busca-se a intersetorialidade na urdidura da trama desta rede de cuidados* (Yasui, 2006, p. 145). Desta forma,

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não governamentais (ONGs), visando à melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território (Brasil, 2002a, p. 54).

A nova rede em construção propõe aproximação com os sujeitos, famílias e comunidades, com o objetivo de integrar ações de promoção da saúde em base territorial, para que ocorra o cuidado nas crises, estabelecendo parcerias com outros setores e incluindo a participação dos cidadãos nesses serviços. Diante do processo de mudanças que está ocorrendo atualmente na política de saúde mental, álcool e outras drogas, observa-se um deslocamento da ênfase na internação na direção da constituição da rede de serviços substitutivos, dando lugar às variadas formas de inserção social (Minas Gerais, 2013).

3.1- CAPS como nova proposta de atendimento

Em março de 1987 foi criado no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁶, localizado na cidade São Paulo, com o nome de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira¹⁷, conhecido como “CAPS Itapeva”. A criação desse CAPS e de outros fez parte de um intenso movimento dos trabalhadores de saúde mental que fizeram denúncias a respeito das condições precárias dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de buscar melhoria na assistência aos portadores de sofrimentos mentais (Brasil, 2004; Devera & Rosa, 2007; Amarante, 1995; Bezerra, 2007).

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸. Esse serviço ambulatorial tem como objetivo oferecer atendimento às pessoas com sofrimento mental grave e que fazem uso de álcool e de outras drogas, tornando-se um lugar de referência para tratamento, dependendo da severidade ou da persistência do caso que justifiquem a permanência do usuário nesse dispositivo de cuidado diário, comunitário,

¹⁶ A denominação “Centro de Atenção Psicossocial” foi emprestada dos centros existente na Nicarágua, onde equipes interdisciplinares cumpriam tarefas de prevenção tratamento e reabilitação. A aplicação brasileira dessa designação foi sugerida pela Dr. Ana Maria Fernandes Pitta (Goldberg, 2010).

¹⁷ Dr. Luiz da Rocha Cerqueira (1911-1984), nascido em Alagoas, tinha como formação a medicina com especialização em psiquiatria, com longa história de atuação institucional no hospício da Tamarineira no Recife, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e São Paulo. Foi Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo (Goldberg, 2010).

¹⁸ O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2004b, p. 13).

personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004b). No entanto, o CAPS não é o único serviço que realiza o atendimento ao usuário, este pode ser atendido também em unidades básicas, no centro de convivência, em uma oficina de geração de renda, em associações de usuários etc. (Minas Gerais, 2007).

É função dos trabalhadores e da equipe do CAPS acolher os usuários, garantindo vínculo e cuidados. Devem realizar atendimento clínico com acolhimento diário, baseado nos princípios de cidadania, procurando, assim, preservar e fortalecer os laços sociais e familiares do usuário através do acesso ao trabalho e lazer em seu território (Brasil, 2002a; 2005). Os CAPS têm como responsabilidade organizar a rede de serviços de saúde mental em seu território. Diante disso, devem

dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde); coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Brasil, 2004a, p. 13)

Após quinze anos da criação do primeiro CAPS, no ano de 2002, o Ministério da Saúde atualizou as normas de funcionamento desse serviço, por meio da publicação das Portarias Ministeriais Nº 336/02 , Nº189/02 e Nº 3.088, essa ultima em 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011a).

Os critérios para a classificação dos serviços dependem da abrangência populacional, assistência prestada, equipe mínima necessária que pode variar de acordo com os tipos de CAPS (Brasil, 2007). De acordo com as Portarias Ministeriais Nº 3.088 e Nº 366/GM consideraram que o CAPS I provê cobertura efetiva a 20.000 habitantes; que o CAPS III dá cobertura a 200.000 habitantes; que CAPS i dá cobertura de 150.000 Habitantes e os CAPS II, e CAPS AD dão cobertura a 70.000 habitantes. Para o CAPS tipo I,

a equipe deverá ser composta por 01 médico com formação em saúde mental, 01enfermeiro, 03 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 04 profissionais de nível médio que podem ser técnico de enfermagem, administrativo ou educacional e artesão (BRASIL, 2004a, p.127).

Segundo Brasil (2011b), os CAPS devem funcionar, pelo menos, durante cinco dias úteis. O funcionamento e horário nos fins de semana dependem do tipo de Centro. Os usuários que ficarem no turno de quatro horas devem receber uma refeição diária. Entretanto, a quantidade de refeições a ser oferecidas varia de acordo com a permanência do usuário no serviço, que pode variar de dez a 24 horas por dia. De acordo com a Portaria Ministerial Nº 3.088, os diferentes tipos de CAPS caracterizam-se da seguinte forma:

- CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias
- e CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD;
- CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário...
- CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário...
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana... (Brasil 2011b. p. 01).

Os CAPS devem oferecer um ambiente estruturado e organizado, contando com espaço específico para receber a demanda, como consultórios para consultas, atividades terapêuticas e entrevistas; sala para atividades em grupo; oficinas; espaço de convivência, refeitório; sanitários, e área externa para recreação e esportes. Muitas vezes, as atividades promovidas por esses serviços ultrapassam a própria estrutura física *em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana* (Brasil, 2004a, p.14).

O novo modelo de serviço, de acordo com Yasui (2006), deve ser local de produção de cuidados, socialização, inclusão social e produção de subjetividade, sem que ocorram procedimentos médicos ou psicológicos, elaborando e articulando o particular de cada usuário com possibilidades de intervenções terapêuticas. Isso é considerado no dia a dia de muitos serviços como Projeto Terapêutico Individual (PTI):

O PTI é, ao mesmo tempo, particular, referido a uma subjetividade específica, mas não é um projeto solitário, isolado, pois se articula na multiplicidade de suas ações a outros projetos, com outras subjetividades, com propostas de produção de encontros em diversos espaços com diversos cuidadores. Só o diverso e o múltiplo para “dar conta” da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de saúde mental (Yasui, 2006, p. 136).

Para que o PTI seja elaborado é necessário que o serviço de saúde mental realize o acolhimento, provavelmente por um profissional da equipe que será o Técnico de Referência. Este será o responsável pela condução do caso, assumindo a responsabilidade sobre os contatos com a família e com outras pessoas do espaço social do usuário. Assim, o Técnico de Referência será responsável por elaborar estratégias de construção do vínculo do usuário com o serviço, planejando o PTI, definindo com o sujeito os tipos de atendimentos, a frequência e o comparecimento ao serviço (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Assim, estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do serviço. As atividades podem ser desenvolvidas fora do CAPS, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo serviço, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social (Brasil, 2004a).

O vínculo terapêutico do usuário com os profissionais e do serviço é essencial para que ocorra a sua autonomia, que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, devendo ser preparada cuidadosamente e ocorrer de forma gradativa com o objetivo de reconstruir os laços sociais e familiares. Para isso, o CAPS deve estar inserido em uma rede de serviços e organizações que possam oferecer a continuidade de cuidados em seu território (Brasil, 2004a).

4- POLÍTICAS SOBRE DROGAS

4.1- História e evolução das drogas

Segundo Brasil (2008), ao se investigar a história da humanidade, observa-se que o homem sempre procurou estados alterados de consciência. É registrado o uso de drogas nas mais diversas culturas, desde a antiguidade, com finalidades religiosas, culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente para a obtenção de prazer. Substâncias psicoativas foram utilizadas, também, por milhares de anos, em rituais que marcavam passagens na transição da vida como morte ou renascimento.

O homem procurou nas drogas a nutrição física, remédio para as suas doenças, influência para o humor, buscando abstrair do mundo que o cerca e o perturba a paz ou a excitação (Martins, 2007). *Embora não se tenha identificado com exatidão a origem da denominação droga, presume-se que se localize na língua persa, raiz droa, significando odor aromático, ou no hebraico rakab, perfume* (Oliveira, 2007, p.19). Pode-se dizer ainda que

O termo droga tem origem na palavra *drogg*, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de, antigamente, quase todos os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. Atualmente, porém, o termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento (Glossário de álcool e drogas).

Segundo Oliveira (2007), o uso de substâncias psicoativas pelo homem é quase tão antigo quanto sua própria existência. A primeira droga conhecida pelo homem foi o álcool; já o ópio foi considerado a primeira droga ilícita. Para Monteiro et al. (2011), o álcool é uma substância que acompanha a humanidade, sempre ocupando um espaço privilegiado em todas as culturas. Foi no século XVII que surgiu o termo “alcoolismo”, e só a partir do século XX começaram estudos que o consideraram como uma doença, devido às consequências para os que consumiam álcool com certo padrão de uso, e pelo impacto em termos de morbidade, mortalidade e incapacidade.

Uma das plantas cultivada em tempos anteriores ao século X a.C., segundo Gonçalves (2008), foi a *cannabis sativa*. Era consumida sob forma de bebida ou fumada para fins religiosos, medicinais e outros. Essa erva foi utilizada pelos chineses, no ano de 3000 a.C.,

sob a forma de alimento, como remédio para tratar diarreia, malária, dores reumáticas e até na confecção de vestuário. *No 4º livro sagrado do Vedas (Atherva Veda),..., é feita referência ao uso da erva na Índia por volta do ano 2000 a.c. no combate à ansiedade, na redução de febres, na estimulação e na cura de doenças venéreas (p.72)*

Para Martins (2007), a *cannabis* sativa era cultivada para se extrair óleo de seus grãos e suas folhas serviam como forragens para animais. No ano 2.700 a.C. suas propriedades psicoativas foram reconhecidas e se passou a utilizá-la como sedativo para tratamento da alienação mental. Os poderes estimulantes e euforizantes foram elogiados desde o ano 1.300 a.C. Já em um papiro egípcio escrito no século XVI a. C., a planta é incluída entre as drogas sagradas dos faraós. No século IX a.C., por sua vez, registra-se seu uso como incenso na Assíria.

A maconha chegou à América do Norte através de seus colonizadores, que utilizavam as suas fibras, sendo datado de 1606 o seu primeiro cultivo na Nova Escócia, estado do Canadá, espalhando-se, em seguida, para os Estados Unidos da América. Foi no século XIX que a maconha passou a ser utilizada como substância psicoativa. Em 1554, a droga chegou à América do Sul por meio dos colonizadores espanhóis, que iniciaram sua plantação na Argentina e no Peru. A planta teria chegado ao Brasil no mesmo período, trazida provavelmente pelos portugueses, através dos escravos africanos vindos de Angola (Martins, 2007).

O conhecimento do ópio remonta talvez à pré-história ou, pelo menos, aos períodos históricos muito distantes, já que sementes e cápsulas de papoula foram encontradas em uma vila da era Neolítica, na Suíça. A evidência mais antiga do cultivo dessa planta data de 5.000 anos e foi deixada pelos sumérios. Arqueólogos anunciaram ter encontrado cápsulas dessa planta, de onde se extrai o ópio, em cavernas dos homens primitivos (Duarte, 2005).

Martins (2007) descreve que no Oriente Médio o ópio era conhecido como “planta da alegria”. Tinha propriedades medicinais e era utilizado em rituais mágicos e religiosos. Na Europa, o ópio servia para tratamento fitoterápico, mas, a partir do Renascimento, foi utilizado em preparações farmacológicas.

Foi no século XVIII que o ópio tomou conta da Europa através da ampliação das rotas comerciais. As primeiras guerras envolvendo a questão de drogas ocorreram no século XIX, com o objetivo de se obter o livre comércio dessa substância. A Inglaterra mantinha um lucrativo comércio do ópio com as Índias Orientais, que impulsionou aquela que ficou

conhecida como a “guerra do ópio”, ocorrida no período de 1839 a 1856. Os ingleses obtiveram grandes lucros com a exportação do produto para a China, que contava com cerca de dois milhões de pessoas consideradas consumidores frequentes do ópio (Martins, 2007).

Dois novos produtos, segundo Morais (2005), originados da papoula foram descobertos no século XIX: a morfina e a heroína. A morfina foi descoberta pelo alemão Frederick Seturner, no ano de 1805, a partir da extração do ópio bruto. Em função do seu poder anestésico, a morfina foi usada de forma injetável contribuindo muito para a medicina da época.

Outra droga que se tornou “fonte de prazer” na Europa foi a cocaína. O arbusto e a folha da coca vêm sendo utilizados de forma milenar pela população indígena e camponesa na Bolívia, Colômbia e Peru. As folhas eram mastigadas para ajudar a aliviar os esforços físicos e mentais provocado pelo trabalho nas regiões altas desses países. A produção e o consumo dessa planta eram estimulados pelos espanhóis no período colonialista, quando o transporte e a venda do produto geravam altos lucros (Martins, 2007; Morais, 2005). É importante ressaltar que

Freud foi uma das grandes personalidades a elogiar a cocaína por suas propriedades anestésica e antidepressiva, e por supostamente ser eficiente no tratamento de viciados em ópio, morfina e álcool. Por volta de 1887, os médicos começaram a receber as primeiras advertências sobre a possibilidade de a cocaína gerar dependência e estar associada a mortes por problemas cardíacos. Entre 1910 e 1940, a cocaína passa de milagrosa a ameaçadora, na Convenção de Haia sobre Ópio, na qual se estabeleceu o primeiro tratado internacional sobre drogas, a cocaína foi incluída na lista das substâncias a serem combatidas (Morais, 2005, p.71).

No período do pós-guerra, na década de 1970, fatores como o desenvolvimento da indústria farmacêutica, o surgimento do movimento *hippie* e de novas drogas causaram a disseminação do uso recreativo das substâncias psicoativas. No cenário internacional, as proposições das convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) colocavam o controle da oferta e da demanda de drogas como necessário. O movimento contracultural e os estilos de vida a ele associados foram marginalizados e combatidos pelo sistema jurídico-criminal (Morais, 2005).

4.2- Políticas sobre drogas no Brasil

No início do século XX, o Brasil adotou medidas governamentais para o controle do uso de álcool e de outras drogas, sobretudo no campo legislativo. Tais medidas foram adotadas após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, que discutiu os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas¹⁹ (Machado, 2006; Duarte e Dalbosco, 2011). O controle das drogas foi justificado para que ocorresse a permanência da ordem social, preservação da saúde e segurança da população brasileira (Machado, 2006). Diante disso,

O Brasil participou de reuniões e tornou-se signatário de documentos internacionais que abordaram a questão das drogas. Em 1911, aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional que propôs controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, que deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. Essas convenções influenciaram as respostas elaboradas pelo governo brasileiro para abordar o fenômeno do uso de drogas (Machado, 2006, p. 36).

O Código Penal Brasileiro, no ano de 1924, sofreu mudanças por meio do Decreto n. 4294, que propôs a prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A internação compulsória foi estipulada para o indivíduo que se encontrasse embriagado e que pudesse acarretar atos nocivos a si próprio, a outrem ou à “ordem pública”. Portanto, as medidas legislativas impostas deixavam claro que os usuários de álcool e de outras drogas estavam sendo excluídos do convívio social – exclusão que se justificava pela ameaça à ordem social que supostamente representavam (Bittencourt, 1986; Machado, 2006). Assim,

Em 1971, a Lei nº 5726 introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas ainda que no âmbito da justiça penal. A concepção médico-psiquiátrica tornou-se preponderante; o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, passando a ter como objetivos salvar, recuperar e não simplesmente punir (Machado, 2006, p. 37).

Em 1976, foi aprovada e promulgada a Lei n. 6.368, que definiu medidas para o setor público de saúde, estipulando o tratamento e a recuperação dos dependentes de “substâncias

¹⁹ As ações de redução da demanda são referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas com potencial para causar dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a inserção social de usuários e dependentes (Machado & Dalbosco, 2011).

entorpecentes” e as redes dos serviços de saúde dos estados, territórios e Distrito Federal sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento. Caso não existissem esses estabelecimentos, os serviços já existentes teriam que se adaptar para atender a demanda. Diante disso, o artigo 10º da mesma Lei designava que o tratamento sob regime de internação hospitalar seria necessário quando assim exigisse o quadro clínico ou psicopatológico (Brasil, 2000b).

Após uma década da aprovação e promulgação da Lei n. 6.368, surgiram os primeiros centros de tratamento médico, psicológico e/ou religioso, ligados direta ou indiretamente ao poder público. Esses centros de tratamento especializado foram destinados a atender um problema da esfera social e dar suporte institucional ao cumprimento legal da legislação brasileira, com a ideologia de dar assistência aos dependentes de drogas (Bittencourt, 1986; Machado, 2006).

A criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi estabelecida com base na referida Lei n. 6.368. O CONFEN tinha como princípio exercer orientação normativa, elaboração de planos, coordenar, supervisionar, controlar e fiscalizar as atividades relacionadas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes que poderiam causar dependência física e psíquica no indivíduo:

O CONFEN era composto por representantes dos vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores), por um representante do Departamento da Polícia Federal, um da Vigilância Sanitária, um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça e um médico psiquiatra escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça (Machado, 2006, p.39).

Em 1998, o CONFEN foi extinto por meio da Medida Provisória n. 1.669, de 19/06/1998. Diante disso, foi criado o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que, de acordo com Decreto n. 3.696 de 21/12/2000, instituiu o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). De acordo com esse Decreto, os objetivos do SISNAD eram:

- I - formular a Política Nacional Antidrogas;
- II - compatibilizar planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, bem como fiscalizar a respectiva execução;

- III - estabelecer prioridades entre as suas atividades, por meio de critérios técnicos, econômicos e administrativos;
- IV - promover a modernização das estruturas das áreas afins;
- V - rever procedimentos de administração nas áreas de prevenção, repressão, tratamento, recuperação e reinserção social;
- VI - estabelecer fluxos contínuos e permanentes de informações entre seus órgãos, bem como entre seus órgãos centrais e organismos internacionais;
- VII - estimular pesquisas, visando ao aperfeiçoamento das atividades de sua competência;
- VIII - promover a inclusão de ensinamentos nos cursos de formação de professores, em todos os níveis, referentes a substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica; e
- IX - promover, junto aos órgãos competentes, a inclusão de itens específicos nos currículos de todos os graus de ensino, com a finalidade de esclarecer os alunos quanto à natureza e aos efeitos das substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica (Brasil, 2000, p. 1).

No ano de 1998, segundo Machado (2006), aconteceu o I Fórum Nacional Antidrogas no Brasil, com a presença de vários segmentos que atuavam na área de drogas, como pessoas ligadas às comunidades terapêuticas e aos projetos de redução de danos, policiais e pesquisadores. A partir desse encontro colocou-se a necessidade de formulação de uma Política Nacional Antidrogas. Foi observado que,

Nesse documento, no Capítulo sobre Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área de drogas e o setor de saúde do Brasil. As federações de comunidades terapêuticas, que se faziam presentes em maior número, reivindicaram e fizeram constar no documento a necessidade de se iniciar o processo de definição das normas mínimas de regulação das instituições de tratamento. A presença de profissionais e de militantes da área de redução de danos favoreceu a inclusão de um capítulo destinado à Redução de Danos Sociais e à Saúde na Política Nacional Antidrogas (p.49).

Em 2001, foi realizado o II Fórum Nacional Antidrogas, no qual foi apresentada à sociedade a Política Nacional Antidrogas. Machado (2006) observa que a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutia a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS, foi realizada no mesmo dia e cidade em que ocorria o Fórum, contendo dois capítulos diretamente relacionados à área de saúde. Segundo a autora, trata-se de uma prova da dificuldade de articulação entre setor público de saúde e a área de drogas.

Em 2002, por meio do Decreto Presidencial n. 4.345, de 26 de agosto de 2002, segundo Duarte e Dalbosco (2011), foi instituída no Brasil a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD). Em 2004 foi feito o realinhamento e a atualização da política, através do Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas, quando se passou a adotar a denominação Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Já em 2005, o processo de formulação da PNAD foi

concluído. Para Motta e Ronzanni (2013), o PNAD teve como princípio a diferenciação entre usuário, dependente, traficante e a pessoa que faz uso indevido da droga. Para o PNAD, os traficantes devem sofrer medidas de repressão, enquanto os usuários devem ter direito à recuperação da saúde de acordo com as suas necessidades. Existem vários padrões de uso das drogas, não somente a dependência. Desta forma, devem-se estabelecer ações assistenciais distintas de acordo com o tipo de problemas ocasionados pelo consumo da droga, como a prevenção, tratamento e reinserção social.

Atualmente, o órgão governamental que opera o SISNAD é o Ministério da Justiça, sendo a Polícia Federal o órgão executivo que realiza a redução da oferta²⁰ e a SENAD o órgão que executa as ações de redução da demanda. O CONAD formula as políticas sobre drogas para o SISNAD, diante da participação de diferentes representantes da sociedade, tendo como finalidade formular e propor estratégias para a redução da demanda e da oferta de drogas. Existem ainda os Conselhos Estaduais sobre Drogas e recomenda-se aos municípios implantarem os Conselhos Municipais sobre Drogas (Motta & Ronzani, 2013).

Em 2006 foi sancionada a Lei 11.343/2006, considerada um avanço na legislação brasileira, por suprimir a pena de privação de liberdade para os usuários de drogas, garantindo os seus direitos e condição de tratamento, devendo, assim, serem encaminhados para tratamento em instituições para dependentes de álcool e drogas (Brasil, 2007; Duarte & Dalbosco, 2011).

Motta e Ronzanni (2013) relatam que, no ano de 2006, foi instituída a Política Nacional Sobre Drogas. Nessa política, a prática de redução de danos é abordada como alternativa assistencial aos seus usuários. Outras medidas também eram definidas, tais como:

- Realização de diagnósticos sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, através da realização de pesquisas;
- Tratamento e reinserção social de dependentes;
- Realização de campanhas de conscientização quanto aos danos causados pelo álcool;
- Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis, como por exemplo, crianças e adolescentes;
- Prevenção de acidentes de trânsito correlacionados com o uso de bebidas alcoólicas;
- Investimento na capacitação de profissionais;
- Estabelecimento de parcerias com municípios e fortalecimento das relações intergovernamentais;

²⁰ A redução de oferta abrange as atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (Duarte & Dalbosco, 2011).

- Incentivo à regulação, ao monitoramento e à fiscalização de bebidas alcoólicas (p. 303).

Em julho de 2008 foi sancionada a Lei n.11.705, conhecida como “Lei Seca”, cuja finalidade é penalizar o motorista que dirigir alcoolizado, estando sujeito a receber multa, apreensão do veículo, suspensão do direito de dirigir por doze meses ou ser detido por um período que varia de seis meses a três anos. Essa lei proíbe a venda de bebidas alcoólicas em rodovias federais. Os estabelecimentos que comercializarem esses produtos são obrigados a colocarem informativos declarando que dirigir sob influência do álcool é considerado crime (Duarte & Dalbosco, 2011; Motta & Ronzanni, 2013).

No ano de 2011, foi lançado o Programa “Crack é possível vencer”, que tem como objetivo articular e coordenar ações intersetoriais com afinidade de enfrentar o tráfico, realizar ações de prevenção, tratamento e reinserção dos usuários dependentes de *crack*, álcool e de outras drogas na sociedade. Esse programa está baseado em três eixos: prevenção (através da educação; capacitação de profissionais, conselheiros e líderes comunitários e religiosos); cuidado (aumentar a oferta de cuidados através de dispositivos da rede de saúde, como consultório de rua, CAPS, CREAS, entre outros); e autoridade (enfrentamento do tráfico junto as polícias estadual e federal) (Duarte & Dalbosco, 2011).

Observa-se que foram criadas algumas estratégias para o tratamento, recuperação e reinserção dos usuários através de legislações, decretos e programas. Assim se torna necessário que os serviços estejam adaptados para receberem essa população, necessitando de estratégias que possam servir de meios para que os usuários sejam tratados de forma singular, sem desconsiderar sua condição de sujeitos e cidadãos.

4.3- Políticas de Redução de Danos no Brasil

O primeiro caso de AIDS constatado no Brasil ocorreu em 1982. Segundo Machado (2006), essa ocorrência foi associada às relações homossexuais entre pessoas da classe média alta:

Havia, entre as autoridades sanitárias, controvérsias quanto à necessidade de abordagem dessa doença no setor público de saúde. Em função de preconceitos e da falta de compreensão dos riscos que a doença colocava para a população em geral, o poder público resistia a abordar esse fenômeno. Porém, a rápida expansão da doença

para outros segmentos – hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e heterossexuais – e a possibilidade de sua expansão para grande parte da população colocaram como necessária a criação de uma política pública de saúde para o controle da AIDS(p.61).

Em 1985, a partir da mobilização de profissionais que trabalhavam com a AIDS e de militantes do movimento homossexual surgiu o Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS (GAPA). Em 1986, foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), que discutia a inexistência de controle da qualidade do sangue e dos hemoderivados no Brasil e a ausência de intervenções em situações relacionadas à contaminação entre os politransfundidos, principalmente hemofílicos (Machado, 2006).

Em 1989, no município de Santos, foi adotada a Redução de Danos como estratégia da saúde pública para a prevenção de HIV aos usuários de drogas injetáveis com a distribuição de seringas. A redução de danos foi se tornando uma estratégia de produção de saúde, sem discursos impositivos, morais ou éticos, tratando o dependente como igual, respeitando o indivíduo que não quer deixar de consumir drogas. Buscavam-se, assim, meios de melhorar a sua qualidade de vida, através de estratégias de prevenção e de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2008; Passos & Souza, 2011; SENAD, 2013).

Segundo Moreira e Araujo (2008), em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), e desenvolvidas estratégias de Redução de Danos (RD). Em outubro de 1997, foi criada a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), atualmente denominada Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, tendo como finalidades:

a) promover e incentivar estudos sobre os temas relacionados ao consumo de substancias psicoativas sob a ótica da RD; b) articular e apoiar ações científicas e sociais que propiciem a implantação e/ou o fortalecimento de políticas e programas de RD associáveis ao consumo de substancias psicoativas; c) articular e congregar e facilitar o intercambio de profissionais das diversas áreas que trabalham com RD associáveis ao consumo de drogas (Moreira & Araujo, 2008, p.3).

Em São Paulo, no ano de 1998, foi fundada a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD), com propostas nos campos da promoção da saúde e de respeito aos direitos humanos. A partir de 2003, as ações de Redução de Danos se tornaram estratégia da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política Nacional de Saúde Mental. As ações de RD foram ampliadas a outras populações e não somente aos usuários de drogas injetáveis, mas para presidiários, meninos de rua,

profissionais do sexo, usuários de *crack* e usuários de anabolizantes (Andrade, 2011; Passos e Souza, 2011).

As ações de RD não estão restritas somente à distribuição de seringas e preservativos. Fazem parte dessas ações o aconselhamento, encaminhamento para a rede social e de saúde, distribuição de materiais informativos, orientação quanto à higienização, alimentação, atividades recreativas, culturais, artísticas e encaminhamento para testagem do HIV. Tais ações buscam, junto ao território, o acesso dessa população aos serviços assistenciais, mesmo que se encontre inicialmente resistência da comunidade devido ao estigma que permeia o universo do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas (Alves, 2009).

Para Souza et al.(2007), a estratégia da redução de danos está baseada nos modelos teóricos sociocultural e geopolítico estrutural, nos quais as drogas são consideradas como um problema de ordem social. Busca-se a redução dos efeitos danosos das drogas para, assim, se obter uma melhoria do bem-estar geral do usuário, ajudando-o a conviver em sociedade. Segundo a International Harm Reduction Association – IHRA (2010),

redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas (p. 1).

Para o desenvolvimento de ações pautadas em redução de danos é necessário que se possa contar com pessoas empenhadas e capacitadas para ajudar esses usuários, surgindo, assim, em 2003, as Escolas de Redutores de Danos do SUS. Os técnicos capacitados (redutores de danos) podem exercer suas atividades através nos Projetos de Redução de Danos, nas ações territoriais dos CAPS AD, nos Consultórios de Rua, nas salas de espera de outros serviços de saúde ou participando do matriciamento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Andrade (2011) defende a necessidade de reconhecimento da categoria profissional de redutor de danos: *embora previsto a nível federal, por razões administrativas e/ou ideológicas, os redutores de danos têm encontrado dificuldades para uma vinculação formal nos CAPS AD, nos Consultórios de Rua e nos próprios PRD* (p. 4671).

Para que esse programa fosse efetivado em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, que regulamentou as ações que visam a redução

de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de substâncias que causem dependência, e a Portaria n. 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, que destinou incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS AD (Moreira & Araujo, 2008).

Para a SENAD (2013), a estratégia de Redução de Danos é compreensiva às práticas sexuais e aos comportamentos relacionados ao uso de substâncias, evitando assim intervenções autoritárias e preconceituosas: *a diversidade é contemplada ao compreender que cada indivíduo estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas como pacotes prontos e impostos para todos é ineficaz e excludente* (p. 160). Assim,

Os profissionais que atuam nesse programa devem assumir uma postura compreensiva e inclusiva, considerando o usuário como um ser racional e, portanto, os serviços de tratamento/saúde devem estabelecer com ele relações de cooperação, sem o uso de técnicas hostis ou confrontativas, mas utilizando, essencialmente, o serviço na comunidade através de educadores de saúde e do recrutamento de ex-usuários para atuarem como redutores de danos. Respeito às diferenças, retomada do acesso à dignidade e à cidadania, abordagem humanitária para os que estão em maior risco e atuação preventiva junto às populações ainda não atingidas são algumas das atribuições desse novo modelo que tem uma filosofia pragmática e humanitária, isenta de julgamentos crítico morais, optando pela saúde e responsabilidade pessoal, mais do que pela punição decorrente de comportamento inadequado (Souza et al., 2007, p. 214).

A Redução de Danos é um método que visa à corresponsabilidade do usuário com o tratamento, vinculando-se ao profissional, que deve ser corresponsável pelos caminhos a serem construídos na vida do usuário. A ação de redução de danos deve ocorrer no território, com a construção de redes de suporte social, com equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com as redes de saúde, de educação, de trabalho e de promoção social. Pretende-se, assim, criar autonomia dos usuários e seus familiares, orientando-os a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, *usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida* (Brasil, 2004, p. 4).

4.4- O papel do CAPS AD no cenário da política sobre drogas

No Brasil, a questão das drogas era delegada às instituições da justiça, segurança pública e associações religiosas. Isso levou a uma disseminação de instituições fechadas, baseadas na prática medicamentosa, disciplinar e algumas de cunho religioso, tendo como objetivo quase exclusivo a abstinência. Tais modelos de assistência aos usuários de álcool e outras drogas acabaram reforçando o isolamento social e o estigma. Diante disso, em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que tinha como estratégia construir uma rede pública de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas com ênfase na reinserção social (Brasil, 2007).

Após uma década da criação dos primeiros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos no Brasil para pessoas com sofrimento mental, surgiram na segunda metade dos anos 1990 os primeiros serviços de saúde mental voltados para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de drogas, em Natal/RN em 1996, e em Santo André/SP em 1998 (Alves, 2009). Os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) foram regulamentados em 2002, por meio da Portaria GM n. 336. A implantação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, por sua vez, foi garantida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 816/GM, de 2002, indicando que este deve ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Machado, 2006; Brasil, 2004b).

Em 2005, através da Portaria GM n. 1.059/05, foram criados incentivos financeiros para os CAPS AD, que *foi considerado a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas e utilizando as estratégias de redução de danos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde* (Brasil, 2007, p. 40). Como estratégia para implantação da Rede de Atenção Psicossocial, o Governo do Estado de Minas Gerais, através da Resolução SES-MG n. 3.149, de 17 de fevereiro de 2012, instituiu o Grupo Condutor Estadual de Rede de Atenção em Saúde Mental, composto por representantes dos municípios e das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e Secretarias Regionais de Saúde (SRS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e da Coordenação Estadual de Saúde Mental.

Tomando como base a Portaria n. 3.088/2011, o Grupo Condutor propõe uma rede para suprir os vazios existentes. Assim, em 4 de abril de 2012 foi instituída a Rede de Atenção

Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no Estado de Minas Gerais. Os pontos de atenção são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a Equipe de Consultório na Rua (ECR) e o Centro de Convivência e Cultura (CCC), além dos Centros de Atenção Psicossocial Especializada: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i), e os CAPS AD, contemplando duas modalidades:

O CAPS AD: atende adultos e/ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS AD III: atende adultos e/ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (Brasil, 2013, p. 30).

O CAPS AD deve funcionar das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, tendo, diariamente, um profissional técnico de plantão para acolhimento dos usuários, devendo oferecer condições para o repouso, para que ocorra a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não necessitem de atenção clínica hospitalar. Os serviços que não funcionarem em período noturno devem ter como apoio os leitos psiquiátricos em hospital geral (Souza et al., 2007; Brasil, 2004a, 2013).

O CAPS AD deve desenvolver atendimento individual e em grupo, oficina terapêutica e visita domiciliar, dentre outras estratégias de cuidado, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. Deve incluir os familiares nas atividades, pois a família pode ser uma parceira no desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável (Souza et al., 2007; Brasil, 2004b).

Nesse serviço é importante trabalhar sob três lógicas: a lógica da redução de danos, na qual se estabelece um padrão de consumo de drogas que prejudique menos a saúde; a lógica da reforma psiquiátrica, na qual são estabelecidos laços sociais e familiares e uma rede de cuidados; e a lógica da clínica, em que se tem a *retificação do sujeito frente ao gozo, buscando outras formas de satisfação que inclua uma divisão subjetiva* (Machado & Faria, 2012, p.3). Podemos apontar que a abstinência pode ser um objetivo, caso contribua para

ganho de autonomia do sujeito, mas não é colocada como critério para ser acolhido ou para frequentar o serviço. De acordo com Dias (2008), esse dispositivo é estratégico para a consolidação de uma política pública democrática para álcool e outras drogas no Brasil.

Conforme dados do mês de dezembro de 2012, da Coordenação Estadual de Saúde de Minas Gerais, existiam 26 CAPS AD Tipo II e 6 CAPS AD Tipo III em funcionamento no estado. Para o ano de 2014 foram pactuados um total de 52 CAPS AD Tipo II e 41 CAPS AD tipo III (Brasil, 2013). A construção desse serviço deve envolver um ciclo que pode ser sintetizado da seguinte forma, segundo Mota e Ronzani (2013):

- Formulação: etapa em que se projetam os objetivos e se idealiza o que a política irá fazer;
- Implementação: etapa em que a Política é colocada em prática e vivemos a experiência real e concretiza-lá;
- Avaliação: etapa em que é avaliado se a política atingiu os objetivos na fase de formulação (p. 309).

A etapa de implementação segue como um período de aprendizagem política, podendo ocorrer durante esse processo problemas de coordenação intergovernamental e poucos recursos, que não foram previstos no período de formulação. Desta forma, o processo de implementação do serviço é considerado dinâmico, que pode se confrontar com a realidade e nos desafiar para a construção das políticas públicas (Mota & Ronzani, 2013).

5- OBJETIVOS

5.1- Objetivo geral

Descrever e analisar o processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em um município do estado de Minas Gerais.

5.2- Objetivos específicos

- Descrever os processos e etapas transcorridos durante a implantação do CAPS AD em um município do estado de Minas Gerais;
- Analisar as fragilidades e potencialidades do processo de implantação do serviço;
- Discutir as implicações e o impacto da implantação do serviço no município em questão.

6- MÉTODO

A presente pesquisa tem como objetivo estudar o processo de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), localizado em um município do estado de Minas Gerais, a partir de descrições detalhadas desse evento. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que, de acordo com Neves (1996), tem como objetivo coletar dados descritivos mediante contato direto e interativo do investigador com o objeto de estudo. Para Gil (2009), esse método permite que o pesquisador conheça um determinado fenômeno em seu estado real, permitindo uma aproximação com os eventos de acordo com o ponto de vista dos próprios autores, em sua totalidade e nos processos de mudança.

É a partir do método qualitativo que as coletas de informações de pesquisa foram realizadas. O desenvolvimento da investigação supõe um corte temporal e espacial do fenômeno pelo pesquisador. Através desse corte, foi se definindo o campo, a dimensão e o território estudado (Neves, 1996). Esse tipo de pesquisa, segundo Turato (2005), tem como características principais: o interesse do pesquisador pela busca do significado dos fenômenos; o não controle de variáveis no campo de observação; o pesquisador é o principal instrumento de pesquisa, utilizando seus órgãos dos sentidos e a não generalização dos resultados obtidos, cabendo ao leitor refletir sobre a plausibilidade e utilidade desses conhecimentos e conceitos em outros estudos.

6.1- Coleta das informações de pesquisa

Foi utilizado nesta pesquisa o método do estudo de caso como estratégia para a coleta dos dados. Segundo Yin (2010), o estudo de caso é usado em várias situações, contribuindo para o conhecimento de fenômenos grupais, sociais, individuais, entre outros. Esse também é considerado um método de pesquisa comum, utilizado na educação, psicologia, ciências políticas e em diferentes áreas do conhecimento, permitindo que as características holísticas e significativas dos eventos da vida real sejam retidas pelos investigadores.

André (1984) refere-se ao estudo de caso como um método que busca a descoberta, no qual o pesquisador deve estar atento aos elementos que podem surgir durante o estudo e que ele considerar importantes. Para isso, é necessária a compreensão do objeto dentro do contexto em que este se insere. Segundo a mesma autora, com o método de estudo de caso, o

pesquisador tem a possibilidade de descrever a realidade e as experiências obtidas ao longo do estudo. Assim, uma variedade de dimensões de uma determinada situação pode ser revelada, sem deixar de ressaltar os detalhes e as situações específicas que favoreçam uma maior apreensão do objeto de pesquisa.

Esse método utiliza várias fontes de informação coletadas em diferentes momentos e situações ocorridas com diferentes informantes (André, 1984). Os estudos de caso, segundo Gil (2009), permitem investigar o caso pelo “lado de dentro”, favorecendo a compreensão do fenômeno sob o ponto de vista dos membros dos grupos ou das organizações. Assim, esse método foi utilizado devido ao fato de responder aos objetivos da pesquisa.

Para Minayo (2010), *os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear e descrever, analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômenos ou episódios em questão* (p.164). Para Ventura (2007), o estudo de caso é adequado para pesquisadores individuais que visam estudar em profundidade um aspecto de um problema dentro de determinado período de tempo. De acordo com esses autores, pode-se aplicar esse método para compreender principais aspectos do objeto de estudo num dado período de tempo. Por isso, esse método permitiu investigar o processo de implantação do CAPS AD, apresentando suas características específicas durante um determinado período de tempo.

O estudo de caso, segundo Yin (2010), tem como essência a tentativa de esclarecer uma decisão específica ou em seu conjunto a fim de saber como essas decisões são adotadas, implementadas e quais foram seus resultados ou efeitos. Para o mesmo autor, o método investiga em profundidade um fenômeno em seu contexto de vida real. Isso é coerente com o processo de implantação do serviço de saúde mental, em vigência no período da coleta de dados.

Para Ventura (2007), o estudo de caso se torna exemplar quando é completo, elaborado de forma atraente e apresenta evidências suficientes. Para isso, é necessário que se explorem as várias dimensões de um fenômeno e que o planejamento da pesquisa seja flexível e adequado conforme as necessidades apontadas no transcorrer do trabalho de campo.

Ao descrever o desenvolvimento das etapas de uma pesquisa, Minayo (2011b) sugere que o investigador trabalhe o conhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis de acordo com o tipo de informações, para que se cumpram os objetivos do estudo. A mesma autora considera que, para se realizar uma pesquisa, é necessária a

fundamentação baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas, linguagem que se constrói com um ritmo próprio e particular (p. 26). Dessa forma, o processo de investigação pode ser chamado de ciclo de pesquisa, que começa com uma pergunta e termina com uma resposta, dando origem a interrogações.

Seguindo o ciclo proposto por Minayo (2011a), este trabalho encontra-se estruturado em três momentos: fase exploratória, trabalho de campo e análise do material empírico e documental.

6.2- Fase exploratória

Para Ventura (2007) e Gil (2009), a delimitação da unidade que compõe o evento se apresenta como a principal etapa de um estudo de caso. As habilidades do pesquisador serão exigidas a fim de saber quais dados serão suficientes para a compreensão e delimitação do objeto de estudo.

Para Minayo (2010), a fase exploratória compreende desde a etapa de construção do projeto de pesquisa até a entrada em campo. Nessa fase, é necessário empenho, investimento do pesquisador com a definição e a delimitação do objeto, da amostra e dos métodos utilizados para a entrada em campo. Aqui, constitui-se o projeto propriamente dito, com a descrição do objeto de pesquisa até a entrada em campo, com base em referências bibliográficas e na escolha do referencial metodológico, com detalhamento do processo de operacionalização da pesquisa. No momento da exploração do campo de pesquisa é necessário escolher o espaço, o grupo a ser estudado e a estratégia para a entrada em campo (Minayo, 2010).

A partir das definições descritas acima, a presente pesquisa foi realizada em um serviço de saúde mental que estava em processo de implantação, mais especificamente, um CAPS AD. O objetivo do serviço será trabalhar com a lógica da redução de danos aos usuários e dependentes de álcool e de outros tipos de drogas. A escolha desse serviço substitutivo deu-se a partir do interesse da pesquisadora em ter conhecimento da implantação do serviço de atenção psicossocial no mesmo município, o que possibilitou acompanhar as etapas do processo de implantação do CAPS AD, que foi um momento único na cidade. Foram focalizados períodos e momentos distintos, os possíveis interesses e intervenções dos

gestores e dos trabalhadores de saúde mental dos serviços do município, bem como de outros segmentos e setores das políticas públicas locais.

Com o conhecimento da pesquisadora em relação à rede de atenção psicossocial, foi possível realizar os primeiros contatos e entrevistas informais com os atores envolvidos no processo de implantação do serviço, fazer observações e mapear quais caminhos devem ser percorridos para viabilizar a aquisição das informações necessárias para o estudo de caso.

Para favorecer a validação do estudo, foi incluída a participação de um estagiário de pesquisa no processo de coleta de dados e entrevistas. De acordo com Minayo (2010), para se garantir mais universalidade de conhecimento, torna-se fundamental a comparação de vários tipos de abordagens sobre a mesma realidade empírica. Deste modo, pode se utilizar dois ou mais pesquisadores para obter maiores informações a fim de autenticar os resultados da pesquisa (Gil, 2009).

6.3- Trabalho de campo

O trabalho de campo, segundo Minayo (2011a), permite que o pesquisador se aproxime da realidade sobre a qual se formulou uma pergunta a partir da interação entre autores, construindo, assim, um conhecimento empírico importante para a pesquisa. A coleta de dados da instituição e das pessoas foi realizada com integração e controle de seus eventos.

O pesquisador, ao adquirir constantemente informações relacionadas ao processo de implantação do serviço, observou que esse processo tem etapas distintas, tais como: elaboração do projeto do CAPS AD; aprovação do projeto com a destinação de orçamento para a implantação; dificuldades para encontrar um estabelecimento adequado para a implantação do serviço, etc. Após a mudança de gestão municipal no começo do ano de 2013, ocorreu a elaboração do cronograma e não implantação do serviço de acordo com a data estipulada no cronograma.

Durante essas etapas, uma conversa com os gestores e profissionais envolvidos no processo de implantação do serviço foi iniciada, conforme suas disponibilidades e interesses em participar do estudo. Foi apresentada uma carta introdutória contendo informações gerais sobre a pesquisa e apresentação da vinculação ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da UFSJ.

Os motivos da pesquisa foram apresentados em linguagem de senso comum, justificando a escolha do entrevistado e da instituição para a pesquisa. Guerriero, Schmidt e Zicker (2008) sugerem que,

na pesquisa em que um ser humano é seu participante, deve-se atentar para os seguintes conceitos éticos: 1) consentimento do sujeito; 2) manutenção da privacidade das informações dos envolvidos; 3) aprovação pelos pares e pela comunidade, geralmente a partir dos Comitês de Ética nas instituições (ver: Brasil, Resolução 01/88, 1988; Brasil, Resolução 196/96, 1996) (p. 241).

6.3.1- Instrumentos de coleta de informações da pesquisa

Para Gil (2009), os estudos de caso são mais flexíveis do que outros métodos de pesquisa porque tendem a descrever e explorar mais do que explicar um determinado evento, deixando o pesquisador mais livre para adotar procedimentos e diferentes tipos de técnicas para a coleta de dados. Yin (2010) aponta seis fontes de evidências que são mais utilizadas no estudo de caso: documentos escritos, registro em arquivos, entrevistas, observação direta e participante e artefatos físicos. Os instrumentos utilizados se complementam, sendo que nenhum se destaca sobre o outro; assim, o estudo de caso pode utilizar-se de tantas fontes quanto possível.

A informação através de documentos pode tomar várias formas, tais como: memorandos, anotações, diários, relatórios, documentos administrativos, recortes de jornais e outros artigos que aparecem na mídia (Yin, 2010). As informações adquiridas no processo de implantação do CAPS AD foram registradas através do diário de campo do pesquisador, uso de fotografias, entrevistas formais e informais, observação participante e documentos administrativos como o projeto, cronograma e plano de ação para implantação do CAPS AD e atas de reuniões com os municípios que pactuaram o serviço, etc.

Segundo Yin (2010), a entrevista é uma das fontes mais importantes de informação no estudo de caso. As entrevistas foram realizadas com os profissionais que participaram da elaboração do projeto do CAPS AD, como o Promotor de Justiça que elaborou o Termo de Ajustamento e Conduta, determinando prazo para a implantação do serviço. Uma servidora que foi contratada para trabalhar no novo serviço também foi entrevistada, juntamente com os que participavam do processo de implantação do serviço substitutivo na cidade, visando

conhecer os meios que utilizaram para inserir o serviço na região, os procedimentos utilizados e seu possível desfecho. Além disso, visou levantar os desafios e facilitadores na sua efetivação. Tanto as entrevistas quanto as observações foram realizados em dias, horários e locais previamente acordados com os sujeitos.

Segundo Gil (2009), nos estudos de caso não é necessário utilizar técnicas de seleção de uma amostra para representar o universo estudado. No entanto, é essencial que os participantes da pesquisa sejam apropriados para proporcionar informações relevantes. Assim, foi possível identificar alguns atores que compuseram o estudo. Foram entrevistados os coordenadores de saúde mental dos anos 2008 a 2011 e 2013. Para relatar como ocorreu a elaboração do projeto do CAPS AD, foi entrevistado um servidor envolvido da gestão 2008 a 2012 e uma servidora designada para trabalhar no CAPS AD, relatando suas frustrações durante o período de implantação deste serviço. Também foi realizada entrevista com o promotor de justiça do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, como o objetivo de adquirir informações sobre o inquérito civil que determinou o período da inauguração do CAPS AD.

De acordo com Yin (2010), a coleta de dados pode ocorrer por meio da observação direta e durante as visitas no campo de estudo, com observações dos tipos de ocorrências de determinados comportamentos durante um período de tempo. Podem-se usar fotografias do local de estudo para tornar as observações mais valiosas. Assim, esses dispositivos foram utilizados como fontes para coleta de dados sobre processo de elaboração do serviço.

Outro tipo de método de coleta de dados proposto por Yin (2010) e considerado importante para o estudo de caso é a observação participante, na qual o observador pode participar do evento, com oportunidade de ter acesso aos eventos, coletando evidências e captando a realidade interna do acontecimento estudado. A observação participante foi realizada com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre o processo de implantação do CAPS AD, com a participação em reuniões com a comissão de profissionais responsáveis pela implantação do serviço. Com isso, várias informações e documentos foram adquiridos, durante o período da coleta, como o processo licitatório, o termo de ajustamento e conduta da Promotoria de Justiça, através do qual determinaram o prazo para a implantação do CAPS AD. Também foram realizadas anotações referentes aos relatos informais de reuniões que com a Referência Técnica de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais com o objetivo de adquirir informações das reuniões de pactuação do CAPS AD

6.4- Análise do material empírico e documental

Ventura (2007) e Gil (2009) apontam que os processos de seleção, avaliação e análise dos dados envolvem a escolha dos elementos pertinentes ou não do estudo, com a identificação de todas as informações levantadas no campo de pesquisa e daqueles que são relevantes à pesquisa. Isso porque nem todas as informações necessariamente deverão ser analisadas; apenas aquelas que serão importantes para responder aos objetivos da investigação.

Para Gil (2009), *a análise e interpretação de dados nos estudos de caso é uma atividade complexa, pois não há consenso acerca dos procedimentos a serem adotados* (p. 91). Assim, a análise se inicia desde a primeira entrevista, observação e leitura de um documento. Cada palpite ou hipótese direciona a nova etapa de coleta de dados, que vai conduzindo ao refinamento e reformulação das questões do estudo. A partir disso, vai se construindo a análise e a interação dos resultados.

O trabalho analítico nos estudos de caso, para Gil (2009), é altamente intuitivo. Convém ao pesquisador ter uma visão sobre os principais modelos de análise. Nesta pesquisa, foi utilizado como abordagem analítica o modelo clássico, que, de acordo com o autor, trata-se de prática desenvolvida pelos pesquisadores na pesquisa social *onde é o pesquisador que desenvolve uma estrutura capaz de reunir, organizar e sumarizar os dados sem que haja vinculação a pressupostos teóricos ou modelos previamente estabelecidos* (Gil, 2009, p. 93). Essa abordagem é conveniente quando o estudo tem finalidades exploratórias.

Gil (2009) apresenta alguns modelos de estrutura redacional em estudo de casos. Para esta pesquisa, foi utilizada a estrutura descritiva, específica para estudos referentes a organizações e comunidades, sendo que:

Seus relatórios iniciam-se também com uma introdução, que esclarece acerca das organizações seguintes. Estas seções podem se referir, por exemplo, aos vários aspectos da vida social de uma comunidade (parentesco, educação, religião, trabalho etc.) ou aos departamentos que compõem uma empresa. Esta estrutura também é preferida por pesquisadores que desenvolvem seus estudos sob enfoque fenomenológico ou etnográfico (p. 129-130).

Para o autor supracitado, a parte mais importante do estudo de caso é a descrição, podendo abranger de 60 a 70% do relato, e o restante em interpretação. Assim, na referida

pesquisa a descrição das etapas do processo de implantação do serviço substitutivo foi mais intensa e abrangente no decorrer da estrutura redacional.

No estudo de caso, os dados têm prevalência qualitativa e com aspectos objetivos do pesquisador; a análise, coleta de dados e relatório segue em paralelos; o pesquisador define o estilo de relatório, devendo não esquecer que se trata de um relatório científico e que, por conseguinte, as questões relativas à precisão, objetividade e impessoalidade não devem ser esquecidas (Gil, 2009). Portanto, é importante elaborar os relatórios parciais e finais, exemplificando como os dados foram coletados. O relatório deve ser conciso e apresentar detalhadamente os registros. Com isso, as etapas do processo de implantação do serviço foram detalhadas e descritas ao decorrer do estudo. Finalmente, na última etapa sugerida por Ventura (2007), ocorreu a produção da dissertação.

6.5- Considerações éticas

Esta pesquisa segue a Resolução/UFSJ/CONSU nº 050²¹, de 30 de outubro de 2006, que aprova o protocolo de pesquisa submetido à Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES).

O protocolo encaminhado ao Comitê, dispondo informações gerais sobre o projeto e os procedimentos éticos que serão estabelecidos (exemplo: sigilo das informações e divulgação dos dados), foi assinado pelos coordenadores de cada instituição e pela equipe de pesquisa. Os coordenadores que desejaram também receberam o protocolo via email.

No momento em que foi realizada a coleta de dados, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo, o qual esclarece: o caráter voluntário de sua participação; o objetivo do estudo; sigilo dos dados e anonimato dos sujeitos; possibilidade de desistência quando for de desejo do participante e o fato de o estudo não envolver procedimentos que o coloquem em risco, sendo tomados os devidos cuidados contra o “vazamento” de informações, como o arquivamento do material por cinco anos em local de acesso exclusivo da pesquisadora. O TCLE ainda oferece ao participante um telefone de contato para a obtenção de maiores esclarecimentos da pesquisa.

²¹Recuperado de: http://www.ufsj.edu.br/cepes/instrucoes_gerais.php. Acesso: 05 nov. 2012.

Somente após todos os esclarecimentos que se fizeram necessários acerca da pesquisa, a apresentação do TCLE e a sua assinatura pelo participante confirmando o seu consentimento, foi dado o início à coleta de dados.

7- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para Yin (2010), as evidências do estudo de caso podem vir de várias fontes, e estas estão associadas a uma série de dados, que se complementam para a elaboração do relatório de pesquisa. A construção da narrativa sobre o processo de implantação do CAPS AD baseou-se em fatos e relatos identificados em entrevistas, atas de reuniões, diário de campo, fotografias e documentos da gestão municipal e estadual de saúde.

No estudo de caso, de acordo com Yin (2010), o tipo de abordagem das evidências podem ser apresentadas em ordem cronológica. Assim, a sequência das seções pode seguir as fases iniciais, intermediárias e finais da história de um caso, onde os eventos podem ocorrer linearmente ao longo do tempo. A partir do trabalho de campo desta pesquisa, realizou-se a classificação e agregação dos dados, identificados em etapas que permitiram uma melhor compreensão dos materiais coletados.

7.1- Elaboração e aprovação do projeto do CAPS AD

A primeira etapa permitiu identificar como ocorreu a elaboração e aprovação do projeto do CAPS AD. A maior parte dos documentos referentes à etapa de elaboração e aprovação do projeto do CAPS AD foi cedida pela Referência Técnica em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais (RTSM) do município estudado. Foram consultadas a ex-coordenadora e uma das psicólogas do CAPS. Elas informaram que a RTSM provavelmente tinha informações sobre os documentos referentes ao planejamento e implantação de serviços na rede de saúde mental. Assim, supôs-se que documentos relacionados à implantação do CAPS AD estariam sobre sua responsabilidade.

A entrevista com a RTSM ocorreu após contato telefônico. O entrevistado se mostrou bastante disponível e cortês. A reunião foi realizada na Regional de Saúde do município, onde foi apresentado o termo de consentimento e esclarecimento da pesquisa. Logo após explanação do tema, a aquisição dos documentos referentes à implantação do CAPS AD foi autorizada. Estes foram copiados em formato digital para compor os documentos a serem descritos e analisados na pesquisa.

Os documentos adquiridos compõem os Anexos desta dissertação. Foi necessária a organização destes para uma melhor compreensão da trajetória da implantação do CAPS AD no município estudado.

O projeto do CAPS AD foi concluído em outubro de 2011 (Anexo 1), tendo sido encaminhado pela RTSM do município para o coordenador estadual de saúde mental no mesmo mês. O ofício contendo o referido projeto foi enviado com a justificativa da não existência do CAPS AD. Nesse ofício consta que o projeto estava sendo enviado em conformidade com a Deliberação CIB-SUS/MG n. 902, de 21 de setembro de 2011(Anexo 2).

O Art. 1º da Deliberação citada acima aprovou o incentivo financeiro para implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD no âmbito do Estado de Minas Gerais, de acordo com os termos da Resolução SES/MG n. 2938, de 21 de setembro de 2011(Anexo 3). O Art. 1º desta Resolução institui o incentivo financeiro para implantação deste serviço para o exercício financeiro de 2011/2012.

O Art. 2º da Resolução SES/MG n. 2.938 instituiu o valor total do incentivo financeiro, que foi de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), e este seria distribuído entre 20 Municípios que contivesse uma população definida pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002²². Dentre os critérios foi preconizado a não existência de CAPS AD no município. De acordo com o § 5º dessa Resolução, seria repassado o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para cada um dos 20 projetos enviados e selecionados.

O § 4º da Resolução citada acima estipulou que se houvesse um número superior a 20 solicitações para recebimento do incentivo, seriam observados sequencialmente os seguintes critérios: (1) a não existência de CAPS AD no município, (2) na macrorregião e (3) na microrregião, e (4) a não existência de CAPS no município. Após a seleção, a publicação contendo os municípios contemplados a receber o incentivo financeiro ocorreria até a data de 30 de novembro de 2011.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2012-2015) do Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES, 2012), o público-alvo da rede de saúde mental é composto por portadores de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A meta desse plano até o ano de 2015 é a modelagem da Rede de Atenção

²² O conteúdo dessa Portaria foi descrito no Capítulo 3.

Psicossocial. Para as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, o Plano Estadual de Saúde almeja: ampliação para 60 CAPS AD; ampliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais; implantação de 50 unidades de acolhimento no estado e realização de quatro cursos de capacitação e qualificação para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

Com base nessas metas, pressupõe-se que o Governo do Estado de Minas Gerais e a Secretaria Estadual de Saúde têm como objetivo investir maiores recursos para a implantação de CAPS AD no estado. Tais objetivos parecem estar relacionados ao aumento do número de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas que têm procurado a Rede de Atenção Psicossocial. Provavelmente, alguns servidores da rede ainda se encontram despreparados quanto à abordagem e intervenções a esses usuários. Diante disso, a rede deve ser ampliada, estruturada e necessita capacitar os profissionais a identificar, acolher e tratar essa demanda.

Para contemplar o CAPS AD, os Municípios interessados deveriam estar cadastrados no Cadastro Geral de Convenentes (CAGEC)²³. Também deveriam encaminhar para a Coordenação de Saúde Mental/CSM da Diretoria de Redes Assistenciais/DRA da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/SRAS da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde/SUBPAS da SES-MG, até 31 de outubro de 2011, a seguinte documentação: declaração do Prefeito Municipal comprometendo-se a implantar o CAPS AD até 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo financeiro; o projeto que apresentasse a proposta de utilização do incentivo financeiro, contendo: introdução, objetivo, justificativa, plano de ações e cronograma; plano de aplicação dos recursos financeiros e o projeto com plano de aplicação dos recursos financeiros que deveriam ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e pactuados na CIB (Comissão Intergestores Bipartide) Microrregional.

De acordo com Manual do Gestor GEICON, para aprovação dos recursos designados a implantação de serviços, perdia-se muito tempo na emissão de documentos desde a publicação até a prestação de contas. Os termos eram assinados de forma manual. Frequentemente ocorria

²³ Cadastro Geral de Convenentes (CAGEC), que tem como objetivo racionalizar e simplificar o processo de formalização de convênios no âmbito da Administração Pública Estadual e emitir Certificado de Inscrição de Convenentes aos interessados em apresentar propostas, projetos e atividades para realização de Convênios futuros (Governo do Estado de Minas Gerais, 2007b, p. 10).

a perda de prazos e isso gerava dificuldades para a aquisição de recursos para a implantação de serviços. Muitos documentos eram necessários para a conferência da autenticidade dos responsáveis legais (Municípios e Entidades).

Para que o município estudado contemplasse o CAPS AD, eram requeridos os documentos citados acima. Todos deveriam ser providenciados pelo Coordenador da Saúde Mental, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde e a RTSM. Observa-se uma quantidade excessiva de documentos a serem providenciados, o que pode ter sido uma das dificuldades de alguns municípios contemplarem os serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

De acordo com a Resolução SES/MG n 2.938, de 21 de setembro de 2011, os documentos referidos nessa resolução para o processo de adesão do CAPS AD foram realizados por meio manual. E com a utilização do sistema GEICOM ocorreria, assim, agilidade da aquisição de documentos.

Para saber do processo e pleito do CAPS AD no município pesquisado, foi necessária a realização de entrevistas para complementação das informações, sendo umas delas com a Diretora da Saúde Mental do período da elaboração do projeto do CAPS AD. Após contato telefônico, foi agendada a entrevista em seu local de trabalho. Durante o encontro, a entrevistada se mostrou bastante receptiva e comunicativa, foi realizado o esclarecimento da pesquisa, apresentação do termo de consentimento e autorização da gravação. Mas a Diretora da Saúde Mental não assentiu à realização da gravação, mostrando-se intimidada durante as perguntas realizadas, mas não deixou de respondê-las. Após a finalização das respostas, a entrevistada se prontificou a enviar por e-mail as respostas relativas ao questionário. Após uma semana, este foi enviado e analisado conforme descrição a seguir.

Segundo relato da entrevistada, ela participou da elaboração do projeto, mas, para que isso ocorresse, foi necessário conhecer a forma de trabalho e estrutura física de um CAPS AD localizado em outro município. A Diretora, então, baseou-se no projeto desse serviço devido à semelhança da abrangência populacional, demanda para atendimento de pessoas com problemas com álcool e outras drogas, e a proximidade da referência em tratamento hospitalar psiquiátrico.

Durante a coleta de dados e após a aquisição de vários documentos, foi observado que o projeto do CAPS AD do município estudado foi baseado em outro projeto de um município

que implantou esse mesmo serviço. Percebeu-se que esse foi um processo facilitador para a elaboração do projeto do CAPS AD pela Diretora de Saúde Mental.

A entrevistada relata que, para que ocorresse a elaboração do projeto do CAPS AD, foi necessária a realização de reuniões bimestrais com a Referência Técnica em Saúde Mental tanto do estado de Minas Gerais quanto dos municípios integrantes da microrregião. Nessas reuniões foram repassados informes da Secretaria de Saúde do Estado de Minas e do Ministério da Saúde sobre o processo de implantação dos CAPS AD, além de pactuação e repactuação de CAPS que se encontrava em curso à época.

Durante a entrevista com a Diretora de Saúde Mental, a mesma relatou que nas reuniões da CIB, a Referência Técnica em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais informou sobre a Publicação da Resolução SES/MG n 2.938. Após essa informação, a entrevistada elaborou o projeto de acordo com os critérios da Resolução citada acima.

No período da elaboração do projeto técnico para cadastramento e implantação do CAPS AD (Anexo 1) foi elaborada a justificativa para a obtenção do serviço, pontuando *a demanda de usuários de álcool e drogas tem crescido consideravelmente em nossa cidade e região. Percebemos que 50% dos usuários do CAPS I em sistema intensivo sofrem com transtornos provocados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas* (p. 5).

Outra justificativa para a elaboração do projeto foi referente à pesquisa realizada no Presídio Regional do município, pelo Conselho Municipal sobre Drogas (COMAD) e por uma instituição de ensino do município. Na pesquisa relatada no projeto, foi constatado que pouco mais de 80% dos entrevistados faziam uso de álcool e/ou drogas antes da prisão e que o motivo da prisão da metade deles teve relação com o uso ou tráfico de drogas. A pesquisa apontou que quase 70% dos custodiados já tentaram parar de fazer uso de drogas antes da prisão. Por volta de 50% gostariam de receber ajuda para não voltar a usar drogas. Diante da pesquisa realizada, foi observado que a maior parte dos custodiados não foram assistidos e cuidado de forma integral em serviços da rede de atenção psicossocial.

Outra preocupação colocada pela Diretora de Saúde Mental foi a desativação do Conselho Municipal Sobre Drogas (COMAD). Para saber melhor sobre essa desativação, foi realizado contato com umas das servidoras do CAPS, que foi membro do Conselho durante os anos de 2006 a 2010. Segundo seu relato, a desativação do COMAD ocorreu a partir do ano de 2010, devido ao número insuficiente de representantes para a composição do órgão. Diante dessa ausência de membros, foram realizadas várias tentativas para se reunir com os outros

representantes de instituições, como envio de convites formais e pessoais, mas, nos dias das reuniões, a maioria dos participantes não comparecia.

Ela pontuou que o maior desinteresse de componentes nas reuniões foi a ausência remuneração do Conselho aos seus integrantes e também a carência de suporte administrativo e de recursos humanos que garantisse o pleno funcionamento do COMAD. Diante desses entraves, em 2010 ocorreu o rompimento do restante dos membros do Conselho e assim sua desativação.

A partir dos problemas expostos, a Diretora de Saúde Mental observou que era necessária a ampliação de projetos destinados aos usuários de álcool e outras drogas e possível implantação do CAPS AD, diante da inexistência de local público adequado para tratamento específico para essa demanda.

Após a conclusão do projeto, em novembro de 2011 ocorreu a reunião da CIB Microrregional (Anexo 4), com participação das referências técnicas da Saúde Mental tanto do estado de Minas Gerais quanto dos municípios integrantes da microrregião, em que foram discutidos temas relacionados à rede de atenção psicossocial da microrregião. Nessa reunião, uma das pautas abordadas foi o projeto do CAPS AD, foram repassadas informações referentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado e o tipo de funcionamento, entre eles a implantação desse serviço, que supostamente seria instalado no município sede.

Durante a reunião, ocorreram vários questionamentos pelos gestores sobre o serviço do CAPS AD, mas acabaram consentindo e aprovando a sua implantação. Foi acordado que a Secretaria Municipal de Saúde teria de prestar contas bimestralmente para a comissão técnicas dos municípios da CIB, que estavam presentes na reunião. Após aprovação do projeto pelos gestores e Conselho Municipal de Saúde do Município estudado, o projeto foi encaminhado para a Secretaria Estadual de Saúde e para o Ministério da Saúde para apreciação.

Durante a realização da busca dos documentos relativos ao pleito do CAPS AD no Município e de acordo com o Art. 3 da Resolução SES/MG n. 2.938 (Anexo 3), foi possível obter a maior parte dos documentos. Não foi possível ter acesso à declaração do Prefeito Municipal comprometendo-se a implantar o CAPS AD, com o prazo de 12 meses após o recebimento do incentivo financeiro.

A possível justificativa pela ausência dos documentos se deve à desorganização de alguns documentos na Secretaria de Saúde do Município estudado e à deficiência de um local próprio para a realização de pesquisa e aquisição de documentos. Essas limitações podem

estar correlacionadas com a mudança de gestão pública municipal e provável alteração de profissionais que eram responsáveis pelos documentos referentes ao CAPS AD.

Em outubro de 2011, foi encaminhado o Plano de Aplicação de Recursos financeiros para o Coordenador Estadual de Saúde Mental (Anexo 5), com o objetivo de justificar as relações das ações a serem executadas com a utilização dos recursos para a implantação do CAPS AD. As ações incluíam a aquisição de veículo, móveis, equipamentos de acordo com o ambiente, rouparia e materiais para oficinas. Os itens citados neste Plano de Aplicação de Recursos foram elaborados pela ex-coordenadora do CAPS para a Secretaria de Saúde.

Em novembro de 2011 foi encaminhado o documento referente à Resolução n. 003/2011, aprovando a criação do CAPS AD pelo Conselho Municipal de Saúde, do mês de outubro de 2011. Durante o período da coleta de dados foi solicitada, via e-mail e telefonemas, a ata da Reunião do Conselho de Saúde para maiores informações, mas não se obteve retorno pela secretaria desse órgão municipal.

Outros documentos também foram enviados para o Coordenador Estadual de Saúde Mental, como: a pactuação da CIB Microrregional com aprovação da implantação do CAPS AD para a microrregião com a data de Abril de 2014; Cadastro Geral de Convenientes do Estado de Minas Gerais-CAGEC-MG, e a declaração de abertura de conta corrente (Anexo 6). Após o envio dos documentos foram divulgados, conforme a Resolução SES/MG n 3.025,de01 de Dezembro de 2011 (Anexo 7), os 20 municípios contemplados a receber o valor financeiro para a implantação do CAPS AD. O município estudado estava incluído nessa listagem.

7.2- Processo de implantação do CAPS AD durante a transição das gestões municipais

Esta etapa está relacionada ao processo de implantação do CAPS AD durante a transição das Gestões Municipais. Para a obtenção de informações, foram utilizadas estratégias como entrevistas informais, observação participante, visitas a serviços e o acesso a documentos e fotografias. Também foi utilizado o diário de campo como estratégia de aquisição de informações, tendo como objetivo a descrição detalhada dos eventos ocorridos e considerados importantes ao longo desta etapa.

O Coordenador do CAPS do município em estudo foi indicado pela Referencia Técnica da Saúde Mental do Estado de Minas Gerais (RTSM) para relatar como ocorria o processo de implantação do CAPS AD. Seria ele um dos servidores da Secretaria de Saúde

que estaria participando desse processo devido à ausência, desde o final do ano de 2011, do Coordenador de Saúde Mental do município.

Após contato, o Coordenador do CAPS prontificou a conceder informações e a participar de reuniões e eventos relacionados à implantação do CAPS AD. Segundo ele, em outubro de 2012 foi definida a sede onde seria implantado esse novo serviço, com a aprovação do Secretário de Saúde, Coordenador do CAPS, da RTSM e do Representante da Vigilância Sanitária do município. Após aprovação da instalação do CAPS AD, o Secretário de Saúde propôs ao Coordenador do CAPS que seria viável e menos oneroso que os atendimentos e a permanência dos usuários do CAPS AD e o CAPS fossem realizados no mesmo ambiente físico e com a mesma equipe de trabalho. Assim, a área externa seria dividida por um muro, onde seriam atendidos, de um lado, usuários com transtornos psiquiátricos e, de outro, usuário de álcool e outros tipos de drogas.

No outro dia, após explanação da proposta do Secretário de Saúde ao Coordenador do CAPS, foi realizada uma reunião de urgência com a equipe do CAPS, na qual foi informada sobre a proposta do gestor da saúde aos funcionários. Após discussões, os servidores apontaram a sobrecarga de trabalho, a inviabilidade de se tratar os dois públicos em um mesmo local. Evidenciaram a necessidade de cursos de capacitação da Secretaria de Saúde à equipe do CAPS, referindo-se à forma de acolhimento e aos tipos de intervenções aos usuários de álcool e outras drogas. Diante dessas pontuações, os servidores acordaram que não trabalhariam nessas condições, alegando que essa realidade era inaceitável e desumana. Apontaram, assim, a necessidade de uma equipe capacitada e apropriada para trabalhar no CAPS AD. Além disso, o novo serviço estaria sendo implantado justamente para oferecer um acolhimento diferenciado para clientela diferenciadas.

A partir da manifestação da equipe do CAPS, percebe-se a ausência de recursos humanos habilitados para trabalhar no CAPS AD, serviço essencial e que necessita de uma equipe capacitada e disposta para realizar intervenções com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Observa-se que as queixas dos servidores quanto à sobrecarga de trabalho podem estar relacionadas ao aumento da demanda, após divulgação da inauguração do novo serviço e que a divulgação da implantação não seguiu a efetiva implantação, que ainda encontra-se pendente.

Durante a propaganda eleitoral gratuita, no mês de setembro, o prefeito do município e candidato à reeleição falou na programação regional sobre a importância da implantação do

CAPS AD. Foi pronunciado que o serviço seria aberto em 10 dias, e que este seria de grande importância para o município. Segundo informações do Coordenador do CAPS e de alguns membros da equipe, o candidato à reeleição estava equivocado quanto ao seu pronunciamento. Isso porque, durante a fase de propaganda eleitoral, o serviço CAPS AD não estava em fase de implantação, ainda não existia uma equipe capacitada e formada para exercer o trabalho nesse serviço e o material de uso permanente ainda não tinha sido adquirido.

Supões-se que esse pronunciamento do candidato à reeleição teve como objetivo conseguir votos da população do município em estudo, ainda que se tratasse de uma inverdade. Durante a propaganda política, ele alegava que os números de usuários de drogas estavam aumentando no município e que, com a implantação do CAPS AD, teria mais um serviço de grande importância para o tratamento dessa demanda. Observa-se o equívoco e a gravidade desse pronunciamento em rede municipal, pois esse serviço nem estava com probabilidade de abertura e condições adequada para o seu funcionamento.

No princípio do mês outubro foi publicado um vídeo que denunciava o descaso das autoridades quanto às instalações físicas do CAPS do município estudado, expondo as dificuldades do trabalho da equipe e do atendimento às pessoas que procuravam atendimento e tratamento. Nesse vídeo foram exibidos fotos de móveis danificados, ambientes físicos com presença de sujidades, entre outros. A divulgação causou espanto à equipe do CAPS, mas esta apontou que os problemas expostos nas denúncias eram verdadeiros. Após a publicação da denúncia, o Secretário Municipal de Saúde informou ao Coordenador do CAPS que o serviço seria transferido para a suposta nova sede do CAPS AD, com o objetivo de não comprometer a reeleição do candidato à reeleição.

Diante das exposições acima, percebe-se o descaso da gestão quanto às condições físicas que comprometiam o funcionamento do CAPS, impossibilitando que os trabalhadores exercessem suas atividades. Esse descaso colocado na denúncia poderia comprometer diretamente o tratamento e cuidado, podendo, assim, causar danos e não adesão do usuário à terapêutica ofertada pelos profissionais do serviço.

Após a eleição, o ex-prefeito municipal anunciou ao Secretário de Saúde que não implantaria mais o CAPS AD, deixando para a gestão seguinte a inauguração do novo serviço. Diante dessa divulgação, os funcionários da secretária de saúde ficaram confusos quanto ao prazo de implantação do serviço e não sabiam da existência e nem da localização do

cronograma do CAPS AD. Diante disso, achavam que teriam de implantar o serviço até o final do mês de fevereiro do ano de 2013; caso contrário, o incentivo financeiro retornaria ao Estado de Minas.

Observa-se que o ex-candidato tinha interesses políticos diante da abertura do CAPS AD. Supõe-se que ele não se importava quanto aos usuários que necessitavam desse tipo de atendimento, mas somente com a obtenção de votos. Outra questão importante é o suposto desconhecimento dos servidores da Secretaria de Saúde quanto aos prazos e documentos relacionados ao processo de implantação do novo serviço.

As dificuldades de acesso e de condições de tratamento e trabalho foram apontadas por funcionários, familiares e usuários. O local estava se tornando inviável para a permanência diária dos usuários que necessitavam de cuidados complexos e diários. Diante desses agravos, o Coordenador informou ao Secretário Municipal de Saúde sobre as precárias condições do ambiente físico do serviço, que prejudicava diretamente o atendimento e tratamento dos usuários. Com isso, foi solicitada a melhoria da infraestrutura do estabelecimento para que não ocorresse, assim, a sua interrupção.

Durante o período de uma semana não se obteve resposta do Secretário de Saúde à equipe do CAPS. Diante do descaso, os profissionais do serviço realizaram uma reunião, na qual foi definido que o serviço seria interrompido parcialmente. Para respaldar os trabalhadores do CAPS, quanto à paralisação parcial do serviço, foi elaborado um ofício (Anexo 8), que teve como finalidade a solicitação de intervenção junto ao CAPS. Este foi encaminhado à Promotoria de Justiça, ao Conselho Municipal de Saúde, à Secretaria Municipal de Saúde e ao Gerente Regional de Saúde, com anexos de fotos relacionadas ao descaso da gestão ao serviço. Uma das denúncias apontava para *a ausência de condições dignas de trabalho para assistência aos usuários do serviço e a falta de condições de trabalho* (p. 01). Dentre as reivindicações descritas, foi ressaltada a seguinte solicitação:

Abertura imediata do CAPS AD (Álcool e Drogas), já com os recursos pela Secretaria do Estado de Saúde, tendo em vista o grande número de pacientes usuários de álcool, crack e outras drogas necessitando de tratamento especializado e comprometendo, no momento, o nosso serviço (p.2).

Diante do ofício citado anteriormente, foi definido pela equipe do CAPS que seria realizada a suspensão da permanência-dia, devido à falta de condições de infraestrutura para

esse tipo de assistência. Mas continuariam sendo realizadas consultas de urgência, fornecimento de medicamentos para usuários e aplicação de injetáveis, até que pelo menos parte das reivindicações fosse entendida.

Durante as entrevistas informais realizadas com o Coordenador do CAPS na nova sede, que seria anteriormente implantado o CAPS AD, foi observada a precariedade do local, com presença de mofos, escadas que dificultava o acesso de usuários a consultas, entre outras irregularidades

Observa-se que a ausência de infraestrutura adequada comprometia o atendimento e tratamento dos usuários no CAPS. Diante das reivindicações colocadas no ofício, percebe-se a negligência dos gestores ao serviço. É interessante que a solicitação para a implantação do CAPS AD foi pontuada como forma de denúncia ao Ministério Público.

As fotos anexadas no ofício mostravam as condições do CAPS, ressaltando que antes seria a nova sede do CAPS AD.



Figura 1: exibe a fachada do serviço. Observa-se a presença de escada, dificultando o acesso dos usuários que compareciam às consultas e avaliações da equipe.



Figura 2: Revela a presença de rampa íngreme, que dificulta o acesso dos usuários ao atendimento.



Figura 3: Esta foto faz parte da área superior. O muro e a fiação de energia são baixos. Percebe-se a ausência de grades de proteção e a presença de mofo nos muros.



Figura 4: Exibe a área interna do serviço, com presença de infiltrações. Os atendimentos eram realizados nesse ambiente.



Figura 5: local de depósito de materiais de limpeza, colchonetes e roupas.



Figura 6: Um dos locais que os usuários de permanência-dia ficavam durante o período de tratamento.



Figura 7: sala da enfermagem. Observa-se a ausência de pisos no chão e parede, conforme determina a Vigilância Sanitária para o funcionamento adequado.

Percebem-se as precárias condições do ambiente físico do serviço do CAPS. Tais condições tornam o local inviável ao trabalho da equipe e contrário à proposta de atendimento, conforme a Portaria GM/MS 336 de 19, de fevereiro de 2002 e a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) compreende a ambiência na saúde como espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para atenção acolhedora, resolutiva e humana. Essa compreensão de ambiência é norteada por três eixos principais: 1) o espaço que visa a confortabilidade; 2) espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e 3) a ambiência como espaço de encontro entre os sujeitos (Brasil, 2010).

Após denúncia, em novembro de 2012 o prefeito eleito compareceu à sede do CAPS e, durante a reunião com a equipe, relatou indignação e solicitou mais detalhes sobre a situação do CAPS e afirmou que priorizaria um novo local para o funcionamento do serviço. Propôs a procurar maiores informações quanto à implantação do CAPS AD e prometeu agilidade quanto a sua abertura.

A partir dessa reunião com o prefeito eleito, a equipe do CAPS começou a procurar locais viáveis para a implantação da nova sede do serviço. Mas, quando encontrava uma suposta residência adequada para sua inauguração, esta era embargada pela comunidade local, diante de queixas à Secretaria de Saúde. A comunidade local estava apreensiva quanto à

possível presença, perto de suas residências, dos usuários de álcool e outras drogas e também das pessoas com outros tipos de sofrimento mental que procuravam o CAPS.

De acordo com Ronzani (2014) muitos portadores de sofrimento mental e usuários de drogas são alvo de estigmas que os excluem do direito ao cuidado à saúde, que faz com que os usuários sejam vistos como perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição. Pode-se assim, constituir uma barreira para a busca por ajuda, além de limitar o acesso e a utilização dos serviços e como consequências ocorrem a perda da autoestima, restrição das interações sociais e limitação das perspectivas de recuperação:

Além disso, as informações deturpadas transmitidas pela mídia somadas à falta de conhecimento sobre o transtorno faz com que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Assim, sofrem com a desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação (p.10).

Observa-se o estigma da população em relação a esses usuários, marginalizando-os. Diante disso, é necessário que os gestores e entidades públicas realizem campanhas nos meios de comunicação de massa, esclarecimentos à população acerca da não-periculosidade do “louco”, sensibilização quanto à necessidade de integrá-los à vida comunitária e quanto aos tipos de serviços da rede de atenção psicossocial, para que esses entraves não continuem ocorrendo.

No final do mês de novembro, ocorreu uma reunião no Conselho Municipal de Saúde. Dentre as das pautas colocadas, incluía-se a denúncia da equipe do CAPS quanto às condições de infraestrutura do serviço. Após várias discussões e questionamentos sobre a problemática exposta no ofício, os integrantes do Conselho Municipal de Saúde admitiram que foram imprudentes quanto ao acontecido. Afirmaram na reunião que deveriam ter participado do processo de transição de sede e averiguado o funcionamento do serviço. Com isso, comprometeram-se a fiscalizar os outros serviços de saúde do município, para que esse fato não ocorresse novamente. O Presidente do Conselho indagou sobre a não implantação do CAPS AD ao Secretário Municipal de Saúde, que estava presente na reunião. Intimidado, o Secretário relatou que a implantação seria realizada pela gestão seguinte, devido à ausência de recursos humanos e de local específico para a implantação do novo serviço.

Segundo Neder (1992), os conselheiros têm como atribuição o cumprimento de atividades, dentre as quais a realização de visitas, investigação da qualidade dos serviços

públicos e privados. As informações devem ser obtidas junto ao poder público e fornecer dados sobre o desempenho dos serviços e os impactos das ações de Saúde. Diante dessas questões colocadas acima, percebe-se a ausência do Conselho de Saúde do município estudado, quanto à fiscalização, visita e averiguação do funcionamento do CAPS.

No mês de novembro, a Secretaria Municipal de Saúde tornou pública a abertura do edital do processo licitatório para a aquisição de materiais, equipamentos e veículo para atender o CAPS AD (anexo 9), de modo que a realização ocorreria no mês posterior. Nesse edital de licitação estavam incluídos pouco mais de 120 itens. O processo licitatório ocorreu sem maiores intercorrências, conforme a Ata do Pregão Presencial (Anexo 10), em que foi pontuado que os itens apregoados (Anexo 11) não foram basicamente adquiridos em sua totalidade.

Observa-se que a maior parte dos itens indicados na licitação foi frustrada. Supõe-se que esse fato pode ter ocorrido devido à ausência de empresas interessadas em participar desse processo, tornando, assim, necessária uma nova licitação para aquisição dos restantes dos itens para que ocorresse a implantação do CAPS AD.

7.3- Processo de implantação do CAPS AD durante a nova gestão municipal

Na terceira etapa, será abordado o processo da implantação do CAPS AD, após a posse da nova gestão Municipal, quando ocorreram algumas mudanças de gestores e funcionários que trabalhavam na Secretaria Municipal de Saúde. Para a aquisição de documentos, foi necessário entrar em contato com esses novos servidores e, assim, realizar entrevistas informais e conseguir autorização para ter acesso e obtenção dos documentos relacionados a este novo serviço.

Para maiores esclarecimentos sobre o processo de implantação do CAPS AD, nesta seção também foi realizada a análise das entrevistas conduzidas junto a dois informantes: uma funcionária que trabalhou em um dos serviços pertencentes à rede de atenção psicossocial do município em estudo e um profissional pertencente ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Nesse sentido, procurou-se ter em vista os cuidados éticos e, assim, resguardar a identidade dos participantes, de modo que serão identificados por servidora da rede de atenção psicossocial e o outro entrevistado Promotor de Justiça.

Investigar a forma como os profissionais percebem os serviços disponíveis na rede de atenção psicossocial é ser parte fundamental para obtenção de conhecimento relativo aos tipos de demanda e às formas de trabalho que são ofertadas nesse espaço. Com isso, foram realizados questionamentos a fim de compreender como o processo de implantação do CAPS AD pode interferir diretamente no desempenho de servidores destinados a esse serviço e como a sua não inauguração pode afetar na construção de ações e ideologias.

Os acontecimentos relacionados ao processo de implantação do CAPS AD foram descritos e analisados de acordo com importância dos eventos, com o período da observação participante e com a aquisição de alguns documentos. A obtenção das entrevistas foi de grande importância para identificar as frustrações, intervenções, impasses e desafios diante do processo de implantação do CAPS AD.

A análise das entrevistadas será orientada pela importância das informações levantadas, podendo, em alguns momentos, articularem-se as falas dos entrevistados com os eventos que tenham sido vivenciados durante o trabalho de campo.

Após explanação da pesquisa, a servidora se mostrou acolhedora, cordial e disponível para responder as perguntas realizadas. A servidora relatou sobre a trajetória de trabalho, que ocorreu durante 13 anos, em um Centro de Tratamento onde pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas eram tratadas. Mas teve como experiência anterior o contato em um hospital psiquiátrico antes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. O interesse pelo CAPS AD surgiu no ano de 2006, quando atuou em um encontro no qual eram discutidos assuntos relacionados aos impactos sociais e dependência química.

Segundo a servidora, a primeira vez que foi comentado sobre a possibilidade de implantação do CAPS AD foi no período em que esteve envolvida no COMAD, em 2006, até os dias atuais. Assim, ele relata que:

[...] o CAPS AD sempre foi falado, mas nunca realizado. O CAPS eu acho que é o fantasma que tem algumas aparições. Assim, você acha que vai ver e nunca vê!

A servidora cita essa passagem de forma espontânea, apontando para os anúncios de implantação do CAPS AD por várias pessoas em diversos momentos, mas sem que se concretizasse. Percebe-se que a inauguração desse serviço sempre foi cogitada, desde 2006, nas reuniões do COMAD. Diante dessa explanação, observa-se que a implantação do CAPS

foi considerada de grande importância, mesmo que anterior ao período da elaboração do seu projeto pela Coordenação de Saúde Mental, no ano de 2011 (Anexo1).

Após a posse do Prefeito Municipal no princípio do mês de janeiro do ano de 2013, algumas substituições ocorreram quanto aos cargos de gerência e coordenação. Na Secretaria de Saúde ocorreram mudanças de gestores e funcionários tanto na área administrativa quanto na coordenação de serviços de saúde. Inclusive para a rede de atenção psicossocial, na qual foi nomeado um Coordenador, sendo que na gestão anterior esse cargo não possuía representante a partir do final do ano 2011.

No princípio do mês de fevereiro foi realizada uma reunião com funcionários que faziam parte da rede de atenção psicossocial a fim de comunicar sobre a nova referência em saúde mental do município e discutir sobre os dispositivos da rede. Nessa reunião, estavam presentes representantes dos setores da saúde e de ensino, como: o Superintendente de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, professores de uma instituição de ensino superior local, Coordenador e funcionários do CAPS. Durante a reunião foram discutidos propostas e projetos que poderiam ser inseridos na rede de atenção psicossocial, para melhor atender as pessoas que procuravam esses serviços. Diante das sugestões expostas, foi discutido sobre a implantação do CAPS AD como serviço de grande importância para essa rede. O Coordenador relatou que o novo serviço somente seria inaugurado no final de 2013, mas, para que isso ocorresse, era necessário que a rede de atenção psicossocial e a atenção básica fossem reestruturadas.

Percebe-se que a mudança ocorrida na gestão foi de grande importância para gerenciar os dispositivos que existiam na rede de atenção psicossocial, tanto que se incluiu um representante para a Coordenação de Saúde Mental, que na gestão anterior estava sem referência. Diante disso, supõe-se a existência de um desafio para esse gestor: reestruturar a rede e resgatar as pactuações que estavam em andamento com relação à implantação de serviços, pois, devido à mudança de funcionários, alguns deles estavam sendo de difícil aquisição. Diante desse fato, vale destacar que

Todo trabalho, toda ação a ser desenvolvida, deve contar com um planejamento. Para que isso ocorra, é necessário definir as prioridades e os objetivos a serem alcançados. O planejamento é um importante instrumento a ser utilizado quando se pretende fazer mudanças. A gestão em saúde mental deve ficar atenta no sentido de buscar recursos para estar, cada vez mais, ampliando a atenção e o cuidado aos seus usuários...Faz-se necessário que todas as pessoas envolvidas na organização participem deste processo e

se sintam parte dele. A participação dos atores é de fundamental importância, independente da sua função, pois apenas desta maneira, os resultados esperados poderão ser alcançados (Ribeiro, 2011. p 57).

Diante das mudanças de gestores e funcionários, a servidora relata que, durante o processo de contratação para trabalhar no CAPS AD, o Coordenador de Saúde Mental questionou a ausência no número de profissionais que continham experiência em dependência química, argumentando que pessoas interessadas e sem essa experiência procuraram a Secretaria de Saúde com finalidade de trabalhar nesse serviço. Diante dessas avaliações, ocorreu a contratação da entrevistada, devido ao tempo de trabalho e experiência profissional de longa data.

Eu sou das mais velhas e mais antigas na área. E já tinham feito uma sondagem na época, quando eu estava no conselho. Mas outras pessoas já estavam interessadas na época [...]

O trecho citado acima está relacionado ao período de avaliação curricular, quando funcionários da Secretaria de Saúde procuravam pessoas aptas e interessadas em trabalhar no CAPS AD. Assim, estabeleceram contato com o COMAD para averiguar quais profissionais tinham experiência em dependência química e poderiam trabalhar no novo serviço. Diante desse fato, a servidora foi a única indicada e considerada apropriada para trabalhar no CAPS AD, de acordo com avaliação dos conselheiros.

A entrevistada menciona que, durante a contratação, o Coordenador de Saúde Mental pontuou sobre a incerteza e segurança do serviço, ressaltando que a qualquer momento poderia ocorrer, caso ela não se adaptasse, o rompimento do contrato.

[...] estava correndo um risco muito grande de trocar o certo pelo duvidoso, mas ainda assim, eu quis arriscar. E aí o que aconteceu. Eles entenderam que no momento seria importante me contratar e me segurar até a abertura do CAPS AD. Mas isso até a presente data, não aconteceu.

Diante das circunstâncias expostas, a entrevistada aceitou trabalhar no serviço público mesmo se sentindo insegura perante o contrato. Devido à ausência de pessoas com larga experiência na área de dependência química, os funcionários da Secretaria de Saúde entenderam o quanto era importante assegurar a servidora até a implantação do CAPS AD.

Ela também pontua a não implantação do CAPS AD, na data da entrevista, realizada em julho de 2014.

Para saber mais informações acerca da implantação do CAPS AD foram realizadas entrevistas informais com o Coordenador de Saúde Mental do município. Segundo ele, a implantação do CAPS AD seria realizada somente no princípio de 2014. Essa mudança de prazo foi determinada pelo Secretário de Saúde. A justificativa para a prorrogação da inauguração do serviço foi a busca por fortalecimento da rede de atenção básica, reestruturação do CAPS, elaboração de estratégias para a orientação de entidades como: associações de bairros, serviços de atenção básica e de urgência, entre outros. Assim, esses serviços seriam informados sobre o tipo demanda atendida, intervenções, ações, e o trabalho realizado no CAPS AD.

Percebe-se que a data de implantação do serviço foi alterada. Anteriormente, estava prevista para final de 2013 e depois foi determinada para o princípio de 2014, sem referência aos meses. O objetivo da mudança de prazo foi para realizar orientação nos setores que trabalhavam em parceria como a área da assistência social, saúde, educação, entre outros, para que, assim, as intervenções dos serviços junto aos usuários de álcool e drogas fossem realizadas de forma conjunta. Mas percebeu-se, durante o trabalho de campo, que esses setores ainda trabalham isoladamente. A comunicação às vezes não ocorre, causando, assim, ausência de informações quanto ao tipo de encaminhamento e tratamento realizados nos serviços públicos.

A servidora relata que, logo após a sua contratação pela Secretaria de Saúde, a servidora logo começou a trabalhar no CAPS no princípio do ano de 2013, mas que ainda trabalhava no centro de tratamento para dependentes químicos, porém somente até o final do mês de janeiro de 2013.

E me fizeram essa proposta de colocar no CAPS, para eu ter o entendimento e uma relação com o serviço. Quando eu cheguei ao CAPS, de certa maneira, eu gostei da ideia. Porque eu passei um período muito longo afastada da área de saúde mental. Então, já tinha feito um percurso em hospital psiquiátrico, antes da reforma. Eu tive o olhar do antes e do depois e achei interessante.

A servidora pontua a dificuldade de trabalhar no CAPS, justificando-se pelo afastamento da área de saúde mental. Mas ela também aponta o interesse de atuar nesse

campo e sua experiência durante o tempo em que trabalhou em um hospital psiquiátrico. Diante desse argumento, observa-se que a servidora presenciou o período anterior e posterior à reforma psiquiátrica brasileira. Acredita-se que a entrevistada percebeu a mudança do modelo asilar para o assistencial, principalmente quanto ao tratamento e cuidado das instituições e funcionários, diante das pessoas que se tratavam, nesses locais, devido ao transtorno mental.

A servidora também pontua os desafios ocorridos durante o período em que trabalhou no Centro de Tratamento:

[...] o que me foi desafiador, que parte dos usuários que eu atendia no Centro de tratamento tinham comorbidade, e às vezes, eles ficavam entre uma coisa e outra, sem saber. E muitas vezes eu recebia encaminhamento do CAPS sem conhecer o serviço, mas já tinha um contato. Assim, muito tímido com o CAPS. Mas eu entendia um pouco da lógica do CAPS. E os pacientes que eram para tratamento residencial, tinham primeiro tratar da comorbidade e depois fazer o tratamento dentro do centro de tratamento.

A entrevistada faz referência ao desafio de tratar os usuários que faziam uso de álcool e outras drogas, diante do diagnóstico de comorbidade ou não. Percebe-se que, para a servidora, era importante o usuário tratar primeiramente a comorbidade no CAPS para, em seguida, serem acompanhados no centro de tratamento.

Ao adentrar no CAPS, ela observou a presença de irregularidades. Assim, a entrevistada menciona sobre sua primeira frustração diante dos impasses e desafios.

Da frustração inicial. O processo que aconteceu foi o seguinte. A partir da contratação, o CAPS não estava funcionando de forma adequada. Estava assim, em um lugar provisório, não tinha permanência dia, sem estrutura física, muito desorganizado. O que aconteceu, eu peguei essa fase.

A servidora refere-se à primeira frustração quanto às condições inadequadas em que se encontrava o CAPS, com a ausência de estrutura física apropriada para ofertar a permanência-dia dos usuários, comprometendo, assim, o tratamento e adesão no serviço. Observa-se que essas referências quanto à estrutura do serviço foram apontadas no ofício referente à solicitação de intervenções junto ao CAPS (Anexo 8). O objetivo desse documento era reivindicar melhorias diante das condições de trabalho dos servidores, entre outros.

Diante da sua experiência no Centro de Tratamento com pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, foi proposto à entrevistada que conduzisse uma oficina para esse público:

[...] a Coordenadora do CAPS, entendeu como tinha uma demanda muito grande de dependentes químicos, famílias procurando ajuda. Ela sugeriu criar um grupo para esta população específica, já que eu tinha uma certa experiência. Ai eu comecei com o grupo, né! Então, ai foi implantado esse grupo e infelizmente há 15, não, há 20 dias atrás, depois de muito embate, muita luta. Porque tem muito preconceito dentro do próprio serviço com relação aos usuários de álcool e outras drogas. Então o que aconteceu. Como não era missão do CAPS, eu tive que interromper com o trabalho, porque eu não podia continuar com as pessoas lá. Não é missão do CAPS continuar com as pessoas depois que são tratados. CAPS é só pra crise. Então, assim, eu acho que mais uma frustração mesmo.

Observa-se mais uma frustração, referente à desativação do grupo, que foi sugerido anteriormente pelo ex-coordenador do serviço. Para entendimento, esse gestor ficou no serviço até julho de 2013. Após sua saída, um novo coordenador assumiu esse posto; tratava-se do ex-Coordenador e Saúde Mental. Percebe-se que a novo gestor achou viável que o grupo fosse interrompido, com a justificativa de que o CAPS só poder atender pacientes em “crise”. Assim, após estabilização do quadro, esses usuários deveriam ser contra-referenciados para a continuidade tratamento em outros serviços ligados à rede de atenção psicossocial, como os PSFs.

Diante disso, a entrevistada identifica a dificuldade do PSFs em relação ao acompanhamento dos usuários:

[...] mas ai tinha que endereça para outros serviços, como PSF e tudo mais. Só que os PSFs acabam devolvendo. Que quando se trata de pacientes com transtorno ou dependente químico, ninguém quer tratar. Manda para oCAPS.

A profissional menciona uma questão bastante importante: o estigma dos profissionais de saúde em relação aos pacientes com transtorno mental e que fazem uso de álcool e outras drogas. Esse preconceito dificulta adesão dos usuários ao tratamento, deixando-os indecisos e inseguros quanto à procura de atendimento médico nos serviços públicos. Conseqüentemente, essa não adesão ao tratamento nos PSFs leva esses usuários a abandonarem o tratamento. Assim, após desestabilização do quadro, eles retornam ao CAPS.

No mês de Abril de 2013 foi realizada uma reunião com o Promotor de Justiça (Compromitente), Prefeito Municipal, Secretário Municipal de Saúde (Compromissários) e Procurador do Município, para firmarem e pactuarem o Termo de Ajustamento e Conduta (TAC)²⁴ (Anexo 12). Esse inquérito tinha como precedente a implantação do CAPS AD no município em estudo. Diante disso, o TAC foi estabelecido de acordo com algumas considerações, entre elas:

Que o Município X foi contemplado, por meio da Resolução SES/MG 3.024, de 01 de dezembro de 2011, com recursos estaduais na ordem de R\$100.00,00(cem mil reais), para a implantação de serviços nas modalidades Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD, nos termos da Resolução SES-MG 2.938, de 21 de setembro de 2011, mediante transferência fundo a fundo em conta específica exclusivamente a este fim (p. 03).

Outra consideração exposta no TAC e que merece destaque está relacionada à *transferência dos recursos para a implantação do CAPS AD do Estado de Minas Gerais ocorreu em Junho de 2012* (p. 04).

Durante a aquisição dos documentos concedidos pelo Coordenador da Saúde Mental, foi obtida a conta específica da transferência do recurso estadual para o fundo municipal de saúde designado para a implantação do CAPS AD (Anexo 13). A transação ocorreu na data colocada acima.

O TAC ainda destaca o prazo de implantação do CAPS AD, baseado na seguinte consideração

...que, nos termos do art. 1º da Resolução SES/MG 3.548/2012, os municípios contemplados pela normativa terão o prazo de 24 (vinte quatro) meses após o recebimento do incentivo financeiro, para execução do projeto e implantação de serviço na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas/CAPS AD; (p. 3-4).

²⁴ O termo de ajustamento de conduta é típico meio alternativo de solução extrajudicial de conflitos: uma vez proposto, espera-se que o compromitente cumpra as exigências estabelecidas pelo legitimado-compromissário; caso contrário, o movimento extrajudicial não se esgota, não se finda, tendo em vista a possibilidade de ingressar em Juízo visando sua execução (Sanhotene, 2011, p.1).

Percebe-se que, anteriormente, o prazo para a implantação do CAPS AD era de 12 meses, após o recebimento do incentivo financeiro e de acordo com Resolução SES-MG 2.938, de 21 de setembro de 2011. Com a publicação da Resolução SES/MG 3.548/2012 (Anexo 14), o prazo foi alterado para 24 meses. Considerando as informações apresentadas, e de acordo com a data de recebimento do incentivo financeiro realizado em junho de 2012, observa-se que o prazo para a implantação do CAPS AD foi estendido. Assim, supõe-se que o período para inauguração do novo serviço foi previsto para o mês de junho 2014.

Diante da extensão do prazo de implantação do CAPS AD, a entrevistada 1 pontua para os desafios que ocorriam, mas agora no CAPS:

[...] numa situação inicial, as pessoas estavam confundindo muito o fato de eu estar no CAPS e ser um CAPS AD, pelo histórico, eu sempre fui conhecida..., é então eu tinha um histórico relacionado com dependência química e muitas pessoas buscavam isso no serviço. E foi muito complicado para estar explicando para as pessoas, que pelo fato de eu estar ali, não tinha nada a ver com o CAPS AD. Eu estava no CAPS.

Após sua saída do centro de tratamento, a entrevistada mencionou outra dificuldade quanto à demanda de atendimento, pois muitos dos usuários que estavam em acompanhamento ambulatorial começaram a procurar a servidora no CAPS por acreditarem que, estando ela nesse serviço, o CAPS AD tinha sido implantado. Diante desses impasses, a entrevistada relata que procurava esclarecer sobre o tipo de atendimento e intervenções realizadas no CAPS, pontuando sempre que o serviço ofertado não era o CAPS AD.

O Ministério Público Federal resolve pactuar o TAC com a finalidade de se implantar o CAPS AD no município em estudo, obrigando os Compromissários a cumprirem suas cláusulas, dentre as quais merece destaque a implantação do serviço até dia 01 de março de 2014. Foi exigida também a apresentação do cronograma de implantação do CAPS AD para ser enviado no prazo de 15 dias, a partir da assinatura do TAC. Foi determinado que o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas fosse enviado bimestralmente. Caso essas cláusulas não fossem cumpridas, os Compromissários teriam de pagar multas diárias, que seriam revertidas a favor do Fundo Especial do Ministério Público MG (FUNEMP²⁵).

²⁵ O Funemp é o Fundo Especial do Ministério Público, criado com o objetivo de assegurar recursos para a expansão e o aperfeiçoamento das atividades da instituição. A maior parte dos recursos do Funemp é constituída por valores e bens resultantes de Termos de Ajustamento de Conduta (TACs) firmados no âmbito das

Após a reunião, o TAC foi firmado pelo Compromitente, Compromissários e o Procurador do Município, onde este foi assinado e datado.

Para que os prazos fossem cumpridos, a Coordenadora da Saúde Mental elaborou, conforme exigência do Compromitente, o Cronograma de Implantação do CAPS AD (Anexo 15). Nesse documento estavam datadas as atividades a serem cumpridas num período de um ano, que deveriam começar em maio de 2013 e ser concluídas no mesmo mês citado, mas no ano de 2014.

O cronograma estava dividido em oito atividades: a primeira consistia no Processo Licitatório, com o prazo até o final do mês de setembro de 2013; a segunda atividade estava relacionada ao processo de compra, determinado até dezembro de 2013. A terceira atividade estava direcionada à Contratação de Profissionais e capacitação, que teria de ocorrer até o final do mês de janeiro de 2014; a quarta atividade consistia na aquisição do imóvel para a instalação da unidade, que deveria acontecer até o final de outubro de 2013.

A preparação da estrutura física da unidade seria a quinta atividade a ser cumprida, com o prazo até março de 2014. A sexta atividade estava relacionada à organização e implantação de normas, rotinas, protocolos, formulários e materiais para registro, tendo como limite de tempo estipulado o final do mês de abril. Por fim, a sétima e oitava atividades foram previstas para maio de 2014, com a inauguração e início das atividades do CAPS AD.

Durante o período da coleta de dados, observaram-se as dificuldades e possibilidades de alocar imóveis para a instalação da sede do CAPS AD. Com isso, os funcionários do CAPS criaram expectativas diante da possível inauguração do novo serviço.

[...] olha, a gente nunca sabe realmente o que está acontecendo... Esta tudo vinculado a boato, aí você enche de esperança. Não, já tem mobiliário para o CAPS AD. A gente tem que implementar! Ah, tem casa. Vamos alugar uma casa! Mas eu acredito que não existe uma intenção, neste momento, real [...] (servidora)

É interessante notar que a entrevistada pontua a incerteza em relação à implantação do CAPS AD. Ela questiona sobre os “boatos” que acabam criando perspectivas quanto à inauguração do novo serviço.

Promotorias de Justiça que atuam na proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, exceto na área de defesa do consumidor, em que há fundo próprio (Ministério Público do Estado de Minas Gerais).

Durante a aquisição dos documentos, observou-se que o TAC estava com a data de implantação do CAPS AD alterada. Este constava para o mês de março de 2014. Em conversa informal com o Coordenador de Saúde Mental, este informou que o prazo foi estendido para maio do mesmo ano citado acima. Assim, no dia da elaboração do termo, a promotora determinou a mudança da data.

Para saber sobre as atividades relacionadas à implantação do CAPS AD (se eram realizadas de acordo com o cronograma), foi necessário entrar em contato com uma funcionária da Secretaria de Saúde, que era responsável pela elaboração do processo licitatório, sendo esta a primeira atividade estipulada no cronograma de implantação. Segundo ela, a primeira licitação ocorreu em dezembro de 2012, mas esta foi fracassada, com a justificativa de não comparecimento de participantes suficientes no dia da licitação. Com isso, a maior parte dos materiais foi frustrada (Anexo 11), e os itens apregoados. Também não foram entregues pelas empresas vencedoras no tempo estipulado pelo Edital (Anexo 09). Diante disso, foi realizada, em janeiro de 2014, outra licitação, mas somente com alguns itens do edital anterior, sendo a maior parte materiais de uso médico e para a composição de oficinas. Mas, devido à ausência de participantes, essa licitação foi considerada deserta.

A funcionária responsável do processo licitatório explicou que, quando a licitação se torna deserta, pode-se contratar diretamente outra empresa para a aquisição dos materiais essenciais para o funcionamento do serviço. Com isso, alguns itens de uso médico foram adquiridos, após contratação de uma empresa que comercializa materiais de uso médico. Já os materiais de uso permanente destinados para o CAPS AD foram adquiridos em outro processo licitatório, que ocorreu no mesmo mês de janeiro de 2014. Após a aquisição desses materiais, estes se encontram em um depósito pertencente à Prefeitura Municipal do município em estudo à espera da liberação da Secretaria de Saúde para a nova sede do CAPS AD.

Percebe-se que o primeiro processo licitatório ocorreu em dezembro de 2012 e foi fracassado. Assim, os materiais para o serviço do CAPS AD não foram adquiridos. De acordo com o cronograma de implantação, teria que ser realizado outro processo licitatório até setembro de 2013, mas, de acordo com as informações adquiridas na coleta de dados, este ocorreu somente em janeiro de 2014. Mas o que aconteceu para que esse processo fosse realizado tardiamente?

Diante dessa indagação, foi realizado novo contato com o Coordenador de Saúde Mental do Município para saber por que o processo licitatório não foi realizado no tempo

estipulado no cronograma. O servidor relatou que não estava mais no cargo de Coordenação da Saúde Mental e, por isso, não acompanhava mais a implantação do CAPS AD diretamente e estaria naquele momento na Coordenação do CAPS. Ele relatou que a troca de gerência ocorreu devido à mudança do Secretário de Saúde Municipal. Desse modo, o cargo de Coordenação de Saúde Mental estava vago. Assim, os relatórios bimestrais referentes às atividades relacionadas à implantação do serviço não estavam sendo enviados ao Ministério Público.

Diante dessa colocação, percebe-se que, a partir da ausência do Coordenador de Saúde Mental, torna-se inviável que as atividades de um serviço a ser implantado sejam realizadas de acordo com o cronograma. Uma das indicações que pode ser adotada para a construção da Rede Pública da Saúde Mental e implantação de serviços seria a gestão colegiada. Sendo,

...uma estratégia fundamental para o fortalecimento das ações em saúde mental. É acreditar que pessoas trabalhando juntas por um mesmo objetivo podem contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental. Cada membro deste grupo de trabalho é peça fundamental para multiplicar as ações e garantir a continuidade do trabalho, construindo assim, uma verdadeira rede (Ribeiro, 2011, p. 58).

Ao averiguar com funcionários da Secretaria Municipal de Saúde quanto ao processo e o prazo da implantação do CAPS AD, foi observado que eles estavam desprovidos de informação em relação a esse serviço. Diante disso, foi estabelecido contato novamente com o Coordenador do CAPS, em que este informou que participou de uma reunião, no mês de maio de 2014, junto com o Secretário Municipal de Saúde, Gerente de Recursos Humanos, em que o Promotor questionou sobre a não implantação do CAPS AD. Diante da indagação, os gestores da saúde esclareceram sobre a impossibilidade de contratar pessoas para trabalharem nesse serviço devido à ausência de vagas na Secretaria de Saúde. Diante desse agravo, era impossível a implantação desse serviço na data estipulada pelo TAC. Com isso, e de acordo com o relato do Coordenador do CAPS, o Promotor teria estendido para mais 90 dias a implantação do CAPS AD a partir da data da reunião.

Após a não implantação do serviço, em maio de 2014, como determinava o TAC, a entrevistada 1 menciona para a sua expectativa:

[...]ainda não parei de sonhar, não. Até o presente momento ainda estou sonhando com essa possibilidade que o fantasma tenha uma visão concreta e real.

Com o verbo “sonhar”, nessa citação, a servidora pontua para o processo de idealização de que algum momento o CAPS AD possa ser implantado. Com isso, percebe-se para as dificuldades e interrupções durante o processo de inauguração desse novo serviço.

Com o objetivo de obter mais informações sobre a implantação do CAPS AD e averiguar sobre a veracidade das informações, foi estabelecido contato com o Ministério Público do Estado de Minas Gerais e agendada uma reunião com o Promotor de Justiça que definiu o TAC. A reunião ocorreu em junho de 2014 e, durante o encontro, foi esclarecido sobre o projeto de pesquisa e o termo de consentimento. Também foi sugerido ao entrevistado sobre a possibilidade de gravar a entrevista. O Promotor se mostrou bastante incomodado e não autorizou a gravação. Somente aceitou receber o termo de colaboração da pesquisa e responder o que seria viável. Durante a entrevista, o informante foi indagado quanto à disponibilização dos documentos relacionados à implantação do CAPS AD pelo Promotor e questionou quais documentos seriam viáveis para o projeto de pesquisa. Assim, os documentos anexos na pesquisa foram mostrados e, após análise do entrevistador, ele relatou que o projeto tinha mais documentos do que o inquérito civil. O único documento que estava em seu pertence, e que não estava anexado no projeto de pesquisa, era a ata do último processo licitatório, que ocorreu em Janeiro de 2014, mas o entrevistado não o concedeu.

No decorrer da entrevista, o Promotor ainda se mostrava bastante resistente ao informar sobre o processo de implantação do CAPS AD. Mesmo com essa resistência, ele não deixou de responder às perguntas, dentre as quais as relacionadas ao TAC. Ao ser indagado sobre o prazo de implantação do serviço que deveria ter ocorrido até maio do ano de 2014 e quais providencias seriam tomadas pelo não cumprimento do Termo, ele informou que foi realizada uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde e outros gestores, na qual foi discutido o não cumprimento do TAC. Mas recebeu como resposta que o serviço não seria implantado de imediato, devido à impossibilidade de se contratar pessoas, ocasionada pela ausência de cargos na Secretaria de Saúde.

Ao ser indagado sobre a extensão do prazo de implantação do CAPS AD para 90 dias, o entrevistado respondeu que não teria possibilidade de adiar a data de implantação, que o prazo de implantação do serviço foi determinado até maio de 2014. Diante do não

cumprimento do TAC, o Promotor tomaria as providências cabíveis, mas não pontuou que providências seriam executadas. O Promotor ainda ressaltou o aumento de pedidos de internações compulsórias para usuários de álcool e outras drogas, indagando que a instituição do CAPS AD seria uma forma de tratamento viável para esse tipo de demanda.

A servidora também menciona sobre o processo de internação compulsória ser considerada a única alternativa viável, de acordo a percepção dos familiares, para as pessoas que fazem o uso de álcool e/ou outras drogas.

[...] você vê os juízes são pressionados a fazer internação compulsória... Essa coisa de alarmismo com relação ao crack criou e gerou nas pessoas um temor, então todo mundo já quer logo internar!

Nesse momento, foi realizada uma pequena pausa e foi possível perceber a angústia da entrevistada ao falar desse assunto:

[...] tem uma crença instituída que para dependência química é só internação. Já tem uma coisa que foi criada na ideia das pessoas, e ninguém faz e tem o trabalho de ver esses critérios de elegibilidade, e qual o tratamento adequado! Quantas vezes eu peguei menino que usou maconha pela primeira vez, e a mãe já quis internar... Mas o que acontece a gente não pode queimar etapa, também não. O custo de uma internação é muito alto. E nós temos já por experiência, que muitas pessoas que já passaram pelo CAPS, foram casos extremamente bem sucedidos [...]

Percebe-se que, embora a demanda inicial de tratamento para dependência química, para a família, seja a internação compulsória em hospital psiquiátrico ou em comunidade terapêutica, quando eles procuravam o serviço do CAPS para demandarem internação, logo eram orientados quanto aos tipos de tratamento ofertados pelo serviço e pela rede de atenção psicossocial. É interessante que essas orientações têm causado mudanças de opinião na maior parte dos familiares. Eles perceberam e assimilaram que não existe somente a internação como forma de tratamento para os usuários de álcool e/ou drogas, e se torna mais viável que o acompanhamento do indivíduo que procura atendimento seja realizado de acordo com a elaboração do Projeto Terapêutico Singular após a avaliação da equipe do CAPS.

A servidora prossegue, sugerindo sobre os possíveis modelos de tratamentos que podem ser trabalhados no CAPS ou CAPS AD:

Acho que o entendimento que a gente tem que alcançar maior, é de eleger qual tratamento adequado para aquele sujeito... O modelo mais eficaz de tratamento para dependente químico é a relação entre os pares. Isso já foi

comprovado. E independente da metodologia, o que funciona é da relação dele, o processo de identificação com igual. Ele perceber que, ele é aceito, que ele é compreendido, sem julgamento. Porque, o que acontece, se roubar, é dependente químico que roubou. Se esta tumultuando, é ele que esta tumultuando dentro do serviço. Tem o julgamento... As pessoas ainda têm uma dimensão que o dependente químico, todos eles já roubaram. Já transgrediram. Já se prostituíram. Já mataram. Entendeu? Tem essa dimensão.

A entrevistada questiona sobre o processo de julgamento e marginalização das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Durante da sua fala, ela se mostrou bastante indignada em relação às condutas de alguns funcionários do serviço. Por isso, torna-se necessária a capacitação dos funcionários dos serviços de saúde quanto à abordagem e tratamento as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

A última informação que se obteve sobre a implantação do CAPS AD ocorreu após contato com o Secretário de Saúde, o qual informou que estaria sendo pressionado pelo Promotor quanto à inauguração do CAPS AD. Preocupado, o gestor estaria enviando a Resolução SES/MG n 4.446, de 20 de agosto de 2014 (Anexo 16), que altera o art. 5º da Resolução SES/MG nº 2.938, de 21 de setembro de 2011. De acordo com essa resolução, os municípios contemplados terão o prazo de 40 (quarenta) meses, após o recebimento do incentivo financeiro, para execução do projeto de implantação do CAPS AD. Diante dessa resolução, o prazo de implantação do serviço pode estender até outubro de 2015.

Supõe-se que, após o envio Resolução SES/MG n 4.446, de 20 de agosto de 2014, ao Promotor de Justiça, provavelmente irá firmar outro TAC. Assim, ele poderá determinar outro cronograma de implantação do CAPS. Acredita-se que os prazos poderão ser estendidos e provavelmente o CAPS AD seja implantado somente no ano de 2015. Espera-se que, caso ocorra a elaboração do novo TAC, não se prorrogue por muito tempo a inauguração desse serviço, considerado de grande importância para a rede de atenção psicossocial.

Mas, após analisar o percurso de implantação do CAPS AD, percebe-se que a sua inauguração não é considerada importante, já que os usuários de álcool e drogas têm um local que oferta atendimento adequado e efetivo. Diante disso, a entrevistada 1 menciona sobre as possíveis intenções que estariam adiando a implantação do CAPS AD.

[...] o que esta acontecendo, é que a gente bem ou mau está atendendo. E se esta atendendo essa demanda toda, com sacrifícios dos profissionais e com a sobrecarga, eles não vão querer, não vão fazer muita força, não. É mais gasto. Esta funcionando de certa forma [...]

O trecho acima menciona as dificuldades do serviço quanto ao atendimento e tratamento que o CAPS oferta, mas, mesmo assim, esse serviço não deixa de realizar o acolhimento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Observa-se o aumento de demanda que, de certa forma, gera sobrecarga nos profissionais que trabalham nesse serviço. Acredita-se que a gestão entende que não seria interessante que o CAPS AD fosse implantado, pois o CAPS já responde pela demanda de dependentes químicos, e seria inviável para a Secretaria Municipal de Saúde inaugurar um novo serviço que somente aumentaria os gastos.

Diante desse fato, a entrevistada 1 conclui a entrevista expondo, mais uma vez, a sua frustração quanto a não implantação do CAPS AD:

Então, ninguém vai se mobilizar para ter um serviço que na realidade, ninguém acredita... Eu acho que ninguém acredita!

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual política de drogas brasileira trouxe alterações no que diz respeito ao tratamento comumente oferecido aos usuários. Destacou-se na última década a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool Drogas (CAPS AD). No entanto, pesquisas que abordam especificamente o processo de implantação desse serviço ainda são escassas. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo principal descrever e analisar o processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em um município do estado de Minas Gerais.

Esta seção tem como objetivo apresentar uma síntese dos principais resultados encontrados neste estudo, bem como indicar suas contribuições e limites. Pretende-se também sugerir possibilidades para pesquisas futuras.

Utilizamos como referencial metodológico o estudo de caso por possibilitar a aquisição de informações sobre a implantação do CAPS AD, mediante utilização de vários tipos de métodos para a coleta de dados, tais como: entrevistas formais e informais, diário de campo, fotografias, documentos e observação participante. As entrevistas formais, feitas com os profissionais de saúde, foram realizadas com o intuito de obter informações sobre procedências de documentos e de conhecer suas opiniões acerca do processo de implantação do novo serviço, não comprometendo nenhum deles em suas relações trabalhistas.

Foram realizadas também entrevistas informais com os profissionais da rede de atenção psicossocial e representantes da justiça para obter documentos e informações sobre o processo de implantação do CAPS AD. Em conversa informal com a funcionária designada a trabalhar no novo serviço, foi possível identificar as angústias em relação à trajetória de implantação do CAPS AD e muitas outras informações que eram emitidas de maneira natural no desenrolar da entrevista sobre suas percepções sobre o trabalho realizado no serviço do CAPS. Portanto, acreditamos que a ausência de entrevistas estruturadas com os entrevistados não acarretou prejuízo para a pesquisa.

O que podemos evidenciar é que na primeira etapa foram identificados como ocorreu à elaboração, aprovação e pleito do projeto do CAPS AD. A dificuldade colocada para a realização da pesquisa ocorreu durante a coleta de dados, na qual foi possível observar a

dificuldade de aquisição dos documentos, já que a maior parte destes estava desmembrada entre a Secretaria de Saúde e com a Referência Técnica em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais (RTSM). Após vários contatos a RTSM, ele que concedeu os documentos relativos ao projeto do CAPS AD, as atas de reuniões da CIB, entre outros documentos importantes sobre a implantação desse serviço. Para a complementação das informações, foi realizada entrevista com a Diretora da Saúde Mental do período da elaboração do projeto do CAPS AD. A justificativa da elaboração do projeto estava em torno do aumento de demanda de usuários de álcool e outras drogas no CAPS. Com a implantação do novo serviço, esses usuários teriam um tratamento diferenciado..

Durante o período de coleta de dados foi possível obter a maior parte dos documentos relativos ao processo de implantação do CAPS AD, tanto que, após aquisição e organização deles, o Secretário de Saúde solicitou que as informações anotadas nesses documentos fossem concedidas para o acervo da secretaria. Foi observado que alguns documentos estavam ausentes na secretaria de saúde devido à mudança de gestão pública municipal e provável alteração de profissionais responsáveis pela organização dos informes do CAPS AD.

Após a obtenção da maior parte dos documentos e informações referente ao processo de implantação do CAPS AD, foi possível elaborar uma estrutura sequencial de eventos e, dessa forma, observar para os processos de elaboração e conclusão do projeto do CAPS AD. Nota-se que há varias citações de Resoluções e Anexos, estes se faz necessário para o entendimento dos processos ocorridos até o pleito do CAPS AD.

Após a aprovação do incentivo financeiro para a implantação do novo serviço, era necessário um gestor que fosse responsável pelo planejamento do processo de implantação do CAPS AD, mas foi observado a ausência do Coordenador de Saúde Mental, sendo ele um dos autores principais para a idealização e efetivação da instalação desse serviço.

No segundo momento ocorreu o entrelaçamento de informações de dois serviços, CAPS e CAPS AD, em que foi possível observar as dificuldades de implantação do CAPS AD e reestruturação do CAPS. Foi inviável que os dois serviços funcionassem com a mesma equipe e em um mesmo ambiente físico, sendo separados por um muro o setor de atendimento às pessoas com transtorno mental e o centro de atendimento às pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. No entanto, não seria necessária essa nova arquitetura, pois a equipe do CAPS já realizava o acolhimento e atendimento desses dois públicos.

As eleições municipais foram palco para denúncias, dentre as quais as condições precárias e estruturais da sede do CAPS. Diante disso, ocorreu mudança de local de atendimento e, devido à urgência de locação, foi utilizada, então, a sede sugerida para ser do CAPS AD. Mas, logo após mudança do CAPS, percebeu-se que esse local estava desprovido de estrutura física adequada para o atendimento de seus usuários, o que representava danos ao tratamento. Diante de alguns impasses, foi elaborado um ofício, que foi enviado para vários órgãos, dentre os quais a promotoria de Justiça, solicitando intervenção junto ao CAPS, para a melhoria de estrutura física e abertura do CAPS AD entre outras. Contudo, apesar de tais dificuldades, a equipe não deixou de realizar os atendimentos, mesmo em condições precárias de trabalho.

É importante pontuar que, caso o CAPS AD fosse implantado nesta sede, de acordo com a finalidade anterior, não seria possível que esse serviço fosse inaugurado em condições dignas de tratamento e acolhimento. Possivelmente, esse passaria por denúncias de funcionários e familiares devido aos agravos colocados na denuncia acima.

Alguns entraves foram observados nesta etapa, para a não implantação do CAPS AD, tais como: ausência de sede própria, carência de profissionais capacitados e o fato dos materiais para a estruturação do serviço não serem adquiridas durante o processo licitatório. Diante desses acontecimentos, é importante pontuar que a população deve ter acesso integral à promoção, proteção e recuperação da saúde. Para que isso ocorra, é necessário o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS, sendo imprescindível a participação incisiva dos prefeitos e de seus secretários de saúde no processo de implantação de serviços de saúde.

É importante ressaltar que, diante da não reeleição do prefeito, o candidato relatou que o CAPS AD não seria mais implantado e este seria responsabilidade da próxima gestão municipal. Diante desse fato, ficou evidente a ausência de compromisso deste candidato, perante a população, sendo que, durante a propaganda eleitoral o ex-prefeito tinha divulgado que o CAPS AD seria inaugurado em pouco tempo.

O terceiro momento foi marcado pela mudança da gestão municipal e indicação de um representante para a coordenação de saúde mental. Diante disso, surgiu então uma perspectiva de reestruturação da rede de saúde e de retomada da implantação do CAPS AD, sobretudo após a assinatura do TAC, que pontuou para o prazo de implantação do novo serviço e, assim, a nova gerencia elaborou o cronograma de implantação.

A expectativa de implantação do novo serviço estava sendo proposta pela nova gestão, até que ocorreram modificações, como a mudança de Secretário de saúde, e, posteriormente, a ausência do coordenador de saúde mental. Com isso, percebeu-se que a implantação do serviço ficou estagnada, e não se obteve mais informações claras sobre a inauguração do novo serviço.

Outro entrave colocado para a implantação do CAPS AD foi a impossibilidade de contratar pessoas para trabalhar no novo serviço, devido à ausência de vagas na rede pública municipal. Contudo, diante dessa dificuldade, o CAPS do município estava abarcando com o atendimento às pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. Assim, supõe-se que, para a gestão municipal, não era necessário que esse serviço fosse inaugurado, já que sua implantação aumentaria o encargo municipal.

A implantação do CAPS AD deveria ser efetivada até maio de 2014, mas esse acordo não foi concluído. O prazo de inauguração que o TAC estipulou não era cumprido pela gestão municipal de saúde. Diante disso, a secretaria de saúde estaria providenciando documentos para a prorrogação da implantação do novo serviço, dentre os quais a Resolução que prorroga para 40 meses a implantação dos municípios contemplados com o CAPS AD. Diante das análises realizadas nessa etapa, o CAPS AD teria mais um ano de prazo para ser implantado. Supões-se que esse prazo não se estenderá, pois o promotor de justiça solicitou os documentos disponíveis na secretaria para averiguar o prazo definitivo para a implantação do CAPS AD. E, segundo informações de funcionários, acredita-se que essa implantação pode ocorrer durante o primeiro semestre de 2015.

A entrevista realizada com a servidora do CAPS, que anteriormente foi designada a trabalhar no CAPS AD, foi de grande importância, para obter maiores informações sobre como o longo processo de implantação do novo serviço interferiu direta e indiretamente no seu desempenho e ideais. É interessante que ela relata suas frustrações em três momentos: o primeiro foi após a sua saída do centro de tratamento, quando começou a trabalhar no CAPS, percebendo a precariedade da estrutura física do serviço, que prejudicava diretamente o tratamento dos usuários e o trabalho dos funcionários.

O segundo momento de frustração ocorreu quando o grupo que ela conduzia foi desativado no CAPS, que foi considerado uma oportunidade de inserção dos usuários na comunidade e era o único grupo que trabalhava com pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. Entretanto, mesmo com esses impasses, a servidora não deixava de ter expectativas

quanto à implantação do CAPS AD. Mas, diante de vários eventos que ocorriam ao longo da trajetória de implantação do novo serviço, a entrevistada aponta para mais uma frustração, como a não efetiva implantação do novo serviço. Dentre as questões discutidas na entrevista e que merece ser abordada inclui-se a internação compulsória, em que a demanda de pedidos dessa intervenção vem aumentando no município. Supostamente, com a implantação do novo serviço, acredita-se que essa demanda possa ser acolhida, avaliada e possivelmente tratada no CAPS AD.

É primordial que a assistência aos usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas não deva ser realizado somente no campo da saúde, mas deve envolver uma abordagem amplamente intersetorial, que trate dos problemas da violência urbana, das injustiças sociais, das graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, com direito ao lazer e cultura. Os gestores de saúde devem realizar reuniões com o poder judiciário com o objetivo de apresentar propostas e formas de tratamento a esses usuários, sem que a alternativa de tratamento seja a internação compulsória.

Constatamos que há o descumprimento de políticas públicas, uma vez que os gestores não estão preocupados com o bem-estar dos usuários. Assim, essas dificuldades criam uma lacuna entre as políticas públicas e a demanda existente, muitas vezes preenchida pelas chamadas comunidades terapêuticas. Desse modo, é necessária a implantação e efetivação dos serviços públicos designados a essa demanda que necessita de intervenções pontuais e sem repressão judicial.

É importante ressaltar que os CAPS AD são considerados um avanço nos tratamentos destinados aos usuários de álcool e outras drogas, na medida em que representam um início para quebrar paradigmas relacionados à figura dos dependentes químicos, muito associada à criminalidade e justiça. No entanto, entende-se, também, que a rede substitutiva possui limitações, não estando ainda totalmente firmada, até mesmo por ser bastante recente. Ainda há muito a ser feito no contexto da reforma psiquiátrica e muitos serviços a serem implantados na rede de atenção psicossocial, principalmente para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

De modo geral, seria interessante relatar a concretização desse serviço, mas consideramos que os resultados apresentados nesta pesquisa demonstraram de forma clara como ocorreram os eventos da implantação do CAPS AD. Mesmo com a sua não inauguração, foi possível observar os obstáculos, desafios e frustrações desse processo.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possibilitem que os gestores dos municípios que dispõem de implantação desse tipo de serviço substitutivo elaborem cronogramas que transcorram sem maiores intervenções. Para o alcance dos objetivos dos gestores e da implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial efetiva, é importante identificar com se dão, teoricamente, as etapas e momentos da implantação. Nesse sentido, espera-se que os resultados conduzam os gestores a uma reflexão sobre suas atuações e elaboração dos planos de ações.

Espera-se que as informações produzidas nesta investigação forneçam o conhecimento de como o processo de implantação de um CAPS AD tem sido construído, com o levantamento de pontos frágeis que precisam ser aprimorados, podendo servir de referência para práticas futuras. Além disso, existe pouco material disponível, ou seja, trata-se de uma literatura que pode ser redundante e explorada por estudantes e profissionais.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adiala, J. C. (2011). *Drogas, medicina e civilização na primeira república*. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.

Alves, V.S.(2009). *Modelo de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS AD*. Tese de Doutorado. Instituição de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Amarante P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494.

Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2a ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Andrade T.M. (2011). Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4665-4674.

André, M. E. D. A. (1984). Estudo de caso: seu potencial na educação. *Cadernos de Pesquisa*, (49): 51-54. Recuperado em 25 novembro, 2012, de <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/528.pdf>

Berlinck M. T.; Magtaz A. C.; Teixeira M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, pp. 21-27.

Bezerra B. J. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2): 243-250,

Bittencourt, L M. (1986). *“Do Discurso Jurídico à Ordem Médica” (Os descaminhos do Uso de Drogas no Brasil)*. Dissertação. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Borges, C.F.; Baptista T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2): 456-468.

Brasil (1976). Lei nº. 6.368, de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. *Diário Oficial da República do Brasil*, Poder Executivo, DF, 22 de out. 1976.

Brasil (2000a). Presidência da República. Casa Civil. *Subchefia de Assuntos Jurídicos*. Decreto nº 3696 de 21/12/2000.

Brasil (2000b). Ministério da Saúde. Portaria n. 106 (2000, 11 de fevereiro). Regulamenta a implantação das Residências Terapêuticas. Recuperado em 12 de agosto de 2013 de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf.

Brasil (2002a). Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental 1990 – 2002*. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva.

Brasil (2002b). Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002, 213.

Brasil (2003). Ministério da Saúde. *Lei n. 10.708 de 31 de julho de 2003*. Recuperado em 20 de julho de 2013 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm

Brasil (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília.

Brasil (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde*. 2.ed. rev. ampl.– Brasília

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 396 (2005b). Aprovar as seguintes diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Recuperado em 15 de janeiro de 2014 de <http://www.aadom.org.br/myFiles/1362947532.pdf>

Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil (2008). Ministério da Saúde. Niel M.; Silveira D. X. (org). *Drogas e Redução de Danos: uma cartinha para profissionais de Saúde*. Programa de Orientação e atendimento a Dependentes (PROAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Ambiência*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed.; Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.3.088 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 15 de janeiro de 2014 de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

Brasil (2013). Ministério da Saúde Rede de Saúde Mental. *3º Encontro Estadual de Saúde*. Governo de Minas Gerais. pp. 29-35.

Caderno Saúde Mental (2010). *Seminário Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG, V.3.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Apresenta informações sobre as drogas ilícitas*. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>. Acesso durante os meses de realização da pesquisa.

Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: CFP.

Deslandes, R. Gomes & M. C. S Minayo (orgs.), (1998). *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta*. (30a ed., pp. 61-77). Rio de Janeiro: Vozes.

Delgado, P.G.G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A.F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Porto, K., Hoffmann, M.C.C.L., Martins, R., & Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In. Mello, M.F., Mello, A.A.F., Kohn R. (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. (pp. 39-83) Porto Alegre: Artmed.

Devera D.; Rosa A. C. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), pp. 60-79.

DIAS, Rafael. Do asilo ao CAPS AD: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. 2008. 158f. Dissertação de Mestrado Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.

Duarte D. F. (2005). Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Vol. 55, Nº 1. pp.135 - 146

Duarte, P. C. V.; Dalbosco, C. (2011). A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: *Prevenção ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, pp. 217-235.

Fassheber, V.B.; VIDAL, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicol. cienc. prof.*, vol.27, n.2, pp. 194-207.

Firmino, H. (1982). *Nos Porões da Loucura*, 2ª edição, Rio de Janeiro: Codecri.

Gastão, F. N.; Campos, G. W. S.(2005). Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.16, n. 1, pp. 40-46.

Gil, A.C. (2009). *Estudo de caso: Fundamentação científica - subsídios para coleta e análise dos dados - como redigir o relatório*. (11), pp. 91-135. São Paulo: Atlas.

Goldberg, J. (2010). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, pp.33-47.

Gonçalves A.(2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutorado. Universidade do Minho.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. A contribuição da Psicologia Sócio-Histórica para a elaboração de políticas públicas. In: BOCK, Ana M. Bahia (org.). *Psicologia e o Compromisso Social*. São Paulo: Cortez, 2003, p. 277-293.

Goulart, M. S. B.(2006). A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n. 1,PP. 01-19. São João del-Rei.

Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: Quando a arte faz história. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n.1, São Paulo.

Goulart, M. S. B. e Durães, F. (2010). “A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização”. *Psicologia & Sociedade*; 22 (1): 112-120.

Guerriero, I. C. Z.; Schmidt, M. L. S.; Zicker, F. (Org.s) (2008). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. 1. Ed. São Paulo: HUCITEC/Aderaldo & Rothschild, v. 1. 308 p.

IBGE (2002). [Área territorial oficial](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm). Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R. PR-5/02). Recuperado em 5 março de 2013 de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>

IBGE/TCU (2011). Governo do Estado de Minas Gerais Secretaria de Estado de Saúde. Adscrição e população dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde. http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/ADSCRICaO%20MUNICIPIOS-MICROS%20E%20MACRORREGIOES%20POP%20TCU%202011.pdf

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012*. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo, UNIFESP.

IHRA: PROMOTING HARM REDUCTION ON A GLOBAL BASIS (2010). O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos,

Londres, Grã Bretanha, 2010. What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, London, United Kingdom, Portuguese.

Lancetti, A. (2000). *Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Larentis, C. P.; Maggi, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. *Aletheia* [online]. 2012, n.37, pp. 121-132. ISSN 1413-0394.

Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Luzio, C.A., L`Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface*. Botucatu; 10(20): pp. 281-298.

Manual do Gestor (GEICON) (2010). *Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais*, <http://geicom.saude.mg.gov.br/public/index>

Machado A. R.; Faria M. W. S. (2012). As saídas do tratamento nos CAPS AD. *Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – Almanaque On-line nº 11 revista eletrônica do IPSM-MG*.

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 mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais- Belo Horizonte.

Martins A.G.L., (2007). História Internacional da droga. 18 de Dezembro de 2007; ENCOD - European Coalition for Just and Effective Drug Policies. <http://www.encoded.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DA-DROGA.html>

Mello M. F., Kohn A. A. F.; (2007) R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

Melo, Walter (org.) et al. (2012). *Que país é este? Anais III Seminário Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud.

Minas Gerais (2007a). Secretaria de Estado Saúde de Minas Gerais. *Atenção em saúde mental: Saúde em casa*. Marta Elizabeth de Souza.-2. Ed.- Belo Horizonte

Minas Gerais (2007b). Secretaria de Estado Saúde de Minas Gerais. Manual do Cadastro Geral de Convenientes do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão Auditoria Geral do Estado. <http://pt.scribd.com/doc/200961426/Manual-Cagec#scribd>

Ministério Público do Estado de Minas Gerais. <http://www.antigo.mpmg.mp.br/portal/public/interno/repositorio/id/12334>

Minas Gerais (2013). Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Curso de Extensão. Novo Olhar para a Saúde Mental - Módulo I: Contextualização - Unidade 2: Atenção Psicossocial*. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12 ed., pp. 35, 164-203). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2011). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: S. F. Deslandes, R. Gomes & M. C. S Minayo (orgs.). *O desafio da pesquisa social*. (30a ed., pp. 9-29). Rio de Janeiro: Vozes.

Minayo, M. C. S. (2011). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In S. F. Deslandes, R. Gomes & M. C. S Minayo (orgs.). *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta*. (30a ed., pp. 61-77). Rio de Janeiro: Vozes.

Monteiro C. F. S, Fé L. C. M., Moreira M. A. C., Albuquerque I. E. M., Silva MG, Passamani MC., (2011). *CAPS ad: adesão ao tratamento de álcool*. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS ad do Piauí. Esc Anna Nery jan-mar; 15 (1): 90-95.

Morais P. C. C.(2005). *Drogas e políticas públicas*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências humanas, Universidade Federal de Minas Gerais- Belo Horizonte.

Mota, D.C.B., Ronzani, T.M.(2013). Ações Integradas Sobre Drogas: Prevenção, abordagens e políticas publicas. *Implementação de políticas publicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013, pp. 295-324.

Neder, C. (1992). *A atuação dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros: visando a municipalização dos serviços de saúde*. Secretaria Municipal de São Paulo.

Neves, L. J. (1996). Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisa em administração*, (1-3). Recuperado em 02 de fevereiro de 2013, de <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>

Oliveira, I. B. (2007). *Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará- Belém.

Oliveira, G. L.; Caiaffa, W T. ; Cherchiglia M. L.(2008). *Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG*. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasi. Rev Saúde Pública ;42(4):707-16

Passos, I. C. F. (2009). *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argvmentvm.

Passos I. F. & Barbosa M.A. (2012). Três Momentos da reforma psiquiátrica brasileira, Três Momentos da Formação “Psi” Mineira. O que esperar como cenário futuro? Melo, Walter (org.) et al. Que país é este? *Anais III Seminário Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud. PP. 89-118.

Passos, E. H. & Souza, T. P.(2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1): 154-162.

Pitta, A. M. F. (2007). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Ana Pitta. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, pp. 19-26.

Queiroz V. E., (2008). *A questão das drogas ilícitas no Brasil*. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina- Florianópolis.

Queiróz, P. R. C., (2007). *Cidadania e Loucura*. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10697>

Ribeiro M. M. S., Tânia F. (org.) (2011). *Caderno Saúde Mental/ - V.4.-* Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

SÁ, Israel de. *Da repressão à abertura política: processos de espetacularização do discurso político*. 2011, 213f. Dissertação de Mestrado em Linguística, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2011. Recuperado em 23 de abril de 2013:www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php

Sales, A. L. L. F.; Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29/4, pp. 812-827.

SANCHOTENE, D. G. (2011). [O termo de ajustamento de conduta como meio alternativo de solução de conflitos](#). *Jus Navigandi*, Teresina, [ano 16,n. 2786](#), [16 fev. 2011](#). Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/18503>>.

Saquet, M. A., Silva S. S. (2008). MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. *Geo UERJ*, Ano 10, v.2, n.18, pp.24-42.

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. *Apresenta informações sobre as drogas ilícitas*. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>. Acesso durante os meses de realização da pesquisa.

Serafim, A. D. Adriano: um bispo diocesano e um Movimento de Amigos (1966-1982). *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*, São Paulo, julho 2011. Recuperado em 23 de abril de 2013, http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300851990_ARQUIVO_DAdrianobispoemovimentodeamigos.pdf

- Souza J., Kantorski L. P., Gonçalves S. E., Mielke F. B., Guadalupe D. B. (2007) Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro. abr/jun; 15(2):210-7.
- Tenório, F.(2002). ‘A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): pp. 25-59.
- Toledo, J., Brandão, E. C. (2008). *(Colônia): uma tragédia silenciosa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Turato. E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de saúde pública*, (508-510). Revisado em 12 de fevereiro, de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
- Vasconcelos, E. M. (1989). *O que é Psicologia Comunitária*. Editora Brasiliense. (4ed.) São Paulo.
- Vasconcelos, E. M. (1997). Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. *Cadernos do IPUB*, s/v(7), 19-40.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista Socerj*, 20(5), 383-386. Recuperado em 25 janeiro, 2013, de http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf
- Wind, Y. M. (2009). Uma História da Loucura no Tempo Presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. *Revista do Programa de Pós- Graduação em História, Tempo e Argumento*, Florianópolis, v.1, pp.68-98.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Yasui, S. (2010). *A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”*. Recuperado em 12 de Agosto, 2013, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Método* (4ª ed., pp.126-141). São Paulo: Bookman.

10-ANEXOS

ANEXO 1

Projeto de Implantação CAPS AD



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

le Outubro de 2011.

Assunto: Projeto de Implantação CAPS AD de e Região.

Prezado Coordenador,

Encaminhamos em anexo **O Projeto de implantação do CAPS AD de** conforme deliberação CIBSUS/MG nº 902 de 21/09/2011. Informamos que no Município de e na Microrregião não existência de nenhum serviço de CAPS AD.

Atenciosamente,

Referência Técnica da Saúde Mental

ILMO SR
Paulo Roberto Repsold
Coordenador Estadual de Saúde Mental

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROJETO TÉCNICO PARA CADASTRAMENTO E
IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

C.A.P.S ad

PREFEITO MUNICIPAL

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Outubro/2011

SUMÁRIO

- I- **Introdução**

- II- **Objetivos**
 - 1) **Objetivos Gerais**
 - 2) **Objetivos Específicos**

- III- **Justificativa**

- IV- **Metodologia**
 - 1) **Local de funcionamento**
 - 2) **Recursos humanos**
 - 3) **Fluxograma de Atendimento**

- V- **Quadro de Atividades Diárias**

- VI- **Resultados esperados**

- VII- **Conclusão**

INTRODUÇÃO

Na área da Educação possui

A Rede de Saúde Mental do município conta com

- Um ambulatório

- Um CAPS

Além de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) contemplando nove bairros:

- NASF;

UBS

O Serviço Público Municipal ainda oferece a comunidade o atendimento das Clínicas Especializadas:

- Viva vida

-Núcleo Odontológico

-Núcleo Oftalmológico

-Cardiologia

-Ortopedia

-Fisioterapia

A população total da microrregião deé composta dos seguintes municípios referenciados:

As diretrizes deste trabalho se referenciam à implantação pelo Ministério da Saúde, da Lei federal 10.216 (MS. 2002) sancionada em 06/04/2001, que vem a ser o instrumento legal para a Política de atenção aos usuários de álcool e drogas e também a portaria GM/336, criando no âmbito do SUS os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental, para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ ou dependência de álcool e outras drogas.

Reconhecendo o problema do uso prejudicial de substância como importante problema da saúde pública entendemos a necessidade da ampliação do acesso ao tratamento. Necessitamos de práticas de tratamento não inspirados em modelos de exclusão/ separação dos usuários do comércio familiar e social. Sabemos da relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o

reforçam. Estão associados à criminalidade, acidentes de trânsito, agressões clínicas, risco no âmbito sexual e transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida, e das vias de administração, acidentes domésticos, homicídios, suicídios e outros. Com a implantação do CAPS AD efetivamente direcionaremos nossa atenção à prevenção, educação, tratamento e reabilitação dos usuários.

Objetivos

1) Objetivo Geral

Implantar o Centro de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso de álcool e outras drogas no município de _____, atendendo também a uma microrregião de _____ município de _____, atendendo também a uma microrregião de _____ municípios. Oferecer atendimento diário incluindo atividades como atendimento individual (medicamentoso, de orientação e outros); atendimento em grupo(psicoterapia, oficinas, terapêuticas) além de atendimento à família, visitas domiciliares, assembleia de usuários, atendimento de desintoxicação e que não demandam clínica hospitalar.

Objetivos Específicos

- Proporcionar atenção integral e diária aos usuários do CAPS AD, evitando internações. Sustentando assim no município uma rede substitutiva de atenção à saúde mental.

- Manter os usuários próximos aos seus vínculos sociais, familiares e afetivos.

- Atender a população local e cidades referenciadas na microrregião.

- Apresentar uma rede de saúde mental mais articulada e mais estruturada possibilitando melhorar sua intersectorialidade com os municípios referenciados; com os ambulatórios de Saúde Mental; ambulatórios clínicos; postos de saúde; equipes de PSF; Ministério Público e outros buscando estar vinculado a todos os serviços de saúde e se prestando a ser receptor de seus encaminhamentos.

_ Oferecer suporte aos indivíduos para aos poucos conseguirem espaços de sociabilidade, produção cultural e de intervenção JUNTO A SUA COMUNIDADE (REINSERÇÃO SOCIAL).

- Buscar parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.

Propiciar redução de danos causados por abuso de drogas em seu papel auto regulador, sem a preconização imediata da abstinência. Minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo.

- Incentivar o usuário à mobilização social nas ações de prevenção e tratamento como método clínico e político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada.

- Oferecer condições para repouso e desintoxicação ambulatorial dos usuários que necessitem de tais cuidados.

- Trabalhar com atividades educativas no sentido de desestigmatização junto a diversos seguimentos da sociedade.

- trabalhar com o usuário e familiares os fatores de proteção do uso e dependência de substâncias psicoativas.

III Justificativa

A demanda de usuários de álcool e drogas tem crescido consideravelmente em nossa cidade e região. Percebemos que 50% dos usuários do CAPS em sistema intensivo sofrem com transtornos provocados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Foi realizada uma pesquisa no Presídio Regional de desenvolvida com o conselho Anti Drogas (COMAD), a . O levantamento foi feito através de entrevista com custodiados, sendo do sexo masculino e do sexo feminino, entre a faixa etária de anos de idade.

Os dados apontaram uma relação direta do uso de substâncias psicoativas e os delitos cometidos.

Dos entrevistados 81,07% relataram que faziam uso de álcool e/ou drogas antes da prisão, sendo que 50,36% apontaram que o motivo da prisão teve relação com o uso de drogas. Outro dado relevante é que 66,52% dos custodiados entrevistados já tentaram parar com o uso de drogas antes da prisão, mas não conseguiram e/ um número dos entrevistados, 73/57% gostariam de receber ajuda para interromper o uso ou não voltar a usar.

A nos informou que centenas de pessoas aguardam na fila de espera, tanto uma primeira internação como reiterações em casos de pessoas que recaíram. Em fundou um centro para tratamento da Dependência Química, denominado , do qual tornou-se mantenedora. Adota como método de tratamento

Oferece duas modalidades de atendimento: a) internação; b) Tratamento ambulatorial.

Na , atendimento em setembro, 2011:

	Número de Pessoas	Número de

		atendimentos
Tratamento Individual		

Metodologia

O CAPS AD propõe um funcionamento de 08:00 às 18:00hs, em (dois) 2 turnos, durante os dias úteis da semana. Deverá existir de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

Os pacientes assistidos em um turno, receberá 1 refeição diária. Os pacientes assistidos em dois turnos receberão 2 refeições diárias.

Realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MG nº. 341 de 22 de agosto, dentro de sua área assistencial.

Assistência Prestada:

- Acolhimento: o CAPS AD é porta de entrada dos usuários de diversos segmentos procura espontânea, encaminhamentos pelos hospitais, unidades de saúde, escolas, conselho tutelar, Ministério Público Judiciário, familiares e tantas outras, buscando atendimento, tratamento e/ou orientação.

O atendimento é realizado por um dos técnicos do serviço. Acolher é receber, escutar e depois planejar um tratamento juntamente com o sujeito. Caso se tome um usuário do CAPS ad será feito o preenchimento de seu cadastro, coleta de dados clínicos, comportamentais, com isso o acolhedor terá melhores condições de indicar formas de tratamento, construindo o PTI (Projeto Terapêutico Individual) que melhor seja adequado para cada paciente, tornado-se referência desse usuário. O técnico o encaminhará para os serviços necessários e oferecidos no CAPS(oficinas terapêuticas, psicoterapia, atendimento médico, etc.).

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, etc.).

Atendimento grupal (psicoterapia, grupo familiares, assembléia de usuários, atividades de suporte social e outros). A finalidade é trabalhar os aspectos emocionais da dependência e da abstinência, a auto-imagem atual, construção de nova auto-imagem, mudança de conceitos e atitudes, desenvolvimento de auto-estima mais

positiva, reflexão sobre sua dependência e postura diante da vida, orientação. Informações sobre a dependência química e outros termos de relevância.

- Atendimento em oficinas Terapêuticas. Busca promover a troca de saberes no encontro com a arte, educação, lazer e cultura, que por sua vez remete ao exercício do convívio social, proporcionando ao usuário um espaço, onde possa mostrar o que sente, pensa, sua história, utilizando todas as ferramentas oferecidas.

_ Atendimento Domiciliar = Realizar consultas através de visitas; verificar a medicação em uso; responsabilizar e orientar a família; observar condições gerais do usuário. Manter parceria com PSF a qual pertence o usuário.

- Atendimento Familiar: = Manter a família envolvida no tratamento. Acolher na sua dificuldade de lidar com o usuário. Informar a família a respeito da dependência e forma de lidar com a situação em casa e outros.

- Atividades Comunitárias = Resgatar os aspectos sociais de cada indivíduo, proporcionando atividades saudáveis ao usuário. Respeitar sua diferenças (festas religiosas, festas típicas, encontros de grupo, etc.).

- Reuniões semanais com toda a equipe multiprofissional para discussão de casos, estudos e discussão da dinâmica do serviço.

- Leito de observação = Intervenção no momento agudo e momento de urgência.

- Alta = Usuário retornará para o PSF de origem.

1) Local de Funcionamento

Será definido posteriormente pelo Secretário Municipal de Saúde. O local de funcionamento será amplo com extensa área verde, área de lazer, salas para atendimento médico, psicológico, sala de reuniões de grupo e palestras posto de enfermagem, recepção, banheiros para usuários, refeitórios, sala para oficinas, cozinha, despensa de alimentos e despensa de material de limpeza, sala de escritório de administração.

2) Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para CAPS AD para atendimento de 25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, deverá ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em Saúde Mental;
- 1 médico clínico
- 4 profissionais de nível superior

- 6 profissionais de nível médio

É necessário ainda: segurança, faxineira e motorista.

Fluxograma de Atendimento No CAPS AD

Como o paciente terá acesso ao CAPS AD:

- Demanda espontânea

- Encaminhamento das Secretarias Municipais de Saúde que integram a microrregião de, por meio de seus profissionais psicólogos, enfermeiros e/ou médicos

- Por encaminhamento de toda a Rede de Saúde Mental de (PSF, ambulatório geral, ambulatório de saúde mental, UPA, UBS, hospital geral, NASF, escolas, conselho tutelar, judiciário.

Após o acolhimento do paciente no serviço será definido o PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL (PTI) que terá as seguintes possibilidades:

- Atendimento Intensivo = de acordo com seu quadro clínico e projeto terapêutico necessita de atendimento diário.

- Atendimento Semi-Intensivo = de acordo com seu quadro clínico e projeto terapêutico indica que não precisa de estar diariamente no CAPS AD.

- Atendimento Não-Intensivo = de acordo com seu quadro clínico e projeto terapêutico indica que sua frequência é ainda menor que a anterior no CAPS AD.

Se o paciente for inserido no quadro de pacientes do CAPS AD passará a usufruir de todos os serviços disponibilizados tais como acompanhamento psicoterápico, médico, farmacológico, oficinas, grupos, etc.

Com melhora de seu quadro clínico migrará posteriormente para a equipe de Saúde mais próxima à sua residência, que acompanhará o paciente conforme o Plano Terapêutico Individual com ações de inserção na comunidade (grupos de lazer, cultura, atividade física, etc.).

Resultados Esperados

Fortalecer as políticas públicas de saúde do município para que continuamente possa estar recebendo incentivos e capacitações para melhor atender aos usuários.

O CAPS AD deve usar os recursos disponíveis para evitar internações, garantir direitos sociais e reduzir danos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas.

Buscaremos a superação do estigma da dependência química e ofereceremos uma perspectiva de reflexão, em que a pessoa possa pensar a retomada da cidadania como um processo de reconstrução social e familiar. São resultados esperados também a manutenção da adesão ao tratamento e a reinserção na comunidade.

VII Conclusão

Hoje com uma nova postura, observamos a necessidade de ultrapassar o modelo centrado no hospital e avançar no sentido do cuidado próximo as famílias e aos recursos socioculturais. O CAPS AD garante Tratamento as pessoas com transtornos comportamentais decorrentes da dependência que apresentam danos físicos, psíquicos e sociais e promove uma melhor qualidade de vida, junto dos familiares.

ANEXO 2

DELIBERAÇÃO CIB - SUS/MG Nº 902, DE 21 DE SETEMBRO DE 2011

Aprova o incentivo financeiro destinado à implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais no uso de suas atribuições legais considerando:

- a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684 de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências;
- o Decreto nº 42.910 de 26 de setembro de 2002, que contém o Regulamento da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências;
- a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPSI, CAPSII e CAPSIII, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;
- a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- a Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que e define e amplia a atenção integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, e dá outras providências;
- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

-o Decreto nº 45.551, de 16 de fevereiro de 2011, que cria a Agenda Intersetorial de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas;

- o Decreto nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo fundo estadual de saúde;

-o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado de Minas Gerais;

-a reorientação da atenção e cuidados em Saúde Mental;

-a necessidade da implantação de serviços substitutivos aos Hospitais Especializados Psiquiátricos; e

-a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 173ª Reunião Ordinária, ocorrida em 21 de setembro de 2011.

DELIBERA:

Art. 1º Fica aprovado o incentivo financeiro para implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD no âmbito do Estado de Minas Gerais, nos termos do Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 21 de
setembro de 2011.

ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE
GESTOR DO SUS/MG E COORDENADOR DA
CIB-SUS/MG

ANEXO 3

RESOLUÇÃO SES/MG Nº 2.938, DE 21 DE SETEMBRO DE 2011.

Instituiu o incentivo financeiro destinado à implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais– SUS/MG, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no inciso II do art. 7º da Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999 e, ainda, considerando:

- a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684 de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências;
- o Decreto nº 42.910, de 26 de setembro de 2002, que contém o Regulamento da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de Transtorno Mental e dá outras providências;
- a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;
- a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- a Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, e dá outras providências;
- o Decreto 45.551, de 16 de fevereiro de 2011 que cria Agenda Intersetorial de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas;

- o Decreto nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo fundo estadual de saúde;
- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado de Minas Gerais;
- a reorientação da atenção e cuidados em Saúde Mental;
- a necessidade da implantação de serviços substitutivos aos Hospitais Especializados Psiquiátricos;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 902, de 21 de setembro de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído o incentivo financeiro para implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD no âmbito do Estado de Minas Gerais, para o exercício financeiro de 2011/2012.

Art. 2º O valor total do incentivo financeiro é de R\$2.000.000,00 (dois milhões de reais) e será distribuído entre 20 (vinte) Municípios para implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD que possuam população definida pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

§ 1º Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo correrão à conta da Dotação Orçamentária de nº 4291103017064182000133404110.1, e só poderão ser gastos com despesas financeiras destinadas, exclusivamente, com a implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD.

§ 2º Os recursos financeiros serão transferidos, em parcela única, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em conta específica destinada exclusivamente a este fim.

§ 3º Cada Município poderá apresentar apenas 1 (um) projeto para pleitear o incentivo financeiro.

§ 4º Caso haja mais de 20 (vinte) solicitações para recebimento do incentivo financeiro serão observados sequencialmente os seguintes critérios:

- I- a não existência de CAPS AD no Município;
- II- a não existência de CAPS AD na Macrorregião;
- III- a não existência de CAPS AD na Microrregião;
- IV- a não existência de CAPS no Município.

§ 5º A SES/MG repassará o valor de R\$100.000,00 (cem mil reais), para cada um dos 20 (vinte) projetos enviados e selecionados.

§ 6º A SES/MG publicará até 30 de novembro de 2011 os municípios contemplados com o incentivo financeiro de que trata esta Resolução.

Art. 3º Os Municípios interessados deverão estar cadastrados no cadastro Geral de Convenentes/CAGEC e encaminhar até 31 de outubro de 2011 à Coordenação de Saúde Mental/CSM da Diretoria de Redes Assistenciais/DRA da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/SRAS da Gianetti S/Nº, Prédio Minas, 13º Andar, Ala Ímpar, Bairro Serra Verde, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, CEP 30.630-900, até 31 de outubro de 2011, a seguinte documentação:

- I- declaração do Prefeito Municipal comprometendo-se a implantar o CAPSAD até 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo financeiro;
- II- projeto que apresente a proposta de utilização do incentivo financeiro, contendo: introdução, objetivo, justificativa, plano de ações e cronograma;
- III- plano de aplicação dos recursos financeiros, nos termos do Anexo I desta Resolução;

§ 1º O projeto e o plano de aplicação dos recursos financeiros deverão ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e pactuados na CIB Microrregional.

§ 2º A CSM /DRA /SUBPAS /SES – MG avaliará, em caráter eliminatório de aprovação, os projetos e os planos de aplicação dos recursos financeiros dos

Municípios que enviarem os documentos solicitados no caput deste Artigo dentro do prazo estipulado, e que não haja nenhuma irregularidade com os documentos dispostos no CAGEC.

§ 3º A Superintendência de Planejamento e Finanças/SPF da Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde/SUBSILS/SES-MG somente repassará o incentivo financeiro após a aprovação do projeto e do plano de aplicação dos recursos financeiros pela Coordenadoria de Saúde Mental /DRA/SRAS/SPAS/SES- MG e assinatura de Termo de Compromisso do Município, conforme Anexo II desta Resolução.

Art. 4º Os municípios deverão apresentar os documentos necessários do processo de acompanhamento, controle e avaliação de que trata esta Resolução no final da vigência desta ou quando solicitado pela Coordenadoria de Saúde Mental /DRA/SRAS/SPAS/SES-MG, nos termos do Decreto nº45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre o acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros transferidos do Fundo Estadual de Saúde por meio de Resoluções.

Art. 5º Os municípios contemplados com esta Resolução terão o prazo de até 12 (doze) meses, após o recebimento do incentivo financeiro, para execução do projeto de implantação de serviço na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD.

§ 1º O prazo estipulado no caput deste artigo é improrrogável.

§ 2º Findo o prazo que trata o caput deste artigo, o Município deverá comprovar, em até 60 (sessenta) dias, a execução do projeto, mediante parecer técnico favorável decorrente de vistoria a ser realizada por Técnicos da SES-MG e/ou mediante habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde em Portaria publicada no Diário Oficial da União/DOU.

§ 3º No caso de não cumprimento da execução do projeto, o Município terá que devolver, integralmente, o incentivo financeiro ao Fundo Estadual de Saúde no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após o término da vigência do termo de compromisso, sob pena de bloqueio no SIAFI.

Art. 6º A Coordenadoria de Saúde Mental /DRA/ SRAS/ SPAS/ SES- MG fornecerá assessoria técnica para ajudar os Municípios conseguirem a habilitação dos serviços implantados junto ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os recursos financeiros destinados ao custeio dos CAPS AD estarão sujeitos à habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde em Portaria a ser publicada no Diário Oficial da União/ DOU, com consequente repasse federal mensal dos serviços implantados.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 21 de setembro de 2011.

ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

E GESTOR DO SUS/ MG

são atendidos _____ - Gestor Municipal de Saúde de _____ destacou a importância do projeto, porém sugeriu que o assunto fosse retirado da pauta e que a discussão fosse postergada para melhor entendimento junto ao Gestor Municipal de _____ e sugeriu que se estabelecesse um termo de compromisso do município de _____ para com os outros municípios da microrregião relativo aos compromissos de atendimento.

o projeto para implantação do CAPS AD De acordo com orientação da Coordenação Estadual de Saúde Mental serão implantadas vinte unidades de CAPS Ad no estado para atender a crescente demanda de usuários de álcool e drogas, que se tornou uma questão emergencial, pois o estado não dispõe de serviços habilitados para atender estas situações. Informou ainda que há uma perspectiva de investimento muito alto para o próximo ano. Apresentou em data show toda a caracterização do CAPS Ad, objetivos, metas, processo de trabalho e resultados pretendidos. Explicou que a instalação deve ser no município sede da microrregião para atendimento regional, que o projeto tem a aprovação do gestor municipal de saúde de _____ e do Conselho Municipal de Saúde. Vários gestores manifestaram sobre os muitos projetos que são aprovados, em _____ por ser polo de microrregião, com a promessa de cumprimento de metas e prestação de serviços que acabam por não acontecer. Após vários questionamentos e argumentações os presentes acordaram pela aprovação tanto do CAPS _____ e CAPS AD, com ressalvas, e com solicitação de prestação de contas trimestral a ser apresentada para a comissão doravante constituída por _____

_____, Gestor Municipal de Saúde de _____, Gestor Municipal de Saúde de _____, Referência Técnica em Saúde Mental do município de _____ e Referência Técnica Regional em Saúde Mental. (...)

de abril de 2014.

Secretaria Executiva
CJR 1

ANEXO 5

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

OF.

Outubro de 2011.

Assunto: Plano de Aplicação de Recursos Financeiros,

Prezado Coordenador,

Encaminhamos em anexo **O Plano de Aplicação de Recursos Financeiros** conforme deliberação CIBSUS/MG n° 902 de 21/09/2011. Informamos que no Município de _____ e na Microrregião não existência de nenhum serviço de CAPS AD.

Atenciosamente,

Referência Técnica da Saúde Mental

ILMO SR
Paulo Roberto Repsold
Coordenador Estadual de Saúde Mental

PL = 12012
 PP: 12012 ➤ Aquisição de Materiais, Equipame
 e Veículo para o CAPS AD

ITEM	PRODUTO	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	VAL. UNIT.	VAL. TOT.
1	Acetona tubo	FRUSTRADO	unid.	5		
2	Aparelho de barbear descartável	Ok Space	Cartela o/2	30		
3	Argila Kg	FRUSTRADO	kg	10		
4	Armário de aço com chave	Ok Braslar	unid.	4		
5	Armário tipo vestiário	Ok Braslar	unid.	4		
6	Armário vitrine	FRUSTRADO	unid.	1		
7	Ancinho	Ok Space	unid.	3		
8	Arquivo com 04 gavetas	Ok Braslar	unid.	3		
9	Autoclave 21l	FRUSTRADO	unid.	1		
10	Bacia de plástico	Ok Space	unid.	4		
11	Balança antropométrica	FRUSTRADO	unid.	1		
12	Balde de pedal 100l	FRUSTRADO	unid.	6		
13	Bambolê	FRUSTRADO	unid.	10		
14	Bandeja em inox retangular	Ok Braslar	unid.	2		
15	Bebedouro	Ok Space	unid.	2		
16	Biombo	FRUSTRADO	unid.	1		
17	Bola de Vôlei	Ok Space	unid.	2		
18	Bomba para encher bola	Ok Space	unid.	1		
19	Cadeira de banho	FRUSTRADO	unid.	1		
20	Cadeira de rodas	FRUSTRADO	unid.	1		
21	Cadeira fixa	Ok Space	unid.	20		
22	Cadeira metal branca	Ok Braslar	unid.	2		
23	Caldeirão para café	Ok Space	unid.	4		
24	Cama hospitalar	FRUSTRADO	unid.	2		
25	Cânula de guedel vários tamanhos	FRUSTRADO	unid.	4		
26	Carrinho de transporte de oxigênio	FRUSTRADO	unid.	1		
27	Carro de emergência	FRUSTRADO	unid.	1		
28	Cesto de lixo 1,5l com pedal	FRUSTRADO	unid.	4		
29	Cilindro de oxigênio	FRUSTRADO	unid.	1		
30	Cobertor	Ok Braslar	unid.	20		
31	Cola Branca tubo	Ok Space	unid.	7		
32	Cola Colorida tubo	FRUSTRADO	unid.	24		
33	Cola Quente bastão	FRUSTRADO	unid.	50		
34	Colar cervical	FRUSTRADO	unid.	1		
35	Colchonete encapado com curvin	FRUSTRADO	unid.	25		
36	Colher de sopa	Ok Space	unid.	50		
37	Computador	Ok Braslar	unid.	3		
38	Condicionador	FRUSTRADO	unid.	5		
39	Cone	Ok Space	unid.	6		
40	Conjunto de lençol, fronha e virol	Ok Braslar	unid.	20		
41	Corda de varal	Ok Space	unid.	5		
42	Cortador de unha	Ok Space	unid.	5		
43	Cuba rim	FRUSTRADO	unid.	2		
44	Datashow	Ok Space	unid.	1		
45	Desfibrilador externo automático (DEA)	FRUSTRADO	unid.	1		
46	DVD	Ok Braslar	unid.	1		
47	Enxada	Ok Space	unid.	3		
48	Enxadão	Ok Space	unid.	2		
49	Escada com dois degraus	FRUSTRADO	unid.	2		
50	Escada multifuncional	Ok Braslar	unid.	1		
51	Escova de cabelo	FRUSTRADO	unid.	2		
52	Esfignomanômetro	FRUSTRADO	unid.	3		
53	Esmalte de cores variadas	FRUSTRADO	unid.	20		

54	Estante	Ok Braslar	unid.	4		
55	Estetoscópio	FRUSTRADO	unid.	2		
56	Estojo de maquiagem	FRUSTRADO	unid.	5		
57	Faca grande	Ok Space	unid.	2		
58	Fogão a gás com quatro bocas	Ok Braslar	unid.	1		
59	Folha de EVA de cores variadas	FRUSTRADO	unid.	25		
60	Forma de assar grande de alumínio	Ok Space	unid.	4		
61	Forma de gesso	FRUSTRADO	unid.	10		
62	Forno elétrico	Ok Space	unid.	1		
63	Garrafa térmica	Ok Space	unid.	5		
64	Geladeira duas portas	Ok Space	unid.	1		
65	Gesso Kg	FRUSTRADO	kg	10		
66	Giz de cera caixa	Ok Space	cx.	20		
67	Glicosímetro	FRUSTRADO	unid.	2		
68	Impressora Multifuncional	Ok Space	unid.	1		
69	Jogo de panela	Ok Space	unid.	2		
70	Jogo para mantimentos	FRUSTRADO	unid.	2		
71	Lanterna clínica	FRUSTRADO	unid.	2		
72	Lápis de cor caixa	Ok Space	cx.	30		
73	Lixa de unha	Ok Space	unid.	50		
74	Longarina	Ok Space	unid.	6		
75	Maca hospitalar	FRUSTRADO	unid.	1		
76	Mangueira para jardim	Ok Space	unid.	2		
77	Máquina de cortar cabelo	Ok Braslar	unid.	1		
78	Máquina de cortar grama	Ok Space	unid.	1		
79	Mesa auxiliar	FRUSTRADO	unid.	2		
80	Mesa de cabeceira	FRUSTRADO	unid.	2		
81	Mesa de escritório	Ok Space	unid.	5		
82	Mesa de exames	FRUSTRADO	unid.	1		
83	Mesa de reunião	Ok Space	unid.	1		
84	Mesa Mayo	FRUSTRADO	unid.	1		
85	Mesa para computador e impressora	Ok Braslar	unid.	2		
86	Microondas	Ok Braslar	unid.	1		
87	Micro system	Ok Space	unid.	1		
88	Negatoscópio	FRUSTRADO	unid.	1		
89	Otoscópio	FRUSTRADO	unid.	1		
90	Oxímetro	FRUSTRADO	unid.	1		
91	Palito de picolé	FRUSTRADO	pct.	50		
92	Palito de unha	FRUSTRADO	pct.	1		
93	Panela de pressão grande	Ok Space	unid.	2		
94	Pano de prato	Ok Braslar	unid.	20		
95	Pente de cabelo	Ok Space	unid.	4		
96	Peteca	Ok Space	unid.	5		
97	Pinça dente de rato	FRUSTRADO	unid.	3		
98	Pincel para pintura diversos tamanhos	FRUSTRADO	unid.	20		
99	Pistola para cola quente	FRUSTRADO	unid.	7		
100	Porta álcool gel	FRUSTRADO	unid.	6		
101	Porta comprimidos	FRUSTRADO	unid.	50		
102	Porta sabão	Ok Space	unid.	6		
103	Porta toalha para papel	FRUSTRADO	unid.	6		
104	Pote de plástico para comprimido	FRUSTRADO	unid.	35		
105	Prancha	FRUSTRADO	unid.	1		
106	Prancha para cabelo	Ok Braslar	unid.	2		
107	Prato	FRUSTRADO	unid.	30		
108	Pregador de roupa dúzia	Ok Space	duz.	5		
109	Quadro branco	Ok Space	unid.	5		
110	Reanimador ulmonar	FRUSTRADO	unid.	1		
111	Rede de vôlei	FRUSTRADO	unid.	1		

112		FRUSTRADO	unid.	3		
113	Secador de cabelo	Ok Braslar	unid.	2		
114	Shampoo	FRUSTRADO	unid.	5		
115	Suporte para soro	FRUSTRADO	unid.	2		
116	Suporte para TV e DVD	Ok Braslar	unid.	2		
117	Tela de projeção	Ok Space	unid.	1		
118	Tela para pintura de diversos tamanhos	Ok Space	unid.	10		
119	Televisor	Ok Braslar	unid.	2		
120	Termômetro digital	FRUSTRADO	unid.	2		
121	Tesoura	FRUSTRADO	unid.	20		
122	Tesoura para jardim	Ok Space	unid.	2		
123	Tinta de cores variadas tubo	FRUSTRADO	unid.	25		
124	Toalha de banho	Ok Braslar	unid.	25		
125	Travesseiro	Ok Braslar	unid.	20		
126	Válvula superior para ambú	FRUSTRADO	unid.	1		
127	Vasilha grande de plástico	FRUSTRADO	unid.	10		
128	Caneca	Ok Space	unid.	50		
129	Impressora Matricial	Ok Space	unid.	1		
130	Notebook	Ok Braslar	unid.	1		
131	Colchão para cama hospitalar	FRUSTRADO	unid.	2		
132	Veículo	Ok Cactel	unid.	1		

ANEXO 6



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

OF.

Novembro de 2011.

Assunto: Documentação do CAPS AD

Prezado Coordenador,

Encaminhamos em anexo:

- Resolução N°003/2011- Aprovação da criação do CAPS ad do Conselho Municipal de Saúde,
- Cadastro Geral de Convenientes – CAGEC/MG,
- Declaração de abertura de conta corrente,
- Pactuação CIB Micro – aprovação implantação CAPS ad.

Atenciosamente,

Referência Técnica da Saúde Mental

ILMO SR
Paulo Roberto Repsold
Coordenador Estadual de Saúde Mental

PACTUAÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE MICRORREGIONAL	
CIB MICRO:-	Reunião Ordinária
Número: '11	Data: '11/2011
Assunto: Implantação CAPS ad	
Considerandos:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. A Portaria Ministerial nº 336 de 19/02/2002 2. A Resolução nº 2938 de 21/09/2011 3. A Deliberação CIB-SUS/MG nº 902 de 21/09/11 4. Análise da Coordenação Regional de Saúde Mental 	
Decisão:	
A CIB Microrregional aprova a solicitação do município de	
implantação do CAPS ad para a microrregião de	
_____ de Novembro de 2011.	
<p style="text-align: center;">Coordenador da CIB Microrregional (Assinatura e Carimbo)</p>	
Homologação da CIB Estadual	



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CONTROLADORIA-GERAL DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CADASTRO GERAL DE CONVENIENTES DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CAGEC-MG

(Instituído pelo Decreto Estadual Nº 44.293, de 10 de maio de 2006)

**CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL DE BENEFICIÁRIO DE
REPASSES PELO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**

(De que trata o Decreto: de 1

Nº do CRC:

Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE

CNPJ / CPF:

Município:

Situação atual no CAGEC: REGULAR

Data / Hora de Emissão: 11/2011

Nº de Autenticação:

Validade: 11/2012

OBS.: A validade deste documento condiciona-se a regularidade da documentação relativa à habilitação jurídica e regularidade fiscal, bem como os prazos de validade dos documentos.

Site para consulta:

www.convenientes.mg.gov.br

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Tel. Fax:

MG

E-mail:

RESOLUÇÃO Nº 0003/2011

Conferido pela Lei 2784 de 23 de dezembro de 1991 ao qual criou-se o Conselho Municipal de Saúde
le _____, O Plenário do Conselho Municipal, em sua Quarta Reunião Ordinária, realizada no
dia 26 de outubro de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no
1.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839,
de 11 de julho de 2006, **RESOLVE, APROVAR A CRIAÇÃO DO CAPS AD, pela Secretaria
Municipal de Saúde de**

Art. 1º- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 2º Revogam-se as disposições em contrário.

26 de outubro de 2011.

PRESIDENTE DO CMS

de Novembro de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos que, conforme solicitação do FUNDO MUNICIPAL DE
CNPJ foi aberta a CONTA de nº AGÊNCIA
BANCO com o nome FNS , SES 2938 CAPS AD .

Atenciosamente,

GERENTE

ANEXO 7

RESOLUÇÃO SES/ MG Nº 3.025, DE 01 DE DEZEMBRO DE 2011.

Divulga os 20 Municípios e os respectivos valores para a implantação de serviços nas modalidades Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD, nos termos da Resolução SES- MG Nº 2.938 de 21 de setembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG), no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no inciso II do art. 7º da Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999 e, ainda, considerando:

-a Resolução SES/MG nº 2.938, de 21 de setembro de 2011, que instituiu o incentivo financeiro destinado à implantação de serviços nas modalidades Centro de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas/CAPS AD;

-a Deliberação CIB-SUS/ MG nº 902, de 21 de setembro de 2011, que aprova o incentivo financeiro destinado a implantação de serviços nas modalidades Centro de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas/CAPS AD;

-a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 140ª Reunião Ordinária, ocorrida em 21 de setembro de 2011; e

-a Deliberação CIB-SUS/MG nº 987, de 01 de dezembro de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º Ficam divulgados os 20 (vinte) Municípios beneficiados com o incentivo destinado à implantação de serviços nas modalidades Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/ CAPS AD no âmbito do Estado de Minas Gerais, estabelecido pela Resolução SES/MG nº 2.938, de 21 de setembro de 2011, nos termos do Anexo I desta Resolução.

Art. 2º Os Municípios constantes no Anexo I desta Resolução deverão aderir ao incentivo financeiro através da assinatura do Termo de Compromisso constante no Anexo II desta Resolução.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2011

ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE
E GESTOR DO SUS/MG

ANEXO 8

PPREFEITURA M DE
Secretaria Municipal de Saúde
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CAPS

Ofício: CAPS /12

novembro de 2012.

De: Equipe do CAPS

Para: Secretário Municipal de Saúde - Sr.
Gerente Regional de Saúde – Sr.
Conselho Municipal de Saúde – Sr
Promotoria de Justiça - Sr

Assunto: Solicitação de intervenção junto ao CAPS

Exmos Senhores,

Os trabalhadores do CAPS vêm manifestar suas reivindicações tendo em vista a ausência de condições dignas para assistência aos usuários do serviço e a falta de condições de trabalho, conforme a Portaria GM/MS 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e a Lei federal nº 10.216, de 6/04/01, que trata da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O CAPS é um CAPS tipo sendo referência na Microrregião com municípios referenciados. Atualmente vem atendendo uma população em torno de habitantes, mas conforme a Portaria 336 possui uma capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre habitantes. São realizados atendimentos para usuários em regime de tratamento intensivo (frequência diária em permanência dia), usuários em regime semi-intensivo (até frequências mês) e aproximadamente usuários em frequência mês entre consultas e acolhimentos.

Em de Outubro de 2012 o CAPS mudou-se de sede e conforme avaliação da equipe o local não atende os requisitos básicos para o funcionamento de um CAPS de acordo com a RDC 50/02, de 21-02-2002, e a Portaria MS/GM 336/02, de 19-02-2002.

Seguem reivindicações da equipe assistencial do CAPS:

- Mudança de local não foi em acordo prévio com a equipe e foi considerado inapropriado para o funcionamento (conforme fotos em anexo)
- Falta de um carro exclusivo para transporte dos pacientes, sendo usado para outros serviços, comprometendo a rotina diária. Falta de manutenção do veículo, comprometendo a segurança dos transportados.
- Falta de materiais para realização de oficinas terapêuticas, de escritório, de assistência de enfermagem.
- Capacitação e supervisão clínica continuada.

ANEXO 9

EDITAL DE LICITAÇÃO 023/2012

PREGÃO PRESENCIAL – PPRP – 023/2012

1. Preâmbulo

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de _____ mediante sua Pregoeira torna público a abertura de procedimento licitatório na modalidade PREGÃO PRESENCIAL - REGISTRO DE PREÇOS - DO TIPO MENOR PREÇO POR ITEM, PARA **Aquisição de materiais, equipamentos e veículo para atender o CAPS AD**, conforme Anexo I deste edital.

A presente licitação será processada na conformidade do disposto na Lei Federal nº 10.520/2002 e subsidiariamente na Lei nº. 8666/93 e suas alterações, Lei Complementar 123/2006, pelos Decretos Municipais nº3.517 (Institui o Pregão), nº3.516 (Institui pregão presencial no registro de preço), nº3.515 (regulamenta a atuação de microempresas e empresas de pequeno porte. Documentação de Habilitação serão recebidos pela Pregoeira, em sessão pública, a realizar-se no dia **04/12/2012, às 09:00 h (NOVE HORAS)**, na Sala de Licitações da Secretaria e pelas condições contidas no ato convocatório e aquelas que compõem seus anexos.

Os envelopes das Propostas serão abertos na sala de licitações da Secretaria Municipal de Saúde, situada

2-Objeto

2.1 - A presente licitação tem por objeto **Aquisição de materiais, equipamentos e veículo para atender o CAPS AD** da Secretaria Municipal conforme descritivos do Anexo I desde edital.

2.3. O Edital e seus anexos poderão ser adquiridos através do endereço eletrônico:
Os pedidos de esclarecimentos poderão ser solicitados através do e-mail

3. Das Sanções

3.1 – Multa de 1% (um por cento) ao dia, incidente sobre o valor total da Nota de Empenho, pela não entrega do produto após ordem de compras.

3.1.1 - Sujeitará ainda a detentora do contrato às penalidades de advertência, suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração e à declaração de inidoneidade, conforme previsto nos Artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal 8.666/93, alterada pelas Leis 8.883/94 e 9.648/98; além do encaminhamento ao Ministério Público para aplicação das sanções criminais previstas nos Artigos 89 e 99 do citado diploma legal, salvo a superveniência comprovada de motivo de força maior desde que aceito pelo Município.

3.1.2– As sanções anteriormente previstas serão apuradas através de regular Processo Administrativo e poderão ser aplicadas cumulativamente, conforme disposto em Lei.

4. Das Condições de Participação

4.1- A participação na licitação importa total e irrestrita submissão dos proponentes às condições deste edital.

4.2- Os interessados, ou seus representantes legais deverão fazer seu credenciamento, na sessão pública de instalação do Pregão, comprovando possuir poderes para formular propostas e para a prática de todos os demais atos do certame, é admitido somente um representante por proponente, não podendo um representante representar duas firmas.

4.3-O credenciamento far-se-á por meio de instrumento público de procuração ou instrumento particular, com poderes para formular ofertas e lances de preços e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, em nome do proponente (modelo anexo). Em sendo sócio, proprietário,

dirigente ou assemelhado da empresa proponente deverá apresentar cópia do respectivo Estatuto ou Contrato Social, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura.

4.4. - Não poderão concorrer, direta ou indiretamente, ou participar do processo:

a) O proponente que participou da elaboração do estudo de concepção ou de consultoria referente ao objeto deste edital ou da sua elaboração;

b) Empresas em consórcio;

c) Empresas em estado de falência, de concurso de credores, de dissolução ou liquidação;

d) Empresas que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal, bem como as que estejam punidas com suspensão do direito de contratar ou licitar com a Administração Pública;

e) Servidor de qualquer Órgão ou Entidade vinculada ao Município de _____, bem assim a empresa da qual tal servidor seja sócio, dirigente ou responsável técnico.

4.6. Poderão participar deste Pregão os interessados que atenderem a todas as exigências constantes deste Edital e seus anexos e apresentem os documentos nele exigidos, em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente ou autenticado por servidor da Administração ou da Equipe de Apoio do Pregão, devidamente qualificado.

4.7. Poderão participar os interessados que estiverem cadastrados ou NÃO junto a Secretaria Municipal de Saúde de _____ Abaixo estão os documentos necessários para as empresas que desejam se cadastrar junto à Secretaria de Saúde.

4.7.1. DOCUMENTOS PARA CADASTRO – CRC

- a) Contrato Social e última alteração contratual (quando houver);
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- c) Comprovante de Regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- d) Comprovante de Regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente na forma da lei;
- e) Comprovante de Regularidade de Situação para com o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS);
- f) Comprovante de Regularidade relativa ao INSS;
- g) Alvará de Localização e Funcionamento.

4.8. Só poderão participar da licitação pessoas jurídicas que explorem ramo de atividade compatível com o objeto desta licitação. Deverá apresentar o Contrato Social e última alteração contratual, juntamente com credenciamento.

4.9. Não poderão participar da presente licitação os interessados que se encontrarem sob falência, concordata, concurso de credores, dissolução ou liquidação, empresas estrangeiras que não funcionem no País, nem aqueles que tenham sido declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública ou punidos com suspensão do direito de licitar, bem como servidor de qualquer órgão ou entidade vinculada ao órgão promotor da licitação ou a empresa de que tal servidor seja sócio, diretor ou responsável técnico.

5. Da Documentação

5.1 - Habilitação Jurídica

- a) Registro Comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato Constitutivo (Estatuto ou Contrato Social) em vigor, devidamente registrado, atualizado com a indicação dos atuais administradores ou dirigentes;

c) Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.

5.2. - Qualificação Econômico-Financeira

a) Certidão Negativa de Pedido de Falência ou concordata, expedida por setor do Poder Judiciário da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física, emitida, no máximo, 90 (noventa) dias anteriores à data fixada para a sessão pública.

5.3. - Regularidade Fiscal

a) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ retirado na Internet no máximo 90 dias antes da data de abertura desse processo de acordo com a IN da Secretaria da Receita Federal n.º 200, de 13 de setembro de 2002;

b) Cartão de Inscrição Estadual;

c) Certidão de Quitação de Tributos e Contribuições Federais administrados pela Secretaria da Receita Federal;

d) Certidão Negativa quanto à Dívida Ativa da União, fornecida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;

e) Prova de Regularidade através de Certidão Negativa para com a Fazenda Estadual;

f) Prova de Regularidade através de Certidão Negativa para com Fazenda Municipal do domicílio ou sede da empresa;

g) Prova de Regularidade através de Certidão Negativa de Débito (CND) junto ao INSS.

h) Certificado de Regularidade de Situação (CRS.) junto ao FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço), fornecido pela CEF (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL);

5.4 - Os interessados deverão comprovar, ainda, para efeito de habilitação, o cumprimento do disposto no Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal e na forma da Lei n.º 9.854, de 27/10/99 (declaração modelo anexo).

5.5 - O prazo de validade dos documentos necessários à habilitação deverá estar em vigência na data do recebimento dos Envelopes Propostas e Habilitação, sob pena de inabilitação das concorrentes.

5.6 – As Certidões Negativas de Débito junto aos órgãos municipal, estadual e federal, deverão ser atualizadas e apresentadas na Tesouraria Municipal, no ato do pagamento.

5.7 – As licitantes que quiserem postergar a comprovação da regularidade fiscal para o momento da assinatura do contrato e ter preferência no critério de desempate quando do julgamento das propostas, nos termos da Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006, deverão apresentar declaração (Anexo V) e certidão simplificada de que estão enquadradas como microempresa ou empresa de pequeno porte, nos termos do art. 3º da referida lei.

5.7.1 - No caso de alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será concedido um prazo de dois dias úteis para apresentação de novas certidões, podendo ser prorrogado este prazo por igual período a critério da administração.

5.8 - A declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação, os documentos para credenciamento e a declaração de microempresa e empresa de pequeno porte, que pretendem fazer dos benefícios estabelecidos pelos artigos 42 a 45 da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006, de acordo com os modelos estabelecido em anexos ao Edital, deverão ser preferencialmente, apresentados fora dos envelopes 01 e 02.

6. Dos Prazos

6.1 - Na Contagem dos prazos previstos neste Edital, excluir-se-á o dia de início e incluir-se-á o do vencimento.

6.2 - Os prazos iniciam-se e vencem em dia de expediente na entidade promotora da licitação.

6.3 - As propostas terão obrigatoriamente de conter o prazo de sua validade, que não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias.

6.4 - Na hipótese da entidade Promotora da Licitação não assinar o contrato com a vencedora, no prazo de 60 (sessenta) dias, ficam estas liberadas.

6.5 - Os licitantes que tiverem dúvidas de caráter legal ou técnico na interpretação dos termos do Edital serão atendidos durante o expediente da entidade Promotora até o segundo dia útil anterior à data fixada para sessão deste Pregão, no seguinte endereço:

7. Da Forma de Apresentação das Propostas e da Documentação de Habilitação

7.1 No dia, hora e local indicado neste Edital, em ato público, presentes os licitantes e demais pessoas interessadas, a Pregoeira declarará aberta a sessão, realizará o credenciamento dos representantes legais das licitantes e receberá, em envelopes distintos e lacrados, as propostas e os documentos exigidos para habilitação. Os envelopes deverão indicar o número deste Pregão e o seu conteúdo: se DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO ou PROPOSTA COMERCIAL.

7.2. Declarado encerrado o recebimento dos envelopes, não serão admitidos, sob hipótese alguma, novos proponentes.

7.3. As propostas e a documentação de habilitação das firmas interessadas deverão ser entregues em envelopes separados, não transparentes, lacrados e rubricados no fecho, com o seguinte endereçamento:

ENVELOPE Nº 01 "PROPOSTA COMERCIAL"

À SECRETARIA MUNICIPAL DE

PREGÃO PRESENCIAL Nº 023/2012

**OBJETO: Aquisição de materiais, equipamentos e veículo para atender o CAPS
AD**

RAZÃO SOCIAL:.....

CNPJ:

ENVELOPE Nº 02 "DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO"

À SECRETARIA MUNICIPAL DE

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0023/2012

**OBJETO: Aquisição de materiais, equipamentos e veículo para atender o CAPS
AD**

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

7.4 - Não será admitido o encaminhamento de Propostas via fax, por meio eletrônico ou similar.

7.5 - Após o recebimento dos Envelopes, não serão aceitas juntada ou substituição de quaisquer documentos, nem retificação de preços ou condições.

7.6 - O recebimento dos envelopes não conferirá aos proponentes qualquer direito contra o órgão promotor da licitação, observadas as prescrições da legislação específica.

7.7 - Os documentos exigidos no **Envelope n.º 02 - Habilitação**, poderão ser apresentados no original, ou por qualquer processo de cópia autenticada, ou publicação em órgão de imprensa oficial. A autenticação poderá ser efetuada em Cartório, na forma da Lei, ou pela Pregoeira, mediante a apresentação dos documentos originais quando da análise da qualificação (Habilitação) dos licitantes, vedada a utilização de reprodução de cópia autenticada e de apresentação de Fac-Símile. Cada cópia de documento deverá possuir sua autenticação específica.

7.8 - Os Envelopes das Propostas e da Documentação deverão conter, obrigatoriamente:

7.8.1. - Envelope n.º 01 – Proposta de Preços

7.8.1.1. As propostas deverão ser apresentadas em uma via, em papel timbrado da empresa contendo razão social e CNPJ, rubricadas em todas as suas folhas, carimbadas e assinadas na última pelo titular ou representante legal, sem rasuras, emendas, ressalvas ou entrelinhas, e ainda, contendo:

7.8.1.2 – O Preço escrito em Português, moeda corrente nacional, com apenas duas casas de centavos.

7.8.1.3. Descrição clara sem emendas, rasuras, borrões, acréscimos ou entrelinhas, impressa por processo eletrônico, com a indicação do número desta Licitação, a identificação e endereço completo da proponente e a qualificação do signatário.

7.8.1.4. Preço unitário e preço total do item proposto, em moeda corrente nacional, conforme modelo de planilha de formação de preços anexo a este edital. Em caso de divergência entre os valores unitários e totais, serão considerados os primeiros, e entre os expressos em algarismos e por extenso, será considerado este último.

7.8.1.5. Prazo de validade não inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da abertura deste pregão presencial.

7.8.1.6 Razão Social, endereço, telefone/fax, número do CNPJ/MF, banco, agência, número da conta-corrente e praça de pagamento, e-mail, telefone e celular do representante da empresa.

7.8.1.7. Serão desclassificadas as propostas que não atendam às exigências do presente Edital e seus anexos; sejam omissas ou apresentem irregularidades insanáveis.

7.8.1.8.- Na formulação da Proposta, a licitante deverá computar todos os custos da contratação dos serviços, ficando esclarecido que não será admitida qualquer alegação posterior que vise a ressarcimento de custos não considerados nos preços cotados.

7.8.1.9.- Não serão consideradas Propostas com oferta de vantagem não prevista neste edital.

7.8.1.10- A apresentação da Proposta por parte da licitante significa pleno conhecimento e integral concordância com as cláusulas e condições desta licitação e total sujeição à legislação pertinente.

7.8.1.11- As propostas deverão apresentar preços correntes de mercado, conforme estabelece o inciso IV, art. 43, da Lei nº 8.666/93.

7.8.2. - Envelope n.º 02 – Documentação de Habilitação

7.8.2.1. No Envelope n.º 02 deverá conter todos os documentos listados nos subitens 5, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.7.1 e 5.8 deste Edital.

8- DA REPRESENTAÇÃO E DO CREDENCIAMENTO

8.1.- Aberta a sessão, o interessado ou seu representante deverá obrigatoriamente apresentar para **CREDENCIAMENTO:**

8.1.1- DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO P/ CREDENCIAMENTO (Anexo VII)

8.1.2.- CÓPIA DO CONTRATO SOCIAL

8.1.3.- CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

8.1.4.- Em se tratando de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME ou EPP), para que possam gozar dos benefícios previstos na Lei Complementar n.º 123/06, faz-se necessário apresentar, no momento do seu credenciamento, declaração de que cumpre plenamente os requisitos para qualificação.

8.2. O documento que credencia o representante deverá ser entregue separadamente dos envelopes de “DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO” e de “PROPOSTA COMERCIAL”.

8.3. A licitante que não apresentar representante legal devidamente credenciado perante a Pregoeira ficará impedida de participar da fase de lances verbais, de negociação de preços, de declarar a intenção de interpor recurso, de renunciar ao direito de interposição de recursos, enfim, de representar a licitante durante a reunião de abertura dos envelopes “Proposta Comercial” ou “Documentação Técnica” relativos a este Pregão.

8.3.1. Nesse caso, a licitante ficará excluída da etapa de lances verbais e será mantido o preço apresentado por escrito para efeito de ordenação das propostas e apuração do menor preço.

8.4. O credenciamento será realizado pela Pregoeira, após a abertura da sessão.

9. Do Recebimento e Abertura dos Envelopes – Oferecimento de Lances Verbais

9.1 - Os Envelopes das Propostas e da Documentação de Habilitação serão recebidos pela Pregoeira, em sessão pública, no dia e hora acima descritos, na Sala de Licitações da Secretaria de Saúde, sito na Rua

9.2 - Recebido o credenciamento dos representantes das firmas licitantes com as devidas declarações, a Pregoeira encerrará a fase de recebimento dos Envelopes e iniciará a fase de abertura dos mesmos.

9.3 - Uma vez iniciada a abertura dos Envelopes das Propostas, não será recebida nenhuma outra oferta de empresa retardatária e em nenhuma hipótese será concedido prazo para a apresentação de documento exigido neste edital, nem admitida qualquer retificação ou alteração das condições ofertadas.

9.4 - Constatada a inviolabilidade dos envelopes, a Pregoeira procederá, imediatamente, à abertura das propostas de preços, cujos documentos serão lidos e rubricados pela Pregoeira e pelos licitantes que o desejarem.

9.5 - Os envelopes da documentação de habilitação permanecerão fechados, em poder da Pregoeira, e serão abertos após a análise da aceitabilidade das propostas, no início ou no final do certame. Caso a empresa licitante não vença nenhum lote, os envelopes poderão ser devolvidos ao representante da mesma.

9.6 - Verificada a conformidade das propostas com os requisitos formais estabelecidos no edital, a Pregoeira dará início à etapa competitiva da licitação através de lances verbais e sucessivos, que poderão ser oferecidos pelo autor da proposta de valor mais baixo e das ofertas com preços até 10% (dez por cento) superiores à primeira.

9.7 - Se não houver pelo menos três propostas nas condições indicadas no subitem anterior, poderão fazer lances verbais os autores das três melhores propostas, quaisquer que tenham sido os preços indicados nas propostas escritas.

10- DA ACEITABILIDADE E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

10.1 A pregoeira verificará as propostas apresentadas, desclassificando aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no edital.

10.2 Também serão desclassificadas as propostas que apresentem preços globais ou unitários simbólicos, irrisórios ou manifestadamente inexequíveis, assim considerados aqueles que não venham a ter demonstrado sua viabilidade por meio de documentação que comprove que os custos

dos insumos são coerentes com os de mercado e que os coeficientes de produtividade são compatíveis com a execução do objeto.

10.3. A desclassificação de proposta será sempre fundamentada, com acompanhamento presencial de todos os participantes.

10.4. Caso todos os proponentes forem desclassificados, a pregoeira poderá fixar aos licitantes o prazo de 8(oito) dias úteis para apresentação de novas propostas, escoimadas das causas de desclassificação.

10.5. Dentre as propostas que estejam em conformidade com o Edital e seus anexos, será classificado o autor da proposta de MENOR PREÇO e aqueles que tenham apresentado as propostas com preços superiores e sucessivos em até 10% (dez por cento), relativamente à de menor preço.

10.6. Quando não forem verificadas, no mínimo, 03 (três) propostas de preços nas condições estabelecidas no item anterior, a pregoeira classificará as melhores propostas subseqüentes, até o máximo de 3 (três), para participarem dos lances verbais quaisquer que sejam os preços oferecidos.

10.7 - Classificação das Propostas

10.7.1 - Para efeito da classificação, serão considerados os preços finais, unitários, resultantes dos valores originariamente cotados e dos lances verbais oferecidos.

10.7.2 - A Pregoeira fará a conferência dos valores cotados na proposta de valor mais baixo. Na hipótese de divergência entre os valores expressos em número e por extenso, prevalecerão, para efeito de classificação, os valores por extenso, ficando esclarecido que a Pregoeira fará as correções de soma que se fizerem necessárias e que os valores corrigidos serão os considerados para efeito de classificação.

10.7.3 - A Pregoeira indicará na Ata da sessão os fundamentos da decisão sobre aceitabilidade ou inaceitabilidade de preços, bem como sobre a classificação ou desclassificação de Propostas.

10.8 - Análise da qualificação (habilitação) dos licitantes.

10.8.1 - Uma vez classificadas e ordenadas as propostas, a etapa seguinte do julgamento consistirá na análise da qualificação dos licitantes.

10.8.2 - A Pregoeira procederá à abertura do envelope da documentação da habilitação do autor da proposta classificada em primeiro lugar, para verificação do atendimento das exigências estabelecidas neste edital.

10.8.3 - Constatado o atendimento dos requisitos de habilitação, o licitante será declarado vencedor do certame.

10.8.4 - Se a proposta classificada em primeiro lugar não for aceitável, ou se o autor não atender aos requisitos de habilitação, a Pregoeira fará a abertura do envelope da documentação do autor da proposta classificada em segundo lugar, e assim sucessivamente, até que uma oferta e seu autor atendam, integralmente, aos requisitos do edital, sendo, então, o licitante declarado vencedor.

10.8.4.1 - Uma vez proclamado vencedor da licitação, a Pregoeira poderá sugerir melhores condições para o fornecimento dos produtos, inclusive quanto aos preços. Em caso de resultado positivo da negociação, os novos valores ajustados serão consignados na Ata da sessão e passarão a compor a proposta.

10.8.5 - Se o resultado proclamado não for aceito e algum licitante manifestar, imediatamente e motivadamente, em sessão, a intenção de recorrer, será concedido ao licitante o prazo de três dias para apresentar as razões do recurso, assegurando-se aos demais licitantes prazo igual, após o término do prazo do recorrente, em continuidade e sem prévia notificação, para oferecimento das contra-razões correspondentes.

10.8.6 - Decididos os recursos eventualmente formulados, pela autoridade competente, ou inexistindo estes, o licitante vencedor será convocado para assinar a Ata de Sessão Pública.

11. Do Resultado do Julgamento - Homologação

11.1. O resultado final da licitação constará da Ata da sessão pública, a ser assinada pela Pregoeira, pela equipe de apoio e pelos licitantes presentes, na qual deverão ser registrados os valores dos lances verbais oferecidos, com os nomes dos respectivos ofertantes, as justificativas das eventuais declarações de aceitabilidade/inaceitabilidade e classificação/desclassificação de propostas; bem como de habilitação/inabilitação proclamadas, os fundamentos da adjudicação feitos pela Pregoeira, e quaisquer outras ocorrências da sessão.

11.2. - Assinada a Ata da sessão pública, a Pregoeira encaminhará o processo da licitação à autoridade superior para homologação.

11.3 - O despacho de homologação/adjudicação será publicado no Veículo Oficial de Publicação do Município e afixado no Quadro de Avisos da Secretaria de Saúde de _____ para conhecimento geral.

12. Da Assinatura do Contrato

12.1 - O contrato somente será assinado após homologação do processo.

13. Das Obrigações da Contratada

13.1. A empresa vencedora deverá apresentar a vistoria do Corpo de Bombeiro, que o local foi vistoriado, juntamente com o Alvará de Localização e Funcionamento.

13.2 - Sem prejuízo das disposições previstas em lei e no instrumento contratual compete à contratada:

13.2.1 - Assumir inteira responsabilidade administrativa, penal, civil pelos danos causados ao Município ou a terceiros, decorrentes da aquisição dos produtos.

13.2.2 - Arcar com todas as despesas relativas à aquisição dos produtos, tais como, encargos sociais, trabalhistas e fiscais, transporte, frete, dentre outros.

13.2.3 - Responder, perante os órgãos competentes, por todas as obrigações e encargos assumidos ou gerados, em razão da aquisição dos produtos.

13.2.4 - Obedecer todas as exigências estabelecidas neste edital e seus anexos, partes integrantes da presente licitação.

14. Das Obrigações do Contratante

14.1 - Constituem obrigações do Contratante:

14.1 .1- Efetuar o pagamento na forma e condições estabelecidas neste edital.

14.2 - Fiscalizar os serviços prestados, através de verificação de qualidade, e conseqüente aceitação.

15 – Da Garantia

15.1 – Fica determinado que a licitante vencedora garanta o Produto ofertado.

16. Das Condições de Pagamento

16.1 - Os pagamentos serão efetuados pelo Departamento Financeiro em até 40 (quarenta) dias após a entrega das notas fiscais referentes às prestações de serviços no Departamento de Compras desta Secretaria.

17. Disposições Finais

17.1. - A Secretaria Municipal de Saúde reserva-se o direito de:

a) Revogá-lo, sempre que forem verificadas razões de interesse público decorrente de fato superveniente, ou anular o procedimento, quando constatada ilegalidade no seu processamento ou infringência de dispositivo legal;

b) Alterar as condições deste edital, reabrindo o prazo para apresentação de propostas, na forma da legislação, salvo quando a alteração não afetar a formulação das ofertas;

c) Adiar o recebimento das propostas, divulgando, mediante aviso público, a nova data;

17.2 - A Pregoeira ou a autoridade superior poderão, em qualquer fase da licitação, promover as diligências que considerarem necessárias, para esclarecer ou complementar a instrução do Processo licitatório.

17.3 – O representante da licitante, quando convocado para comprovar a aceitabilidade da sua proposta, deverá responder imediatamente. Para isto ele deve comparecer devidamente preparado para assumir qualquer responsabilidade referente aos atos do certame.

23 de novembro de 2012.

ANEXO 10

Prefeitura Municipal
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde
CHPJ
Rua - **FONE:**
FAX
CEP

MG

ATA

Aos _____ dias do mês de dezembro de 2012 (dois mil e doze), reuniu-se, a partir das 9:00 horas, a pregoeira, Sra _____ e sua equipe de apoio abaixo identificados e designados conforme portaria 12.054 de _____ de Julho de 2011 e conforme o Decreto Municipal nº 3.517 (Institui o Pregão), Decreto Municipal nº 3.516 (Institui o Registro de Preços) e Decreto Municipal nº 3.515 (regulamenta a atuação de microempresas e empresas de pequeno porte nas licitações públicas realizadas no âmbito do Município nos termos do disposto na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e pelas demais normas e condições estabelecidas neste edital, para ~~procederem~~ às atividades pertinentes ao Pregão Presencial no Registro de Preço nº _____ /2012, com objeto a **AQUISIÇÃO MATERIAL EQUIPAMENTO E VEÍCULO**, conforme especificações detalhadas no Anexo do Edital. Compareceram no horário determinado para se credenciar as empresas,

conforme especificações detalhadas no Anexo do Edital. Após o credenciamento foram abertos os envelopes das propostas, e lançados no sistema. Todas as empresas foram informadas que deverão entregar os produtos em conformidade com o que estabelece no edital. Deu-se início a fase dos lances com intuito de reduzir seus preços iniciais. A Coordenador do CAPS Sr.

acompanhou o processo analisando o prospecto dos itens apresentados bem como valores ofertados, verificou-se que os valores ofertados estavam dentro da média de preço de mercado constante no processo, porém acima do valor do plano de trabalho, uma vez que o plano de trabalho foi realizado em setembro de 2011, por isso seus valores estão defasados. após negociação dos preços e registrado no mapa sintético em anexo. a pregoeira deu início a abertura dos envelopes de habilitação das empresas participantes que foram consideradas aptas. Nenhuma empresa manifestou interesse em interpor recurso fato que importará na decadência do direito de recorrer, nos termos do inciso XX do Art. 4º da Lei 10.520. as empresas vencedoras encontram-se devidamente habilitadas quanto à documentação exigida; (iii) os preços ofertados estão dentro da média estabelecida pela cotação de preço efetuada pela administração de acordo com os preços praticados no mercado; (iv) não houve manifestações expressas por parte dos representantes presentes da licitantes de intenção de interpor recurso, foram concluídos os procedimentos relativos ao pregão _____ /2012. Registra-se os itens apregoados conforme mapa sintético de vencedores, os itens registrados não necessariamente serão adquiridos em sua totalidade. Os mesmos são quantidades estimadas, sendo considerados apenas para fins de adjudicação quando necessário. O vencedor para o qual foi registrado os itens conforme mapa sintético de vencedor e for convocado para a assinatura da Ata, obterão apenas o direito e a exclusividade de fornecimento dos referidos itens até o término da vigência contratual. A Pregocira determinou o encaminhamento deste processo devidamente instruído, à autoridade superior, para todos os fins e efeitos de direito. Nada mais havendo, foi lavrada esta ata, que será assinada pelos presentes, abaixo relacionados.

ANEXO 11

PL = 12012
 PP = 12012 ▶ Aquisição de Materiais, Equipame
 e Veículo para o CAPS AD

ITEM	PRODUTO	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	VAL. UNIT.	VAL. TOT.
1	Acetona tubo	FRUSTRADO	unid.	5		
2	Aparelho de barbear descartável	Ok Space	Cartela o/2	30		
3	Argila Kg	FRUSTRADO	kg	10		
4	Armário de aço com chave	Ok Braslar	unid.	4		
5	Armário tipo vestiário	Ok Braslar	unid.	4		
6	Armário vitrine	FRUSTRADO	unid.	1		
7	Ancinho	Ok Space	unid.	3		
8	Arquivo com 04 gavetas	Ok Braslar	unid.	3		
9	Autoclave 21l	FRUSTRADO	unid.	1		
10	Bacia de plástico	Ok Space	unid.	4		
11	Balança antropométrica	FRUSTRADO	unid.	1		
12	Balde de pedal 100l	FRUSTRADO	unid.	6		
13	Bambolê	FRUSTRADO	unid.	10		
14	Bandeja em inox retangular	Ok Braslar	unid.	2		
15	Bebedouro	Ok Space	unid.	2		
16	Biombo	FRUSTRADO	unid.	1		
17	Bola de Vôlei	Ok Space	unid.	2		
18	Bomba para encher bola	Ok Space	unid.	1		
19	Cadeira de banho	FRUSTRADO	unid.	1		
20	Cadeira de rodas	FRUSTRADO	unid.	1		
21	Cadeira fixa	Ok Space	unid.	20		
22	Cadeira metal branca	Ok Braslar	unid.	2		
23	Caldeirão para café	Ok Space	unid.	4		
24	Cama hospitalar	FRUSTRADO	unid.	2		
25	Cânula de guedel vários tamanhos	FRUSTRADO	unid.	4		
26	Carrinho de transporte de oxigênio	FRUSTRADO	unid.	1		
27	Carro de emergência	FRUSTRADO	unid.	1		
28	Cesto de lixo 15l com pedal	FRUSTRADO	unid.	4		
29	Cilindro de oxigênio	FRUSTRADO	unid.	1		
30	Cobertor	Ok Braslar	unid.	20		
31	Cola Branca tubo	Ok Space	unid.	7		
32	Cola Colorida tubo	FRUSTRADO	unid.	24		
33	Cola Quente bastão	FRUSTRADO	unid.	50		
34	Colar cervical	FRUSTRADO	unid.	1		
35	Colchonete encapado com curvin	FRUSTRADO	unid.	25		
36	Colher de sopa	Ok Space	unid.	50		
37	Computador	Ok Braslar	unid.	3		
38	Condicionador	FRUSTRADO	unid.	5		
39	Cone	Ok Space	unid.	6		
40	Conjunto de lençol, fronha e virol	Ok Braslar	unid.	20		
41	Corda de varal	Ok Space	unid.	5		
42	Cortador de unha	Ok Space	unid.	5		
43	Cuba rim	FRUSTRADO	unid.	2		
44	Datashow	Ok Space	unid.	1		
45	Desfibrilador externo automático (DEA)	FRUSTRADO	unid.	1		
46	DVD	Ok Braslar	unid.	1		
47	Enxada	Ok Space	unid.	3		
48	Enxada	Ok Space	unid.	2		
49	Escada com dois degraus	FRUSTRADO	unid.	2		
50	Escada multifuncional	Ok Braslar	unid.	1		
51	Escova de cabelo	FRUSTRADO	unid.	2		
52	Esfigmomanômetro	FRUSTRADO	unid.	3		
53	Esmalte de cores variadas	FRUSTRADO	unid.	20		

54	Estante	Ok Braslar	unid.	4		
55	Estetoscópio	FRUSTRADO	unid.	2		
56	Estojo de maquiagem	FRUSTRADO	unid.	5		
57	Faca grande	Ok Space	unid.	2		
58	Fogão a gás com quatro bocas	Ok Braslar	unid.	1		
59	Folha de EVA de cores variadas	FRUSTRADO	unid.	25		
60	Forma de assar grande de alumínio	Ok Space	unid.	4		
61	Forma de gesso	FRUSTRADO	unid.	10		
62	Forno elétrico	Ok Space	unid.	1		
63	Garrafa térmica	Ok Space	unid.	5		
64	Geladeira duas portas	Ok Space	unid.	1		
65	Gesso Kg	FRUSTRADO	kg	10		
66	Giz de cera caixa	Ok Space	cx.	20		
67	Glicosímetro	FRUSTRADO	unid.	2		
68	Impressora Multifuncional	Ok Space	unid.	1		
69	Jogo de panela	Ok Space	unid.	2		
70	Jogo para mantimentos	FRUSTRADO	unid.	2		
71	Lanterna clínica	FRUSTRADO	unid.	2		
72	Lápis de cor caixa	Ok Space	cx.	30		
73	Lixa de unha	Ok Space	unid.	50		
74	Longarina	Ok Space	unid.	6		
75	Maca hospitalar	FRUSTRADO	unid.	1		
76	Mangueira para jardim	Ok Space	unid.	2		
77	Máquina de cortar cabelo	Ok Braslar	unid.	1		
78	Máquina de cortar grama	Ok Space	unid.	1		
79	Mesa auxiliar	FRUSTRADO	unid.	2		
80	Mesa de cabeceira	FRUSTRADO	unid.	2		
81	Mesa de escritório	Ok Space	unid.	5		
82	Mesa de exames	FRUSTRADO	unid.	1		
83	Mesa de reunião	Ok Space	unid.	1		
84	Mesa Mayo	FRUSTRADO	unid.	1		
85	Mesa para computador e impressora	Ok Braslar	unid.	2		
86	Microondas	Ok Braslar	unid.	1		
87	Micro system	Ok Space	unid.	1		
88	Negatoscópio	FRUSTRADO	unid.	1		
89	Otoscópio	FRUSTRADO	unid.	1		
90	Oxímetro	FRUSTRADO	unid.	1		
91	Palito de picolé	FRUSTRADO	pct.	50		
92	Palito de unha	FRUSTRADO	pct.	1		
93	Panela de pressão grande	Ok Space	unid.	2		
94	Pano de prato	Ok Braslar	unid.	20		
95	Pente de cabelo	Ok Space	unid.	4		
96	Peteca	Ok Space	unid.	5		
97	Pinça dente de rato	FRUSTRADO	unid.	3		
98	Pincel para pintura diversos tamanhos	FRUSTRADO	unid.	20		
99	Pistola para cola quente	FRUSTRADO	unid.	7		
100	Porta álcool gel	FRUSTRADO	unid.	6		
101	Porta comprimidos	FRUSTRADO	unid.	50		
102	Porta sabão	Ok Space	unid.	6		
103	Porta toalha para papel	FRUSTRADO	unid.	6		
104	Pote de plástico para comprimido	FRUSTRADO	unid.	35		
105	Prancha	FRUSTRADO	unid.	1		
106	Prancha para cabelo	Ok Braslar	unid.	2		
107	Prato	FRUSTRADO	unid.	30		
108	Pregador de roupa dúzia	Ok Space	duz.	5		
109	Quadro branco	Ok Space	unid.	5		
110	Reanimador ulmonar	FRUSTRADO	unid.	1		
111	Rede de vôlei	FRUSTRADO	unid.	1		

113	Secador de cabelo	FRUSTRADO	unid.	3		
114	Shampoo	Ok Braslar	unid.	2		
115	Suporte para soro	FRUSTRADO	unid.	5		
116	Suporte para TV e DVD	Ok Braslar	unid.	2		
117	Tela de projeção	Ok Space	unid.	1		
118	Tela para pintura de diversos tamanhos	Ok Space	unid.	10		
119	Televisor	Ok Braslar	unid.	2		
120	Termômetro digital	FRUSTRADO	unid.	2		
121	Tesoura	FRUSTRADO	unid.	20		
122	Tesoura para jardim	Ok Space	unid.	2		
123	Tinta de cores variadas tubo	FRUSTRADO	unid.	25		
124	Toalha de banho	Ok Braslar	unid.	25		
125	Travesseiro	Ok Braslar	unid.	20		
126	Válvula superior para ambú	FRUSTRADO	unid.	1		
127	Vasilha grande de plástico	FRUSTRADO	unid.	10		
128	Caneca	Ok Space	unid.	50		
129	Impressora Matricial	Ok Space	unid.	1		
130	Notebook	Ok Braslar	unid.	1		
131	Colchão para cama hospitalar	FRUSTRADO	unid.	2		
132	Veículo	Ok Cacel	unid.	1		

ANEXO 12



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE : MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA ICP -

Pelo presente instrumento, nos termos do art. 5º, § 6º, da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, de um lado o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**, por meio de seu Órgão de Execução atuante perante a Promotoria de Justiça da Comarca de _____ - MG, Dr. _____, com atribuições junto a Curadoria de Defesa da Saúde, doravante denominado "**COMPROMITENTE**"; e de outro lado, o **MUNICÍPIO DE _____**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua _____ /MG, neste ato representado pelo Prefeito Municipal _____ e pela Secretária Municipal de Saúde, Gestor _____ do Fundo Municipal de Saúde do Município de _____, doravante denominado "**COMPROMISSÁRIO**", acompanhados do Procurador Geral do Município, Dr. _____, diante das investigações procedidas pelo órgão do Ministério Público Estadual no Inquérito Civil MPMG _____ resolvem firmar o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**, tudo consoante o estabelecido a seguir:

CONSIDERANDO a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1961, a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) e seu Protocolo Adicional sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) e outros documentos internacionais que reconhecem o direito à saúde e o conseqüente dever do Estado em prestá-la ao cidadão;

CONSIDERANDO que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são princípios fundamentais da República (CF, art. 1º, II e III) que visa promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação (CF, art. 3º, IV);



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA - MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA
ICP -

CONSIDERANDO que o direito à saúde constitui postulado fundamental na ordem social brasileira, conforme artigo 6º da Carta Magna, sendo definido como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e o acesso igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196, da Constituição Federal);

CONSIDERANDO que o mencionado direito à saúde vem regulamentado pela Lei n.º 8.080/90, que ratifica a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

CONSIDERANDO que a direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços de saúde, na dicção do inciso I do artigo 18 da Lei Federal nº 8.080/90;

CONSIDERANDO que as responsabilidades do Município para com a saúde pública integram o Sistema Único de Saúde – SUS – que, embora internamente tenha intrincada divisão/concorrência de atribuições/competências, perante o cidadão titular do direito de saúde aparecem os entes de todos os níveis de governo como o Poder Público responsável;

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216/2001 criou um novo modelo de atenção à saúde mental;

CONSIDERANDO que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades (Lei nº 10.216/2001, art. 2º, parágrafo único, I);

CONSIDERANDO que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE - MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA
ICP -

saúde, visando alcançar sua recuperação pela **inserção na família, no trabalho e na comunidade** (Lei nº 10.216/2001, art. 2º, parágrafo único, II);

CONSIDERANDO que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (Lei nº 10.216/2001, art. 2º, parágrafo único, III);

CONSIDERANDO que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Lei nº 10.216/2001, art. 4º);

CONSIDERANDO que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (Lei nº 10.216/2001, art. 4º, § 1º);

CONSIDERANDO que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, **será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida** (Lei nº 10.216/2001, art. 5º);

CONSIDERANDO que Município de : _____ foi contemplado, por meio da Resolução SFS/MG 3 025 de 01 de dezembro de 2011, com recursos estaduais na ordem de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), para a implantação de serviços nas modalidades **Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS ad**, nos termos da Resolução SES-MG 2.938, de 21 de setembro de 2011, mediante transferência fundo a fundo em conta específica destinada exclusivamente a este fim;

CONSIDERANDO que, nos termos do art. 5º da Resolução SES-MG 2.938/2011, alterado pelo art. 1º da Resolução SES-MG 3.548/2012, os municípios contemplados pela normativa terão o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses após o recebimento do incentivo financeiro, para execução do projeto e



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA - MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA
ICP –

implantação de serviço na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas/CAPS ad;

CONSIDERANDO que a transferência dos recursos para a implantação do CAPS ad do Estado de Minas Gerais para o Município de _____ ocorreu em junho de 2012;

CONSIDERANDO que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o Município de _____ possui uma população de _____ habitantes e conta com apenas 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, na modalidade CAPS adulto, para atendimento aos portadores de transtorno mental;

CONSIDERANDO a necessidade de implantação gradual da rede extra-hospitalar de saúde mental no município de _____;

CONSIDERANDO que é função institucional do Ministério Público Federal a defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses sociais e dos interesses individuais indisponíveis, e zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos da União e dos serviços de relevância pública quanto aos direitos assegurados na Constituição Federal relativos às ações e aos serviços de saúde e aos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade, consoante o disposto no artigo 5º, inciso I, alínea "h", e inciso V, "a" e "b", da Lei 75/93;

Resolvem pactuar o presente **Termo de Ajustamento de Conduta**, com o escopo de se implantar o "CAPS ad" no município de _____, nos seguintes moldes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O COMPROMISSÁRIO, se obriga a:



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE S I - MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA
ICP -

- a) Cumprir e fazer cumprir o disposto na Lei nº 10.216, de 06/04/01, notadamente no que diz respeito ao adequado atendimento aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, visando sua reintegração social e atendimento na rede extrahospitalar (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ad).
- b) Implantar até o dia 01 de março de 2014 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS ad no município de
- c) Observar na implantação do "CAPS ad" os requisitos técnicos, físicos, estruturais e de recursos humanos exigidos na Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, na Portaria SAS 305, de 3 de maio de 2002 e na Resolução 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA ;
- d) Apresentar ao COMPROMITENTE, no prazo de 15 (quinze) dias contados da assinatura do presente termo, o cronograma de implementação do CAPS ad e, bimestralmente, relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas para o cumprimento desta obrigação.

CLÁUSULA SEGUNDA - O descumprimento de qualquer das obrigações assumidas em cláusula primeira, implicará em multa diária aos COMPROMISSÁRIOS no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais), e para o Prefeito Municipal e Secretária Municipal de Saúde no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), também diários, sendo as referidas penalidades corrigidas pelo IGP-M/FGV e, na sua falta, pelo INPC, independente de interpelação judicial ou extrajudicial, e revertidas em favor do FUNDO ESPECIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO MG - FUNEMP, S/A - , Agência Conta Corrente nº , sem prejuízo da adoção das demais medidas judiciais cabíveis;



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA
ICP -

CLÁUSULA TERCEIRA - Este compromisso produzirá efeitos legais a partir de sua celebração e terá eficácia de título executivo extrajudicial, na forma do art. 5º, § 6º, da Lei nº 7.347/85 e art. 585, inciso VII, do Código de Processo Civil;

CLÁUSULA QUARTA – Após lavrado e assinado o presente Termo de Ajustamento de Conduta, o Inquérito Civil Público permanecerá suspenso até o efetivo cumprimento do acordado, ou a comprovação de seu descumprimento.

E, por estarem de acordo, vai o presente Termo de Ajustamento de Conduta firmado pela Promotor de Justiça Dr. _____
pelo Prefeito Municipal, _____, pelo Secretário Municipal
de Saúde Sr. _____ e pelo Procurador do
Município COMPROMISSÁRIO Dr. _____

de abril de 2013.

COMPROMITENTE _____

COMPROMISSÁRIO _____

PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO _____



MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE

-MG

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA

ICP -

TESTEMUNHA: _____

Nome:

CPF:

TESTEMUNHA: _____

Nome:

CPF:

ANEXO 13

Extrato Conta corrente

10/03/2013 14:47:31

Ciente - Conta atual

Agência
 Conta corrente FMS SJDR SES 2938 CAPS AD
 Período do extrato mês atual a partir do dia 1

Lançamentos

Dt. movimento	Dt. balancete	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
10/03/2012		Saldo Anterior			
		Aplic.com Resgate Autom.			102.315,56 C
		Saldo Disponível			102.315,56 C
		Juros			0,00
		Data de Debito de Juros			30/03/2013
		IOF			0,00
		Data de Debito de IOF			10/04/2013
Saldo de fundos de investimento					
		BB CP Admin Supremo			102.315,56

OBSERVAÇÕES:

NOVOS PLANOS DE PREVIDENCIA BRASILPREV. AGORA
 COM VANTAGENS PROGRESSIVAS E NOVAS COBERTURAS.

Central de Atendimento BB
 4004 0001 / 0800 729 0001
 Para deficientes auditivos
 0800 729 0088

Transação efetuada com sucesso por: JB

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800:

Ouvidoria |
 Para deficientes auditivos (

ANEXO 14

RESOLUÇÃO SES/MG Nº 3.548, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012.

Altera o prazo de execução de recursos destinados a implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas/CAPS AD previstos na Resolução SES nº 2.938, de 21 de setembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no inciso II do art. 7º da Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999 e, ainda, considerando:

- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;
- a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- a Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, e dá outras providências;
- a Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684 de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências;
- o Decreto Estadual nº 42.910, de 26 de setembro de 2002, que contém o Regulamento da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, que

dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências;

-o Decreto Estadual nº 45.551, de 16 de fevereiro de 2011, que cria a Agenda Intersetorial de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas;

-o Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo fundo estadual de saúde;

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 902, de 21 de setembro de 2011, que instituiu o incentivo financeiro destinado à implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD;

-a Resolução SES nº 2.938, de 21 de setembro de 2011, que instituiu o incentivo financeiro destinado à implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD;

-o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado de Minas Gerais;

-a reorientação da atenção e cuidados em Saúde Mental;

- a necessidade da implantação de serviços substitutivos aos Hospitais Especializados Psiquiátricos; e

-a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.333, de 7 dezembro de 2012.

RESOLVE

Art. 1º Fica alterado o art. 5º da Resolução SES nº 2.938, de 21 de setembro de 2011, que instituiu o incentivo financeiro destinado à implantação de serviços na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD, que passa vigorar com a seguinte redação:

“Art. 5º Os municípios contemplados com esta Resolução terão o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, para execução do projeto de implantação de serviço na modalidade Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas/CAPS AD.

§ 1º O prazo estipulado no caput deste artigo é improrrogável. (...)” (nr)

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 7 de dezembro de 2012.

ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE GESTOR DO SUS/MG

ANEXO 15

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS (CAPS AD)
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

MÊS/ANO	2013												2014				
	Mai	Jun	Jul	Ag	S	O	N	D	F	M	A	M	J	J	F	M	
ATIVIDADES																	
1-Processo Licitação;																	
a) Especificação dos itens a serem licitados;																	
b) Pesquisa Mercadológica;																	
c) Memorando e autorização;																	
d) Elaboração do Edital;																	
e) Parecer Jurídico Inicial;																	
f) Publicação no diário oficial da União;																	
g) Abertura de selo do processo licitatório;																	
h) Entrega de lances;																	
i) Classificação dos fornecedores;																	
j) Parecer Jurídico Final;																	
k) Homologação;																	
2-Processo de Compra:																	
a) Requisição interna;																	
b) Ordem de compra;																	
c) Classificação do dotação orçamentária;																	
d) Autorização da gestão;																	
e) Encaminhamento da ordem de compra aos fornecedores;																	
f) Entrega dos itens ao almoxarifado;																	
h) Entrada no sistema de almoxarifado;																	
i) Dispensado pelo almoxarifado;																	

ANEXO 16

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM RESPONSÁVEL

PATRÍCIA:

- 1- QUANDO E POR QUE SURTIU A NECESSIDADE DE ELABORAR UM PROJETO DESTINADO A ABERTURA DE UM CAPS AD NO MUNICIPIO?
- 2- COMO FOI A SUA PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO PROJETO?
- 3- QUAL ERA O CARGO QUE VOCÊ REPRESENTAVA NO PERÍODO DA ELABORAÇÃO DO PROJETO?
- 4- QUEM PARTICIPOU DESSE MOMENTO DE ELABORAÇÃO?
- 5- VOCÊ PARTICIPOU DAS REUNIÕES DE PACTUAÇÃO DO CAPS AD COM OS MUNICIPIOS DA REGIÃO? CASO CONTRÁRIO, QUEM PARTICIPOU?
- 6- QUAIS MUNICIPIOS ESTAVAM ENVOLVIDOS?
- 7- COMO FORAM ESSAS REUNIÕES?
- 8- COMO FOI A TRAMITAÇÃO DO PROJETO COM O MUNICIPIO E ESTADO ATÉ A SUA APROVAÇÃO?

ANEXO 17

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **“O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS AD: UM ESTUDO DE CASO EM UM MUNICÍPIO DO CAMPOS DAS VERTENTES-MG”**.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo do presente estudo é realizar um estudo de caso sobre as estratégias e as ações implementadas no decorrer do processo de implantação do CAPSad no município e caso você participe, será necessário responder algumas perguntas relacionadas ao tema do estudo.

Não há riscos ou desconfortos no estudo e não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome só aparecerá no estudo mediante sua autorização e assinatura da carta de cessão. Caso contrário você será identificado com um número ou nome fictício. Todas as informações coletadas serão arquivadas em local de acesso restrito da equipe de pesquisa para que não haja o vazamento de dados.

ANEXO 18
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou
(nome do voluntário)

ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome só será divulgado mediante carta de cessão devidamente assinada, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

São João del-Rei//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Contato do pesquisador: (32)9137-2337/regisbagnolli@hotmail.com

CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL
PARA O(A) [NOME DA INSTITUIÇÃO]

1. Pelo presente documento _____ (nome),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil),
_____ (profissão), carteira de identidade nº _____
emitida por _____, CPF nº _____,
residente _____ e domiciliado
em _____

cede e transfere neste ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo ao (à) [NOME DA INSTITUIÇÃO] a totalidade de seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia (ou entre os dias) _____, na cidade _____, perante o(a) pesquisador (a) _____.

2. Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário, o DEPOENTE, proprietário originário do depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente o direito ao exercício pleno de seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.

3. Fica pois o(a) [NOME DA INSTITUIÇÃO] plenamente autorizado(a) a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 2 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

_____, _____
Local Data

[NOME DO CEDENTE]

[NOME DA INSTITUIÇÃO]

Testemunhas:

Nome legível

Nome Legível

CPF:

CPF:

ANEXO 19



07 de março de 2014

De: **Prof.ª Tatiana Cury Pollo**
Presidente da CEPES

Para: Orientador: **Prof. Marcelo Dalla Vecchia - DPSIC**
Pesquisador responsável: **Regina Aparecida de Melo Bagnolli**

Assunto: Parecer e considerações

Prezado pesquisador,

O protocolo de pesquisa encaminhado por V.Sa. à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ, intitulado "**O processo de implantação do CAPS AD: Estudo de caso em um município do campus das vertentes-MG**", obteve o seguinte parecer:

"Conclui-se que o projeto "**O processo de implantação do CAPS AD: Estudo de caso em um município do campus das vertentes-MG**" está em conformidade em os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo coerente em sua metodologia e contribuindo para um melhor planejamento dos serviços, fins de que esses consigam atender as demandas que lhe são dirigidas. Pelo exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto".

Atenciosamente,

Tatiana Cury Pollo
Prof.ª Tatiana Cury Pollo
Presidente da CEPES/UFSJ