

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

## **Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas**

### **The organizational dynamics and psychosocial model of psychosocial alcohol and drug treatment centers**

### **Dinámica organizativa y modelo psicossocial de tres centros de atención psicossocial alcohol y drogas**

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva<sup>1</sup>

Gardênia da Silva Abbad<sup>2</sup>

Lana Montezano<sup>3</sup>

#### **Resumo**

Este artigo visa descrever variáveis organizacionais de três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (Caps AD) quanto às atividades, abrangência, recursos disponíveis, perfil dos usuários e profissionais, práticas e estratégias terapêuticas, bem como o quanto o cuidado está pautando nas diretrizes governamentais do modelo psicossocial. Este estudo, descritivo-exploratório, analisa normas, diretrizes governamentais e dados arquivísticos relativos a dois Caps AD do Distrito Federal e um de São Paulo. Os dados foram submetidos a análises qualitativas (planilhas categoriais) e quantitativas (estatísticas descritivas). Os resultados evidenciaram problemas de infraestrutura, abrangência territorial divergente da recomendada, dificuldades de acesso do usuário ao serviço, de articulação dos profissionais com a rede de atenção psicossocial, comprometendo o atendimento das demandas, a adesão dos usuários ao tratamento e o desempenho dos profissionais, o que indica frágil alinhamento do cuidado às diretrizes governamentais. A efetiva aplicação do modelo depende da solução desses problemas.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Serviços de saúde mental.

#### **Abstract**

This study aims to describe organizational variables of three Psychosocial Alcohol and Drug Care Centers (Caps AD) in terms of their activities, coverage, available resources, client and employee profiles, practices, and therapeutic strategies, as well as how much care is based on the governmental guidelines of the psychosocial model. This descriptive exploratory study analyzes norms, governmental guidelines, and archival data for two of the Caps AD located in the Brazilian Federal District and one in São Paulo. The data were submitted to qualitative (categorical tables) and quantitative analysis (descriptive statistics). The results indicate problems with the infrastructure, territorial coverage

---

<sup>1</sup> Doutora no Ensino em Saúde

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília

<sup>3</sup> Mestra e Doutoranda em Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da UnB

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

different from the recommended one, difficulties clients have accessing services, communication between the staff and the network of psychosocial care centers, adversely affecting service provision, patients' adherence to treatment, and staff performance, which indicates fragile alignment between the services offered and governmental guidelines. The effective application of this model depends upon a solution to these problems.

**Keywords:** Healthcare management. Psychosocial Alcohol and Drug Treatment Centers. Mental health services.

### Resumen

Este estudio se caracteriza por describir variables organizativas tres Centros de Atención Psicossocial Alcohol y Droga (Caps AD) las necesidades, la comprensión, los recursos disponibles, el perfil de los usuarios y los profesionales, las prácticas y los recursos terapéuticos, así como cuánto el cuidado está pautando en las directrices gubernamentales del modelo psicossocial. Este estudio, descriptivo-exploratorio, analiza normas, orientaciones gubernamentales y datos arquivísticos, se refiere a dos Caps AD del Distrito Federal y un de São Paulo. Los datos se someten a análisis cualitativas (planilhas categoriais) y cuantitativas (estatísticas descritivas). Los resultados evidenciaron problemas de infraestrutura, alcance territorial divergente de la recomendada, dificultades de acceso del usuario al servicio, de articulación de los profesionales con la red de atención psicossocial, comprometiendo la atención de las demandas, la adhesión de los usuarios al tratamiento y el desempeño de los profesionales, lo que indica frágil alineación del cuidado a las directrices gubernamentales. Una aplicación efectiva del modelo depende de la solución de problemas.

**Palabras clave:** Gestión en salud. Centro de Atención Psicossocial Alcohol e Drogas. Servicios de salud mental.

## Introdução

Os Caps AD, regulamentados pela Portaria nº 336/02, fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e foram instituídos por meio da Portaria nº 3.088/11 como serviços de atenção especializada destinados a cuidar de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas em parceria com a Raps e com a rede intersetorial (justiça, assistência social, educação e organizações não governamentais).

Uma organização expressa-se na interligação entre as pessoas e o trabalho, distribuídos em tarefas e cargos que se integram, e compreender a sua dinâmica torna-se essencial. A dinâmica organizacional remete à compreensão de variáveis organizacionais (como estrutura, rotinas, comunicação, divisão de trabalho, sistemas, ambiente organizacional, normas, valores, tecnologias, pessoas) e de suas inter-relações (Gomes, 1987; Ivan & Terra, 2017).

Os Caps AD são organizações especializadas e complexas que prestam serviços na área de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), nos níveis de média e alta complexidade, como atenção especializada para a oferta de atenção básica e como serviços que requerem insumos de alto custo, respectivamente. Esses tipos de atenção e cuidado relacionam entre si por meio de um sistema de encaminhamento e reencaminhamento, apresentando uma dinâmica peculiar (Loiola, Bastos, Queiroz & Silva, 2014). Considerados serviços substitutivos, foram criados a partir da reforma psiquiátrica com uma proposta de estrutura organizacional flexível, com espaços abertos, não burocráticos, de modo que possam desenvolver atividades terapêuticas focadas no cuidado ao sujeito, e não no consumo de drogas em si, com investimento na inserção social desse usuário, no território e na rede

de atenção intersetorial (Amarante, 2007; Merhy, 2007).

O modelo psicossocial da saúde mental surgiu com a reforma psiquiátrica e desenvolveu-se a partir de diversas experiências bem-sucedidas de reabilitação psicossocial, que o define como um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (Sarraceno, 2001).

Portanto, o modelo psicossocial adotado pelos Caps AD tem como base as diretrizes da Política de Saúde Mental, instituídas pela Lei nº 10.216/01, que regulamentou a substituição do tratamento centrado no hospital por um tratamento em espaços extra-hospitalares, na comunidade, com abordagem psicossocial e envolvimento intersetorial (Senad, 2005; Secretaria de Atenção à Saúde, 2007).

Em 2006, após ampla participação popular por meio de Fóruns Regionais e Nacionais, que discutiram dados epidemiológicos relativos ao uso e dependência de drogas, foi proposta uma mudança no modelo psicossocial da política sobre drogas, que culminou na criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) com a Lei de Drogas nº 11.343/06. Com isso, o modelo psicossocial adotado pelos Caps AD tornou-se uma abordagem na busca da redução de danos decorrentes do consumo abusivo e dependente de drogas e na inserção social das pessoas em tratamento no seu território, por meio de ações apoiadas por uma rede de atenção psicossocial e intersetorial de cuidado (Portaria nº 130/12, 2014).

Os Caps, instituídos pela Portaria nº 336/01, têm uma caracterização regulamentada pelo Ministério da Saúde, de acordo com o público (crianças, adolescente ou adulto com transtorno mental ou problemas de consumo abusivo e dependente de álcool e outras drogas),

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

abrangência populacional, número de atendimentos realizados por turno e quantitativo de profissionais. Nos tipos de Caps, inserem-se: Caps I, Caps II, Caps III, e em atendimentos específicos Caps I para infância e Caps AD para atendimento em álcool e outras drogas (Portaria nº 336/02).

Para suprir lacunas assistenciais da demanda de tratamento e da oferta de serviços em saúde mental na área das drogas, ocorreu em 2012, por meio da Portaria nº 130/12, uma redefinição nos Caps AD, que passou a ser apenas do tipo III, com caracterização de uma abrangência populacional de 200 a 300 mil habitantes, parcerias com hospitais gerais, para acompanhamento nos quadros de intoxicações e agravos clínicos, abrigamento noturno e regulação de leitos de internação, com base em critérios clínicos e psicossociais.

Diversas contribuições permitiram a ampliação de 69 Caps AD III, que a título de exemplos citamos algumas: (i) o Plano Crack é Possível Vencer (2011); (ii) a parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas (UnoDC) no investimento formativo aos profissionais (UnoDC, World Health Organization [WHO] & Fundo das Nações Unidas para a Infância [Unicef], 2008); (iii) a Portaria nº 130/12, que investiu na expansão e no realinhamento da estrutura para o tipo III; (iv) os estudos avaliativos quase-experimentais e experimentais realizados por instituições de ensino e de pesquisa (Duarte, Stempluk & Barroso, 2009; Ministério da Saúde [MS], 2004, 2012); sobre o padrão de consumo de drogas em diversos cenários (Andrade, Duarte & Oliveira, 2010); e (v) a adesão do Brasil ao programa Mental Health Gap Action Program, da Organização Mundial de Saúde (Universidade Federal de São Paulo [Unifesp], 2006; UnoDC, 2014; Ministério da Saúde, 2015).

Com esses incentivos, os Caps AD necessitaram reformular-se com

caracterizações específicas, tanto na área física como nas estratégias no cotidiano dos serviços, na estrutura dos recursos humanos, na rotina dos profissionais e nas práticas e estratégias terapêuticas.

Nesse contexto de fortes investimentos do Estado Brasileiro para melhoria da atenção em saúde mental, em especial ao uso problemático de álcool e outras drogas, torna-se relevante realizar estudos visando compreender o funcionamento dos Caps e analisar o alinhamento desses serviços às diretrizes governamentais em vigor. Entretanto, temas relacionados à complexidade da dinâmica organizacional de Caps AD são pouco estudados. Em busca bibliográfica realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritores “dinâmica organizacional”, “Organização” e “Caps AD”, foram encontrados 10 artigos que relatam pesquisas acerca de estrutura e organização de Caps, porém apenas cinco referem-se à modalidade Caps AD, foco deste estudo.

Os cinco estudos adotaram métodos qualitativos de pesquisa, sendo que três coletaram dados apenas com entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de diversas categorias; um com questionário autoaplicável; e um que adotou mais de uma estratégia metodológica de coleta (pesquisa documental e entrevista). Esses estudos retratam realidades muito específicas, com resultados não conclusivos, tampouco generalizáveis para outros contextos. Quatro estudos apresentaram as dimensões organizacionais de um Caps do interior de São Paulo e da Paraíba, destacando baixo nível de formalização organizacional em aspectos como ausência de organograma e fluxos de trabalho, fragilidade nos registros dos prontuários, acarretando em processos excessivamente descentralizados e informais, bem como em sobrecarga dos profissionais (Ventura, Silva & Moll, 2011; Ventura, Moll, Jorge & Araújo, 2012;

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

Ventura, Jorge & Moll, 2014; Clementino *et al.*, 2016).

Costa e Dimenstein (2015), em um estudo comparativo entre Caps público e privado, encontraram semelhança entre as duas realidades quanto à origem e repasse de recursos, sendo que no centro privado ocorre maior autonomia, maior transparência no repasse dos recursos, mais informação sobre recursos financeiros disponíveis e maior participação dos profissionais no planejamento dos gastos no Caps. No entanto, apesar desse contexto, a efetividade do cuidado é similar pela fragilidade da inserção dos dois tipos de Caps AD na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e do acesso do usuário ao serviço.

A pesquisa de Clementino *et al.* (2016), realizada em uma amostra de coordenadores de cinco Caps AD da Paraíba, avaliou a estrutura referente às dimensões físicas, recursos humanos e organizacionais desses serviços. Os resultados da análise dos dados apontaram, entre outros problemas, os seguintes: (i) pouca qualificação dos profissionais; (ii) sobrecarga de trabalho; (iii) fragilidade de vínculo funcional; (iv) espaços físicos sucateados; (v) carência de recursos; e (iv) ausência de algumas categorias profissionais preconizadas pela política de saúde mental. Com isso, recomenda como prioridade da gestão nos Caps AD otimizar a intersetorialidade, evitar a contratação e terceirização desse setor e desenvolver práticas mais articuladas.

Em suma, os principais resultados desses cinco estudos convergem, indicando fragilidades na estrutura e dinâmica organizacional dos Caps AD que dificultam a adoção integral efetiva do modelo psicossocial de cuidado (Ventura *et al.*, 2011; Ventura *et al.*, 2012; Ventura *et al.*, 2014; Costa & Dimenstein, 2015; Clementino *et al.*, 2016).

Nesse contexto de produção incipiente, esta pesquisa é um esforço para ampliar o conhecimento sobre a dinâmica

organizacional de Caps AD em outras localidades, utilizando-se de método distinto de pesquisa, em fontes arquivísticas e documentais. Sendo assim, o estudo objetiva descrever variáveis organizacionais de três Caps AD, analisando-os quanto aos objetivos, princípios de funcionamento, abrangência, recursos, perfil de usuários e profissionais e práticas terapêuticas, bem como o quanto o cuidado está pautado nas diretrizes e políticas governamentais sobre o modelo psicossocial.

## Método

Este estudo de natureza exploratória e descritiva, com delineamento misto (quantitativo e qualitativo), é organizado em três etapas de pesquisa: (i) das normas e diretrizes governamentais sobre o modelo psicossocial e da Política sobre Drogas; (ii) das bases de dados públicas; e (ii) dos documentos dos Caps AD. Para isso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, conforme os parâmetros da Resolução nº 466/12.

Os locais do estudo foram três Caps AD habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo que dois desses centros, sediados no Distrito Federal, foram escolhidos por conveniência e facilidade de acesso. O terceiro, sediado em São Paulo, foi escolhido por ser considerado um serviço de referência e estar em funcionamento desde a sua inauguração em 2013. No caso específico dos Caps do DF, um deles foi inaugurado em 2008 e realinhado de acordo com as diretrizes governamentais em 2013 e o outro Caps DF foi inaugurado em 2013. Esses centros serão denominados Caps AD DF 1, Caps AD DF 2 e Caps AD SP.

Esta pesquisa ocorreu nos anos de 2014/2015, sendo que nos dois Caps AD do DF a coleta de dados se iniciou em janeiro e foi concluída em dezembro de 2014, e no Caps AD SP a pesquisa ocorreu nos meses

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

de setembro e outubro de 2014 e em maio de 2015.

No estudo das diretrizes governamentais, foram analisados 48 documentos governamentais nacionais e internacionais, emitidos entre 1995 e 2014, entre os quais dez normas legais (Leis, Decretos, Portarias, Resoluções) e 38 manuais e relatórios técnicos (manuais do Ministério da Saúde e da Justiça, relatórios do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho de Medicina de São Paulo).

O estudo das bases de dados levantou informações sobre o perfil e o quantitativo de profissionais, bem como sobre as características do território de abrangência e da população dos três Caps AD estudados. Para tanto, foram utilizados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

E por fim, a coleta de dados documentais foi realizada nos arquivos físicos e eletrônicos disponíveis nos Caps AD, os quais contêm informações sobre as atividades terapêuticas semanais realizadas em grupo pelos profissionais, a relação de profissionais lotados nos serviços, os protocolos institucionais, a caracterização dos usuários atendidos desde a inauguração, as estatísticas relativas aos atendimentos e atividades, o projeto de implantação dos Caps AD, e a descrição das práticas e estratégias terapêuticas contidas em todos os prontuários que estavam ativos no momento do estudo, totalizando 3.694 (2.661 prontuários no Caps AD DF 1, 776 no Caps AD DF 2, e 257 no Caps AD SP).

Para a análise foi selecionada uma amostra aleatória de prontuários com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), totalizando 832 prontuários, dos quais 420 pertenciam ao Caps AD DF 1, 296 ao Caps AD DF 2 e 116 ao de SP). Foram também analisadas as práticas e estratégias terapêuticas adotadas pelos profissionais no atendimento dos

usuários, utilizando uma lista de verificação que contém 58 exemplos de intervenções terapêuticas, elaborada a partir das práticas referidas e recomendadas por 48 documentos nacionais e internacionais.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha categorial com 25 variáveis (duas de identificação dos usuários dos Caps AD, 13 variáveis sociodemográficas, cinco de perfil de uso de droga, e cinco de tratamentos). Ao fim, as planilhas referentes aos três centros foram unificadas em um mesmo arquivo e utilizadas parcialmente neste estudo.

## Resultados e discussão

A necessidade do cumprimento das diretrizes sobre a abrangência populacional dos Caps AD é fundamental para um atendimento de qualidade ao usuário desses serviços e, com isso, proporcionar a consolidação das diretrizes do modelo psicossocial. Entretanto, mesmo com o avanço no crescimento desses serviços, essa realidade não se concretizou efetivamente nos Caps AD estudados, que apresentaram algumas características distintas daquelas estabelecidas nas diretrizes e políticas governamentais.

Os resultados desta pesquisa mostraram que o Caps AD SP, que tem uma abrangência territorial e populacional condizente com o estabelecido na legislação vigente e adota estratégias de cuidado em articulação com a rede intersetorial, é também o serviço que mais se aproxima do modelo de cuidado psicossocial preconizado pelas políticas e diretrizes relacionadas ao tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas. Dessa forma, o investimento em melhores condições no Caps AD pode gerar maior abrangência de atendimento, além de melhor qualidade na prestação do serviço. O Caps AD SP alcançou com seus serviços uma ampla cobertura (124%) e foi considerada uma unidade de referência em

formação de profissionais no Brasil em um conjunto com mais de 21 centros de tratamento de diferentes partes do mundo (MS, 2013).

Esta pesquisa mostrou, por outro lado, que os Caps AD do DF ainda não atingiram os patamares de cobertura territorial, nem os de integração de atividades com os serviços das Raps definidos pelas diretrizes governamentais. Alguns desses desafios têm sido discutidos por diversos autores (Leal & Antoni, 2013; Costa & Dimenstein, 2015; Clementino *et al.*, 2016). No DF, há uma baixa cobertura (46,6%), duas vezes menor do que a atribuída ao Caps AD SP. No DF, os Caps AD funcionam em regiões administrativas com altos índices populacionais e de violência e outros indicadores de vulnerabilidade social (Kantorski *et al.*, 2009; SES/DF, 2010; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Cremesp], 2010; Portaria nº 3.088/11; MS, 2012). Isso reforça a necessidade de se investigar mais profundamente os motivos pelos quais os Caps AD do DF têm uma menor abrangência de atendimento, de modo a buscar meios para ampliar a sua atuação.

Quanto às diretrizes governamentais relacionadas à gestão dos Caps AD, a análise da legislação e demais documentos anteriormente mencionados indicou a definição de rotinas protocolares, estruturas complexas e específicas, além de estratégias de cuidado a serem realizadas por esses centros por meio de referência e contrarreferência com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), em diferentes níveis de formalização, complexidade e em rede. Os resultados desta pesquisa mostraram que apenas no Caps AD SP o usuário é também acompanhado pela Raps, que propicia diversos níveis de atenção e estratégias terapêuticas adequadas às demandas específicas de cada caso. O Caps AD SP, ao interagir com a Raps, que abrange nove territórios, tem oferecido uma maior

diversidade de serviços do que os prestados pelos Caps AD DF.

Na análise dos dados, identificou-se que há diferenças entre os Caps AD do DF e o de SP quanto ao tipo de vínculo trabalhista dos profissionais. Nos centros sediados no DF, os servidores são públicos, estatutários e subordinados à Regional de Saúde, representado pelo hospital geral regional. Em São Paulo, por outro lado, o serviço é público, porém os servidores são celetistas, contratados por meio de uma fundação.

Todos os Caps AD do estudo estão localizados em áreas geográficas centrais e acessíveis por meio de transporte público. Os três Caps AD têm dependências com refeitório e salas de atendimento em grupo, consultórios de atendimento individual, farmácia interna, salas administrativas, posto de enfermagem e leitos para internação breve. Esses espaços têm estrutura física compatível com os serviços.

No Caps AD DF 1, os profissionais também gerenciam, em outro prédio, uma Unidade de Acolhimento (UA), que é um serviço também substitutivo da Raps, residencial transitório, protetivo e estratégico, voltado à reinserção social dos usuários com vulnerabilidades associadas ao uso abusivo de drogas e álcool.

As equipes que participaram do estudo foram de 91 profissionais no Caps AD DF 1, 75 no Caps AD DF 2 e 38 no Caps AD SP, ocupantes de cargos de nível técnico e superior de diversas categorias da saúde. Somente, no Caps AD SP há oficinairos, auxiliares de oficinairo e educador físico.

Nos Caps AD DF há maior número de servidores públicos com vínculo estatutário com carga horária de 20 horas semanais, enquanto que em SP predominam trabalhadores celetistas com jornada de 36 horas semanais de trabalho. Nos Caps AD DF 1 e SP, predominam profissionais com tempo de serviço variando de um a dois anos, enquanto no DF 2 quase a totalidade dos profissionais tem tempo de serviço

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

maior, na faixa de 3 a 4 anos. No Caps AD SP, apenas os cargos de gerente e auxiliar administrativo são ocupados por servidores públicos municipais, enquanto os demais profissionais são contratados por uma

Fundação por processo seletivo. O perfil geral dos profissionais e sua vinculação aos Caps AD estudados são descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Características e vinculação dos profissionais aos Caps AD

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>CAPS AD DF 1 (%)</b>	<b>CAPS AD DF 2 (%)</b>	<b>CAPS SP (%)</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	85,7	80,6	73,7
	Masculino	14,3	19,4	26,3
<b>Formação</b>	Auxiliar de Enfermagem	35,2	41,9	47,4
	Psicólogo	17,6	6,4	7,9
	Assistente Social	14,3	3,2	5,3
	Enfermeiro	12,1	25,8	13,2
	Administrativo	6,6	3,2	5,3
	Terapeuta Ocupacional	6,6	-	7,9
	Médico Clínico	3,3	6,1	-
	Farmacêutico	2,2	3,2	-
	Médico Psiquiatra	2,2	-	2,6
	Avaliador físico	-	-	2,6
	Cuidador em saúde	-	-	7,9
	<b>Tipo de vínculo</b>	Estatutário	97,8	67,6
Contrato		2,2	29	2,6
Cargo comissionado		-	3,2	-
Celetista		-	-	94,7
<b>Tempo no CAPS AD</b>	1 a 2 anos	54,9	3,2	47,3
	3 a 4 anos	14,3	93,5	15,8
	Acima de 5 anos	30,8	3,2	36,8
<b>Carga horária semanal</b>	Até 20 horas semanais	39,6	51,6	7,9
	20 a 30 horas semanais	34,1	29	21,1
	30 a 40 horas semanais	26,4	19,4	68,4
	Mais de 40 horas semanais	-	-	2,6

Fonte: MS/SAS/CNES, 2015.

A gestão de recursos humanos dos Caps AD do DF tem características similares, com profissionais predominantemente estatutários, ingressando no cargo de Especialista em Saúde por concurso público na Secretaria de Saúde, recebendo treinamentos de 40h semanais na admissão, passando por estágio probatório de três anos, com avaliações de desempenho semestrais, e, depois, quando efetivados, são avaliados anualmente, com possibilidade de progressão vertical a cada sete anos.

Os Caps AD do estudo têm uma equipe com diversidade nas categorias profissionais, com predomínio da equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros), e algumas distinções entre os do Distrito

Federal e de São Paulo, por exemplo, no Caps AD SP, educador físico e pedagogo são denominados cuidadores em saúde. De um modo geral, o quantitativo e a diversidade estão de acordo com as diretrizes governamentais em relação ao tipo de serviço, mas em desacordo em relação à abrangência populacional de cobertura na assistência.

O atendimento prestado aos usuários nos serviços do DF é caracterizado por cronograma pré-definido de práticas terapêuticas de grupo, atendimentos predominantemente ambulatoriais clínicos e individuais, e carência ou ausência de atividades externas aos Caps. Essas atividades nem sempre são compatíveis com o cotidiano dos usuários. Por outro



Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

lado, no Caps AD SP, há diversas atividades em grupo e externas, muitas das quais promovidas pela Raps em parceria com o Caps AD. Além disso, essa unidade caracteriza-se pela adoção de menos práticas e estratégias clínicas tradicionais do que as unidades do DF e pelo acompanhamento do itinerário dos usuários na rede, registrado por meio de um sistema integrado de informações.

No levantamento dos prontuários nos serviços, foram identificados o quantitativo de usuários ativos de 776 no Caps AD DF1, 325 no Caps AD DF 2 e 106

no Caps AD SP. Quanto ao *status* do usuário nos serviços, no Caps AD DF 2, no período estudado, havia 2.661 usuários cadastrados, mas 212 estavam em fase de busca ativa pela equipe. Portanto, 2.336 não frequentavam mais o serviço por motivos diversos, como: retorno ao trabalho, recaída, falecimento ou por evasão, e apenas 325 estavam ativos no serviço. No Caps AD SP, havia 257 cadastrados, sendo 106 em tratamento. As informações sobre as características, demandas e perfil dos usuários ativos dos Caps AD, obtidas em prontuários, são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características, demandas e *status* dos usuários dos Caps AD

Categorias	Descrição	CAPS AD		
		DF 1 (%)	DF 2 (%)	SP (%)
<b>Sexo</b>	Masculino	84,8	85	77,8
	Feminino	15,2	15	22,2
<b>Encaminhamento</b>	Espontâneo	54,9	61,4	-
	Rede de saúde	30,8	7,2	-
	Judicial	9,4	24,8	-
	Educação	0,6	1,7	-
	Família	-	4,7	-
<b>Droga de consumo</b>	Múltiplas drogas	76	59,8	35,1
	Álcool	21,5	30,5	29,6
	Cocaína	0,8	1,6	6,6
	<i>Canabis</i>	0,5	2,2	0,8
	Crack	0,5	3,6	-
	Outras	-	0,8	27,6
<b>Status do usuário no serviço</b>	Inativo	-	72,2	41,2
	Ativo	-	12,6	32,7
	Busca ativa	-	8,0	26
	Arquivo morto	-	6,9	-
<b>Ano de início de tratamento</b>	Antes 2013	-	48,1	43,5
	Depois 2013	-	50,9	56,5

Fonte: Dados fornecidos pelos Caps AD em 2015.

Na amostra, predominaram usuários do sexo masculino que procuraram espontaneamente pelo tratamento e faziam uso problemático de múltiplas drogas, com padrão de consumo diário há mais de dez anos. Apesar da procura espontânea pelo tratamento no Caps AD do DF 2 e SP, observou-se um alto índice de evasão, com 80,2% considerados inativos e 58,7% em fase de busca ativa. É possível que parte desses usuários esteja recebendo atendimento em outros serviços da rede de

saúde. Porém, não foram localizadas informações sobre o itinerário de usuários evadidos. O valor da taxa de evasão deste estudo é similar ao identificado por Fernandes *et al.*, (2017) na investigação realizada em serviços de tratamento de usuários de drogas no Rio Grande do Sul (82%), em que os autores apresentam como principal motivo de evasão o conflito de horário de atendimento com o do trabalho, bem como propõem a necessidade de

estabelecer estratégias para diminuição da evasão.

As rotinas de funcionamento, as práticas e as estratégias terapêuticas adotadas pelos profissionais dos três Caps AD são similares, com atividades terapêuticas semanais, grupos terapêuticos, em datas e horários preestabelecidos, de acordo com disponibilidade de tempo dos profissionais e interesse dos usuários. Reuniões semanais de equipe são realizadas para discutir demandas e intercorrências ligadas ao tratamento dos usuários e encaminhar estratégias para solucionar e superar desafios. Não foram localizados registros sobre os assuntos tratados nesses encontros de trabalho, dificultando uma análise mais profunda a respeito do uso dessas práticas.

No Caps AD DF 1 e 2, o primeiro contato dos profissionais com o usuário ocorre no acolhimento, com a escuta sobre suas necessidades e demandas. Em seguida é agendada uma atividade de orientação ao usuário sobre o serviço e o tratamento. Posteriormente, o usuário é atendido por um profissional ou por uma equipe de referência, que preenche um protocolo a partir do relato do usuário sobre dados pessoais, familiares profissionais, padrão de consumo, fatores de risco e de proteção e estratégias de curto, médio e longo prazo, para auxiliar na elaboração do PTS. Quando encaminhando para internação (UAI), o usuário é acompanhado sistematicamente pelo médico clínico, psiquiatra e equipe de enfermagem por um período de 14 a 30 dias. Quando é convidado a retornar para participar de atividades grupais, o usuário passa a ser atendido pelo profissional da equipe de referência. Após três meses de ausência às atividades terapêuticas, segundo as normas, deve ser realizada uma busca ativa (contato telefônico ou visita domiciliar) para conhecer as razões do afastamento do usuário. Caso o usuário não retorne ao Caps após um determinado

prazo, será considerado inativo e terá o prontuário arquivado.

No Caps AD de SP, os atendimentos ocorrem de duas formas: a hospitalidade diurna, na qual o usuário participa de um cronograma semanal de atividades de grupo organizada pelos profissionais; e a hospitalidade noturna, com acolhimento e leitos de internação para os usuários. O técnico de referência que fez o acolhimento do usuário passa a ser o responsável pela organização do PTS, pelas atividades de grupo, escuta de demandas, controle de frequência e participação do usuário nas atividades, visitas domiciliares, buscas ativas, atividades extra-Caps, busca de atendimento intersetorial, recepção e liberação do usuário no serviço, liberação do tíquete para refeição no Caps, encaminhamento para hospitalidade noturna, agendamento de atendimento na rede de saúde, entre outras atividades terapêuticas.

Os dados do PTS e do acolhimento no Caps AD SP são organizados de forma livre pelos profissionais. Durante esta pesquisa, a equipe desse serviço estava discutindo a necessidade de definir um modelo para elaboração desses instrumentos. Outro aspecto é a participação dos usuários em atividades de geração de renda do município com outros serviços, estimulando as habilidades do usuário e a sua inserção social.

Além disso, nessa unidade há investimentos em educação permanente e aprendizagem em serviço com intercâmbio com outros estados e municípios, supervisões e preceptorias voltadas para a qualificação da equipe do Caps AD, o que demonstra uma preocupação dessa unidade com o desenvolvimento dos profissionais para não comprometer a qualidade na prestação do serviço, conforme apontado por Pinho, Souza e Esperidião (2018).

Os dados dos usuários no serviço nos Caps AD DF constam nos protocolos de atendimento (termo de consentimento para

o tratamento, protocolo de atendimento inicial da SES/DF, Guia de Atendimento de Emergência [GAE]), ficha de acolhimento, PTS, reavaliação do PTS e folha de evolução. Os protocolos encontrados nos prontuários são instrumentos utilizados unicamente por médicos e enfermeiros. Os demais profissionais atuam prioritariamente por meio de grupos terapêuticos. Apenas no Caps AD DF 1 essas atividades são registradas em livro-ata descrição do tipo de grupo, a dinâmica utilizada e os usuários participantes.

No Caps AD SP, os prontuários são arquivados em ordem alfabética a partir do primeiro nome do usuário. Cada prontuário é dividido em duas seções: as atividades médicas e as psicossociais, sendo formado por ficha de cadastro e folha de registro com a narrativa do acolhimento e evolução dos atendimentos. Nos registros das atividades dos prontuários, observou-se um predomínio de atividades realizadas em parceria com outros serviços da rede de saúde, como atendimentos na atenção básica e no pronto atendimento, participação em projetos de economia solidária e atividade comunitária.

Foram localizadas diversas falhas e lacunas nos prontuários dos Caps AD, entre as quais: arquivamento fora da ordem cronológica; protocolos incompletos, em branco ou sem assinatura dos usuários; anotações sem registro da categoria profissional responsável pelo atendimento; conteúdos restritos ao acompanhamento feito por médicos, psiquiatras e enfermeiros. Esses profissionais ainda são elementos centrais no atendimento das demandas dos usuários (benefícios sociais, troca de receitas medicamentosas, altas administrativas, admissões na internação, entre outras). Nos casos encaminhados ao Caps AD pela justiça (atendimento de justiça ou medida alternativa), é obrigatório o registro dos dados sobre os atendimentos médicos e a elaboração de relatórios

sistemáticos sobre a evolução do tratamento.

A inexistência de organização dos prontuários, com dados incompletos e ilegíveis, é um fator relevante para evidências na gestão clínica. Os dados do estudo confirmam relatório avaliativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo de 2010 quanto à organização e estrutura dos dados dos prontuários dos Caps AD, na qual não foram encontrados registros de PTS do usuário, mesmo sendo considerada uma estratégia fundamental, instituída pela reforma psiquiátrica, o que mostra a necessidade de avaliações regulares na gestão e, principalmente, de definições de parâmetros para que as equipes de saúde consigam formular PTS efetivos e não se tornem ações alienadas, mecânicas e desarticuladas das reais demandas do usuário.

As práticas e estratégias terapêuticas adotadas nos Caps AD mostraram-se variadas nos prontuários em relação às diretrizes e parâmetros governamentais, nos quais apresentaram 58 práticas e estratégias governamentais. Dentre elas, o Caps AD DF 1 utiliza 50 práticas e o Caps AD DF 2, 44. No Distrito Federal, há um predomínio do campo clínico biomédico, com as cinco mais adotadas (farmacoterapia, atendimento de psiquiatria, clínica médica, enfermagem, técnico de enfermagem), em detrimento das práticas psicossociais que ficaram em 6ª colocação (acolhimento). No Caps AD SP, foram localizadas apenas 20, entretanto oito delas são típicas do modelo psicossocial, sendo as mais recorrentes o acolhimento, o atendimento de grupo e o PTS.

Entretanto, as práticas consideradas intervenções psicossociais do modelo de cuidado como o acompanhamento territorial, matriciamento, atendimento domiciliar, trabalho intersetorial, acolhimento e as decisões nas reuniões de equipe não estavam descritas nos prontuários dos três Caps AD estudados.

Entre os desafios estão: (i) o vínculo institucional dos Caps AD a hospitais que tenham diretrizes rígidas de formalização, o que dificulta a adoção de estruturas e dinâmicas flexíveis de trabalho; (ii) a abrangência populacional de dois desses serviços, que é superior a 300 mil habitantes, máximo recomendado pelas normas legais; (iii) a complexidade no atendimento à problemática das drogas, com danos físicos, psíquicos, sociais, e suas vulnerabilidades, que requer o atendimento integrado a redes (Raps e rede intersetorial) e atividades extra-Caps com a participação de equipes multiprofissionais; e (iv) a prestação ininterrupta de atendimento (funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana, com leitos de internação breve e acolhimento noturno). Esses desafios requerem quadros de pessoal qualitativa e quantitativamente compatíveis com essas demandas de serviços especializados, além de escalas complexas de trabalho que precisam ser gerenciadas e negociadas adequadamente para que possam se efetivar sem provocar danos à qualidade de vida nessas unidades.

Outro fato relevante no Caps AD SP é o estímulo a espaços formativos dos profissionais na rotina do serviço, por meio de preceptoria, intercâmbio de experiências e interação com instituições de ensino superior, supervisão e discussão de casos clínicos, o que fortalece uma das funções centrais dos Caps AD, que é atuar como cenário de prática para o ensino e educação permanente de profissionais em saúde mental. Entretanto, em função do vínculo empregatício temporário de 94,7% dos profissionais, esse investimento em desenvolvimento dos profissionais pode não gerar resultados duradouros. Nos Caps AD do DF, por outro lado, essa realidade é bem distinta quanto à oportunidade de aprendizagem, pois não foram encontrados registros de participação dos profissionais em treinamentos, nem programas de educação permanente, nem de educação

continuada, apenas a aprendizagem em serviço por meio de reuniões administrativas e clínicas. Essa ausência também foi encontrada em outras realidades, nas quais os profissionais também têm baixa qualificação para os serviços, como em São Paulo (Ventura *et al.*, 2012), na Paraíba (Clementino *et al.*, 2016) e no Rio Grande do Sul (Leal & Antoni, 2013).

Os resultados desta pesquisa indicam a existência de fragilidades significativas na forma como os Caps estão estruturados e desenvolvem a gestão dos serviços. Isso confirma resultados de outros estudos que apontam problemas no modelo de gestão organizacional, os quais têm comprometido a adoção das práticas e estratégias terapêuticas do modelo psicossocial instituído pelas políticas públicas (Silva, Lancman & Alonso, 2009; Nascimento & Galvanese, 2009; Onocko-Campos *et al.*, 2009; Tomasi *et al.*, 2010; Lima & Scheineder, 2013; Clementino *et al.*, 2016).

Apesar de alguns estudos considerarem a infraestrutura física adequada às atividades do Caps AD, de acordo com a percepção dos profissionais e gerentes, também apontam a necessidade de expansão da rede e melhoria da acessibilidade para torná-la mais efetiva para o usuário (Ventura, Moll, Jorge & Araújo, 2012; Ventura, Jorge & Moll, 2014; Costa & Dimenstein, 2015; Clementino *et al.*, 2016). Esta pesquisa encontrou fragilidades similares quanto a esses aspectos nos Caps estudados.

### **Considerações finais**

Este estudo refletiu sobre a organização do Caps AD em diversos aspectos com base nas diretrizes da Política de Saúde Mental e sobre Drogas para compreensão de fatores que comprometem a efetividade do modelo psicossocial.

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

As diretrizes governamentais descrevem que os Caps AD desenvolvam o modelo psicossocial, com estratégias de redução de danos, no contexto do usuário, integrando com a Raps, atendimentos grupais, articulação com outros serviços e estratégias do território, com construção coletiva, do PTS dos usuários no tratamento. Entretanto, há diversos desafios que precisam ser enfrentados e superados, entre os quais estão os relativos ao dimensionamento da abrangência territorial e populacional dos Caps AD, à infraestrutura, à articulação com as redes para melhoria do cuidado, às práticas de gestão de pessoas e de funcionamento dos serviços. Todos eles afetam a qualidade do atendimento das demandas sociais e necessidades do usuário e, por consequência, dificultam a adesão do usuário ao tratamento e inviabilizam a sua reinserção social, a redução de danos, a diminuição da evasão e aumento de fatores protetivos.

A limitação deste estudo advém da falta de dados sistemáticos e de algum modo padronizados sobre os atendimentos, além da falta de registro de atividades em grupo e extra-Caps, as quais podem estar sendo desenvolvidas em maior número, porém, por não estarem registradas, não foram contabilizadas.

Como contribuições deste estudo, pode-se elencar o uso de dados objetivos produzidos pelos próprios serviços que permitiram uma análise confiável e precisa quanto às práticas adotadas, bem como a comparação dessas práticas terapêuticas descritas nos normativos com as registradas nos prontuários. Além disso, as análises dos dados possibilitaram a identificação de problemas que precisam ser superados quanto aos desvios relativos à abrangência territorial e populacional dos Caps AD, a sobrecarga de trabalho decorrente do inadequado dimensionamento e alocação da força de trabalho, a falta de definição de fluxo de trabalho, e a carência de rotinas e

sistema de informação que possibilitem a produção de evidências sobre a aplicação do modelo psicossocial.

Além disso, o estudo mostrou que os resultados sobre a estrutura e funcionamento dos Caps AD apresentaram frágil alinhamento às diretrizes governamentais com relação à implementação do modelo psicossocial. Portanto, observa-se a necessidade de investimento na gestão pública para solucionar os principais problemas elencados neste artigo e nos anteriormente citados.

Apesar da convergência de resultados dos estudos existentes, há necessidade de incrementá-los, em particular, sobre dinâmica organizacional dos Caps AD e dos seus resultados para a sociedade, utilizando múltiplas abordagens metodológicas, por meio da triangulação de dados obtidos em fontes humanas e documentais de informação em amostras representativas dos Caps AD nas diversas regiões do Brasil. Mais estudos são necessários para se analisar a evasão de usuários, as estratégias de busca ativa, a articulação dos Caps AD com a rede intersetorial e as estratégias de educação permanente dos profissionais que atuam no cuidado de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas.

## Referências

- Andrade, A., Duarte, P., & Oliveira, L. (Orgs.). (2010). *Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: Secretaria Nacional Sobre Drogas.
- Amarante P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2a ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Clementino, F. S., Miranda, F. A. N., Martiniano, C. S., Marcolino, E. C., Junior, J. M. P., & Dias, J. A. (2016).

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

- Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(4):261-268. DOI: 10.4034/RBCS.2016.20.04.01
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal [Codeplan]. (2011). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF*. Brasília.
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal [Codeplan]. (2013). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios*. Brasília.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Cremesp]. (2010). *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Estado de São Paulo*. São Paulo.
- Costa, M. M., & Dimenstein, M. (2015). Caps com gerência pública e privada: estudo na Rede de atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte. *Revista de Psicologia*, 6(1), 7-18. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/psicologiaufc/article/view/1689>
- Crack é possível vencer.** (2011). Recuperado de <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>
- Duarte, P., Stempliuk, V., & Barroso, L. (Orgs). (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [Senad].
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas [UnoDC], World Health Organization [WHO], & Fundo das Nações Unidas para a Infância [Unicef]. (2014). *Principles of Drug Dependence Treatment*. New York: United Nations publication.
- Fernandes, S. S., Marcos, C. B., Kaszubowski, E., & Goulart, L. S. (2015). Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de busca ativa. *Caderno de Saúde Coletiva*, 25(2), 131-137.
- Gomes, J. F. (1987). Comportamento organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 27(2), 30-35. Recuperado de <http://www.spell.org.br/documentos/ver/16026/comportamento-organizacional/i/pt-br>
- Instituto Brasileiro Geografia e Estatística [IBGE]. (2011). *Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios: resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Ivan, M. V., & Terra, L. A. A. (2017). A influência da liderança na dinâmica organizacional. *Caderno Profissional de Administração da Unimep*, 7(1), 137-159. Recuperado de <http://www.spell.org.br/documentos/ver/45898/a-influencia-da-lideranca-na-dinamica-organizacional/i/pt-br>
- Kantorski, L. P., Wetzel C., Olschowsky A., Jardim, V. M. R., Bielemann, V. L. M., & Schneider, J. F. (2009). Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface*, 13(31), 343-355. Recuperado em 22 janeiro, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>
- Leal, B. M., & Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, (40), 87-101. Recuperado em 16 janeiro, 2017, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&tlng=pt)

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

- Lima, F. C., & Scheineder, D. R. (2013). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Caminhos*, 4(6), 39-64. Recuperado em 12 junho, 2015, de [http://www.caminhos.unidavi.edu.br/wp-content/uploads/2013/06/ha4n62013\\_artigo\\_03.pdf](http://www.caminhos.unidavi.edu.br/wp-content/uploads/2013/06/ha4n62013_artigo_03.pdf)
- Loiola E., Bastos A., Queiroz N., & Silva T. (2014). Dimensões básicas de análise das organizações. In C. Zanelli & J. Borges-Andrade (Eds.). *Psicologia, organizações e trabalhos no Brasil* (2a ed.). Porto Alegre: Editora Artmed. 616p.
- Merhy, E. (2007). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva* (4a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Saúde. (2012). *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. DAP ES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
- Ministério da Saúde. (2012). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Informativo eletrônico de dados sobre política nacional de saúde mental. *Saúde Mental em Dados 10*, ano VII, 10. Brasília. Recuperado em 19 janeiro, 2014, de <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>
- Mistério da Saúde. (2015). *Relatório de Gestão 2014*. Secretária de Atenção à Saúde. Recuperado em 14 outubro, 2015 de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf>
- Nascimento, A. F., Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 8-15. Recuperado em 22 janeiro, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>
- Onocko Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 16-22. Recuperado em 22 janeiro, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processo de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-151.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas diversas modalidades. *Diário Oficial da União*. Brasília, fev. 2002, seção 1, p. 456.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (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. *Diário Oficial da União*, nº 251, dez. 2011, Seção 1, pp. 50-60.
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (2012). Redefine o Centro de Atenção

Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

- Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (Caps AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*. Brasília, nº 96, maio 2013, seção 1, p. 41.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2a ed.). Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te corá editora.
- Secretaria de Atenção à Saúde. (2007). *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção*. Ministério da Saúde-Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal [SES/DF]. (2010). *Plano Diretor de Saúde Mental 2011 a 2015*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de atenção à saúde. Gerência de Saúde Mental.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [Senad]. (2005). Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD. (2005, 27 de outubro). Aprova a Política Nacional sobre drogas. Brasília: Senad, Gabinete de Segurança Institucional, Conselho Nacional Antidrogas. Recuperado em 19 novembro, 2013, em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>
- Silva, M. T., Lancman, S., & Alonso, C. M. C. (2009). Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 36-42. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silva, R. A., Gonçalves, H., & Silva, S. M. (2010). Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Caderno de saúde Pública*, 26(4), 807-815. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>
- Universidade Federal de São Paulo [Unifesp]. (2006). *1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. São Paulo: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas [Uniad].
- UnoDC, WHO, Unicef et al. *Principles of Drug Dependence Treatment* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6). New York. (2008). Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf)
- Ventura, C. A. A., Araújo, A. S., & Moll, M. F. (2011). Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 650-655. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500009>
- Ventura, C. A. A., Moll, M. F., Jorge, M. S., & Araújo, A. S. (2012). Dimensões organizacionais de dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, 14(54), 65-70. Recuperado de [http://cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p\\_ndoc=276](http://cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=276)
- Ventura, C. A. A., Jorge, M. F., & Moll, M. (2014). Análises das dimensões organizacionais do Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior de São Paulo. *Journal Nursen Health*, 4(1). 4-14. Recuperado em 2 janeiro, 2017, de



Silva, M. N. R. M. O. Abbad, G. S. Montezano, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3937/3504>

Recebido em 25/06/2017

Aprovado em 09/04/2018