



Impactos positivos dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na qualidade de vida das pessoas¹

*Positive Impacts of Alcohol and Drug Psychosocial Care Centers
on People's Quality Life*


Renato de Angelo Araujo¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1454-8408>


Caroline Ballan¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8908-6669>


Gabriella de Andrade Boska¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5827-6486>


Heloísa Garcia Claro¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1504-7074>

Ligia Bugelli Hermano Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4732-0461>

Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

Paula Pinho¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>

¹Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência:

Renato de Angelo Araujo
renatodeangelo@hotmail.com

Recebido: 16/09/2022

Revisado: 01/05/2023

Aprovado: 15/05/2023

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.

Contribuição dos autores:

Todos autores contribuíram
igualmente para o
desenvolvimento do artigo.

Copyright: Esta licença
permite compartilhar — copiar
e redistribuir o material em
qualquer suporte ou formato;
adaptar — remixar, transformar,
e criar a partir do material para
qualquer fim, mesmo
que comercial.



RESUMO

O aparato internacional dos direitos humanos contribuiu para a transformação do modelo psiquiátrico no Brasil. A partir da década de 1980, a reforma psiquiátrica brasileira impulsionou a construção de um modelo de atenção à saúde mental comunitária. Este artigo teve como objetivo avaliar os serviços de saúde mental, com vistas a contribuir para a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, identificar problemas e impulsionar o aprimoramento das práticas e políticas públicas de saúde. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva, de caráter quantitativo, parte do projeto matricial “Avaliar CAPS AD” (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Foram avaliados serviços dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá na perspectiva dos gestores dos serviços. Os dados foram analisados à luz do conjunto de ferramentas “QualityRights”, da Organização Mundial da Saúde, em relação ao acesso e garantia de direitos e os resultados foram estruturados a partir dos 20 padrões propostos nos cinco temas desse conjunto. Dentre a totalidade, 15 serviços atingiram alcances parciais e totais de qualidade na garantia e respeito aos direitos e foram encontradas algumas fragilidades importantes, avaliadas como padrões não iniciados, como a escassez de propostas de geração de renda ou a necessidade de ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III – 24 horas. Os resultados demonstraram ainda a potência dos serviços comunitários e territoriais no exercício da cidadania de direitos.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Centros de Atenção Psicossocial; Direitos Humanos.

ABSTRACT

The international human rights apparatus contributed to the transformation of the psychiatric model in Brazil. From the 1980s onwards, Brazilian Psychiatric Reform has driven the elaboration of a community-based mental health care model. This article aimed to evaluate mental health services and contribute to the qualification of the Psychosocial Care Network, by identifying problems and boosting improvements in public health practices and policies. This was an evaluative and descriptive research of a quantitative nature that was part of a matrix project called “Avaliar CAPS-AD” (Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs). The study analyzed services from the states of São Paulo, Minas Gerais, and Amapá from managers’ perspectives. The data were analyzed in the light of the World Health Organization “QualityRights”, in relation to the access and guarantee of human rights. The results were structured from the 20 standards proposed for all five topics of the “QualityRights Tool Kit”. Fifteen services reached partial and total quality in guaranteeing and respecting human rights, and some important weaknesses were identified and assessed as non-initiated standards, such as the scarcity of income generation proposals or the need for an expansion of Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs III – 24 hours. The results showed the power of community and territorial services in ensuring citizens’ rights.

Keywords: Evaluation of Health Services; Psychosocial Care Centers; Human Rights.

Introdução

A defesa e garantia dos direitos humanos é resultado de lutas sociais que, por seu poder e organização, substanciam declarações, tratados, pactos e leis que estabelecem direitos para populações vulnerabilizadas, que sofreram, e ainda sofrem, as mais diversas formas de violência (MAIA e GRADELLA JUNIOR, 2021). Os direitos humanos são fundamentados para o reconhecimento dos valores da dignidade humana e em sua essência implica o comprometimento em melhorar a vida das pessoas (SILVA; MOLL; VENTURA, 2018).

O aparato internacional em defesa dos direitos humanos contribuiu para o questionamento do modelo psiquiátrico no Brasil. A partir da década de 1980, com o Movimento da Luta Antimanicomial denunciou-se as violações de direitos na assistência nos manicômios e, em conjunto com a redemocratização do país, impulsionou-se a construção de um modelo de atenção à saúde mental comunitário e territorial (COSTA *et al.*, 2012).

Diante da complexidade da desigualdade social no Brasil, a Constituição de 1988 (CF/88) (BRASIL, 1988) reconheceu e afirmou as principais garantias de um Estado Democrático de Direitos, sustentado e fortalecido pela participação popular. Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) criou estratégias de participação e controle social, organizando-se de forma descentralizada, para a integralidade, equidade e universalidade no cuidado em saúde, com as conferências nacionais de saúde como estratégia política para efetivar o direito à saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

As condições de acesso à saúde, à educação, à moradia e outros direitos sociais, além de constitucionais, são determinantes de saúde atrelados a fatores econômicos, sociais, políticos, ambientais e culturais. Os direitos precisam ser compreendidos sob a perspectiva do campo político, que, como quaisquer campos de elaboração de uma organização social política, lugares é lugar de intensos conflitos (GALLARDO, 2014 *apud* MAIA e GRADELLA JUNIOR, 2021).

A reforma psiquiátrica brasileira, em conjunto com a estruturação do SUS, estabeleceu diretrizes fundamentadas nos direitos humanos para a atenção às pessoas com problemas de saúde mental, como a liberdade. A luta antimanicomial, com a desinstitucionalização como premissa ética, deparou-se com desafios estruturais para a atenção integral e equânime à saúde mental (HIRDES, 2009). Para Hirdes, o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção para a comunidade, distrito, território.

A Lei n. 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e decorrentes do uso de álcool e outras drogas e estabeleceu diretrizes fundamentais para o cuidado em liberdade (BRASIL, 2001). Nesse contexto, a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi relevante para impulsionar e subsidiar transformações no cuidado em saúde mental em todo território nacional. Os CAPS assumem a proposição de práticas comunitárias em saúde mental, configurando-se como estratégicos na transformação do paradigma. O objeto de intervenção torna-se complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais necessitam ser resgatadas para responder à transformação da relação loucura e sociedade (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015).

Como toda a evolução de um processo complexo, que envolve gestão e política pública, mobilização social e transformação cultural, a reforma psiquiátrica no Brasil apresentou um traço contínuo e progressivo de avanço na relação entre saúde mental e os direitos humanos (TOSI, 2005). No que se refere à política de drogas, com a criação dos CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), em 2002, o SUS passou a desenvolver ações de atenção integral para a população com essa necessidade. Tais dispositivos devem ter como referência a redução de danos e o acesso e a garantia de direitos de forma integrada ao meio cultural e social, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

No entanto, a guerra às drogas, com seu caráter repressor, racista e proibicionista é um problema para os serviços comunitários. O fenômeno do uso de drogas é constituído por inúmeras interfaces e necessita de articulações que dependem de redes intersetoriais para a garantia e a efetivação do direito à saúde. Contraditoriamente, é abordado de forma hegemônica, a partir de processos fragmentados e reducionistas (RYBKA; NASCIMENTO; GUZZO, 2018)

Entre 2016 e 2019, o governo federal brasileiro instituiu medidas que enfraqueceram a atenção básica, aumentaram o financiamento de hospitais psiquiátricos, reduziram o cadastramento de CAPS, ampliaram comunidades terapêuticas com substancial financiamento e redefiniram os ambulatórios de especialidades, que ficaram desprovidos de territorialização (DELGADO, 2019)

Nesse contexto, o investimento nacional está centrado em programas de abstinência com internações em instituições asilares, chamadas comunidades terapêuticas, com graves evidências de violência e violações de direitos (CFP, 2018). Para subsidiar a perspectiva apontada, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), em 2018, realizou um diagnóstico abrangente sobre a situação, apontando paralelos entre as comunidades terapêuticas e o sistema prisional. Na prática da privação de liberdade, as pessoas estão sujeitas a maus tratos, tortura e outras privações de direitos, com pouca ou nenhuma fiscalização (CIDH, 2021).

O conhecimento sobre direitos humanos e sua aplicabilidade pode auxiliar na elaboração de estratégias em projetos terapêuticos singulares capazes de garantir e efetivar direitos (SILVA; MOLL; VENTURA, 2018). A articulação entre saúde e direitos humanos é de fundamental importância para abordar as necessidades de saúde pública de forma equitativa, propícia à justiça social. Na saúde mental, onde as considerações sobre os direitos humanos emergiram das inúmeras violações, que seguem perpetuadas, explorar o acesso e a garantia de direitos como qualidade no cuidado é apontado como diretriz das políticas públicas e práticas (DREW *et al.*, 2011). Para pautar a temática, em 2012, a iniciativa “QualityRights”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu, com base na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), o “QualityRights Tool Kit” que consiste em um conjunto de ferramentas para avaliar e aprimorar o cuidado nos serviços de saúde mental e de assistência social, na perspectiva dos direitos humanos (WHO, 2012). No percurso da política nacional de saúde mental do SUS, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas traduziu para o português o nome da iniciativa da OMS como “Direito é Qualidade” (MS, 2015).

A saúde mental é um direito humano fundamental para vivermos com dignidade, componente inalienável do direito à saúde. Existem fortes ligações entre a saúde mental e a garantia dos direitos sociais, econômicos e culturais. Apesar do respaldo jurídico e normativo, os direitos humanos das pessoas com deficiências/desabilidades psicossociais e intelectuais estão entre as mais vulneráveis do mundo. São pessoas com sobreposições de vulnerabilidades, que correm maior risco de ter seus direitos violados, com desvantagens de igualdade de acesso aos serviços e oportunidades de vida, que sofrem muitas formas de marginalização e exclusão (PATEL *et al.*, 2018)

A relevância da questão é expressa na Resolução n. 32/18 do Conselho de Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas, de 29 de junho de 2016, que, com referência à Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU, 1948) e à CDPD, afirma que “todas as pessoas têm direito à vida, à liberdade, à segurança pessoal, a viver de forma independente e a ser incluídas na comunidade, e que ninguém será submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes” (UN, 2016).

A violação da dignidade e da autonomia, incluindo o tratamento forçado, a institucionalização e a desconsideração da capacidade individual de tomar decisões, corresponde a uma atenção inadequada à saúde pública, que associada aos altos níveis de desigualdades sociais, exclusão e violência colabora para resultados nefastos sobre a saúde das pessoas (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A abrangência global da luta pelos direitos humanos somente será obtida à custa de legitimidade local (SANTOS, 1997). Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo avaliar os CAPS AD dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá, a partir do ponto de vista dos gestores dos serviços, em relação à garantia de direitos, com base no *QualityRights*. O conjunto de temas do *QualityRights*, com seus padrões e critérios, contribui como estratégia de reflexão sobre as práticas de restituir, promover e articular o acesso e o exercício de direitos. Os cinco temas, padrões e critérios do *QualityRights* certamente abrem a conversa sobre os CAPS AD como “lugares de promoção de direitos” (KINOSHITA; DIAS; NICÁCIO, 2019).

Método

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa descritiva, de caráter quantitativo. Os dados são do projeto matricial “Avaliar CAPS AD”, coletados entre os anos de 2013 e 2017, por meio de um questionário estruturado, junto aos coordenadores de 30 CAPS AD, 50% destes nos estados de São Paulo; 46,7%, em Minas Gerais; e 3,3%, no Amapá (PINHO, 2014; GONÇALVES, 2016; FAVACHO, 2019).

A análise dos dados foi orientada por quatro dos cinco temas propostos no *QualityRights Tool Kit* (WHO, 2012). Esse conjunto de ferramentas tem a intenção de fornecer aos países informações e instrumentos para a avaliação e a melhoria dos padrões de qualidade e de direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social, com base na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), das Nações Unidas, ratificada no Brasil pelo Decreto Legislativo n. 6.949/2009. A CDPD tem como propósito promover, proteger e assegurar o exercício equitativo dos direitos e liberdades fundamentais e promover o respeito à dignidade humana. O documento abrange os direitos às pessoas com problemas de saúde mental – incluindo aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas – e amplia o conceito de incapacidades, ou deficiências como traduzido, com aspectos que, em relação ao contexto social, produzem desvantagens no exercício da cidadania de direitos (BRASIL, 2009).

A iniciativa *QualityRights* coloca em perspectiva a qualidade dos serviços de saúde mental enquanto garantia de direitos das pessoas, com a característica de ser uma proposta multicêntrica, que pode avaliar e orientar os serviços de saúde mental no Brasil e no mundo. Trata-se de um recurso essencial para a superação de práticas negligentes e violentas ainda utilizadas e também para subsidiar serviços e práticas de qualidade no futuro Ela (BRASIL, 2009; MS, 2015).

Os cinco temas da *QualityRights* são: (1) direito a um padrão de vida adequado e à proteção social; (2) direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental; (3) direito a exercer capacidade legal; (4) direito à liberdade pessoal e à segurança pessoal, prevenção contra tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e contra exploração, violação e abusos; e (5) direito a viver de forma independente e de ser inserido na comunidade. Cada um desses cinco temas é decomposto em um conjunto de padrões que orientam a avaliação do banco de dados e organizam os resultados (MS, 2015). Neste estudo, foram avaliados os temas um, dois, três e cinco; não foi possível avaliar o tema quatro, pois nenhum dos padrões e critérios foram contemplados pelo banco de dados utilizado.

○ *QualityRights* organiza uma forma de classificação baseada em evidências que apontam os resultados alcançados como:

Alcançado totalmente (AT): Há evidência de que os critérios, padrões ou temas foram completamente realizados. Alcançado parcialmente (AP): Há evidências de que os critérios, padrões ou temas foram realizados, mas existe a necessidade de complementá-los. Alcance iniciado (AI): Há evidência de medidas sendo tomadas para cumprir os critérios, padrões ou temas, porém melhorias significativas ainda são necessárias. Não iniciado (NI): Não há evidência de cumprimento dos critérios, padrões ou temas. Não se aplica (NA): Os critérios, padrões ou temas não são aplicáveis ao serviço em questão (MS, 2015).

Aproximando-se o processo de avaliação dos serviços de saúde mental e suas características à luz desse instrumento, a pesquisa apresentou e classificou os resultados nos respectivos temas, a partir das evidências encontradas. Para justificar a classificação avaliativa, utilizaremos os percentuais acima de 76% para **AT** (alcançado totalmente); de 51% a 75% para **AP** (alcançado parcialmente); de 26% a 50% para **AI** (alcance iniciado); e até 25% para **NI** (alcance não iniciado).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o projeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), sob o número 1.001/2011, e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob o número 054/2012, pelo Estado de São Paulo; pelos comitês de ética em pesquisa da EE/USP, sob o número 951.970/2015, e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, sob o número 991.545/2015, pelo Estado de Minas Gerais; e pelos comitês de ética em pesquisa da EE/USP, sob o número 2.125.494/2017, e da Universidade Federal do Amapá, sob o número 2.244.472/2017, pelo Estado do Amapá (PINHO, 2014; GONÇALVES, 2016; FAVACHO, 2019)

Resultados e discussão

Os gestores entrevistados foram, em sua maioria, pessoas do sexo feminino (80,0%), brancas (70,0%) e casadas (73,3%), com jornadas de trabalho de 40 horas semanais (83,3%), com um único vínculo empregatício (80%) e com gratificação para exercer o cargo de coordenação (56,7%). Os gráficos 1 e 2 ilustram as formações acadêmicas e a forma de ocupação do cargo de gestão.

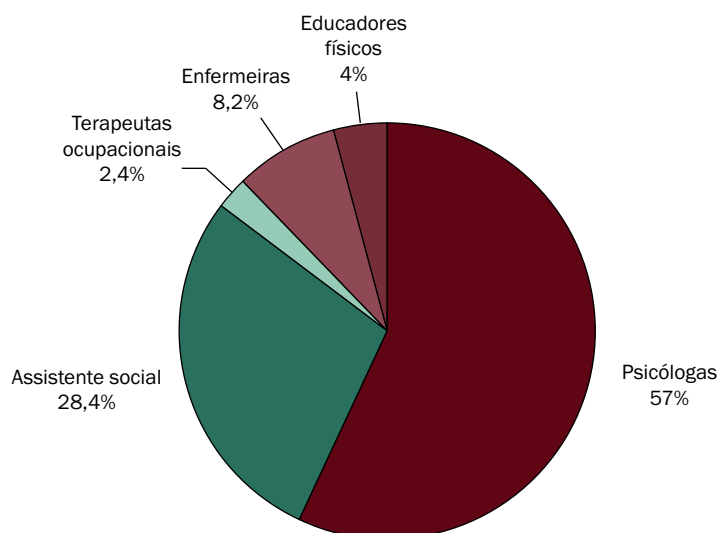


Gráfico 1. Formações profissionais nos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas avaliados, 2022.

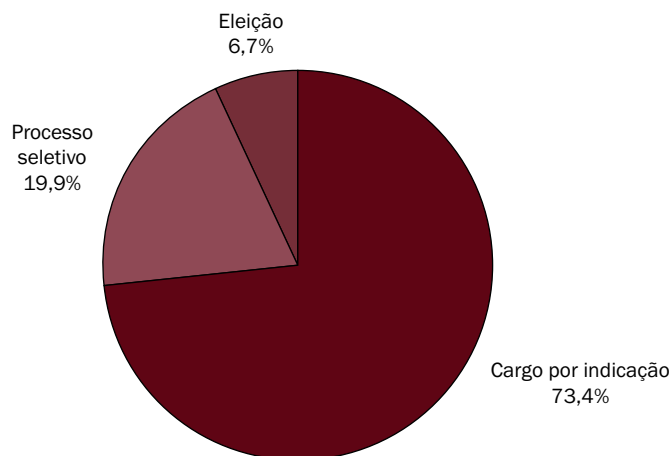


Gráfico 2. Forma de ocupação dos cargos de gestão nos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas avaliados, 2022.

Entre quem possuía pós-graduação (80%), metade era especialista em saúde mental (50%), com mestrado concluído na área (13,3%) ou cursando (6,7%). Nenhuma pessoa entrevistada possuía doutorado.

Os serviços foram caracterizados quanto à forma de administração e gestão: direta (70%), em que a prefeitura do município é responsável pela governança; gerenciados por organizações sociais (13,3%), unidades privadas sem fins lucrativos, empresas com contrato de gestão (10%) e fundações (6,7%), que se definem por um fundo autônomo de pessoa jurídica e administram serviços ou distritos de saúde. Entre essas organizações, a maior parcela é de natureza jurídica pública (93,3%), mas também encontram-se as filantrópicas (3,3%) e as privadas (3,3%). Mecanismos sutis de privatização e precarização de sistemas sociais estratégicos, como os de saúde, necessitam de investigação quanto ao impacto na vida das pessoas e na qualidade dos serviços.

Os CAPS AD pesquisados eram cadastrados nas modalidades: CAPS II AD (63,3%), CAPS III AD (30%) e CAPS II AD estendido (6,7%). O horário de funcionamento variou entre serviços 24 horas (30%); com 10 horas de funcionamento no decorrer do dia (39,6%); e os demais entre o mínimo de oito horas (3,3%) e o máximo de 14 horas (3,3%) de funcionamento em dias úteis.

I O direito a um padrão de vida adequado (artigo 28 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)

No padrão 1.1 sobre a integridade da estrutura física, os resultados alcançados foram avaliados como iniciados – **AI**, pois 56,7% dos gestores consideravam que os espaços não eram estruturados e equipados. Faltaram dados que descrevessem as estruturas, portanto, considera-se necessária a inclusão desses critérios em futuros processos avaliativos.

Apesar de 60% dos CAPS AD pesquisados possuírem ao menos uma sala de desintoxicação, o padrão 1.2 avaliou se as condições de repouso e pernoite no serviço são confortáveis e permitem privacidade para os usuários. Esse padrão foi avaliado como **NI**, pois 70% dos CAPS AD não possuíam camas para acolhimento noturno, ou seja, demonstra-se a necessidade de ampliação da estratégia de acolhimento noturno em CAPS AD, para que as pessoas usuárias possam ser atendidas em momentos de crise, com respeito às singularidades, vínculos e necessidades. Além disso, a maioria não tinha leitos para desintoxicação (33,3%) e o restante possuía de um leito (6,7%) até 11 leitos (3,3%).

Em seu estudo de avaliação dos CAPS AD Centro-Oeste/Norte, de acordo com os parâmetros do *QualityRights*, Soares (2016) apresenta uma síntese dos resultados pelos temas do *QualityRights* nas modalidades CAPS I, II, III, AD (adulto) e IJ (infantojuvenil). Os CAPS com menor complexidade tiveram menor desempenho, o que evidencia que serviços comunitários 24 horas, territoriais, ampliam o acesso e a garantia de direitos.

No padrão 1.3 foram avaliados os requisitos sanitários e de higiene, o alcance foi parcial – **AP**, com 59,9% dos serviços com mais do que cinco banheiros e 70% dos serviços, com dois ou mais funcionários do serviço de limpeza. Nesse tema também avalia-se a acessibilidade e somente 46,7% possuíam adaptações de acessibilidade para pessoas com deficiências físicas.

O padrão 1.4 avalia se os usuários recebem alimentação, água, potável, vestuário que correspondam as suas necessidades e preferências (MS, 2015, p. 13). Pelo menos 80% dos CAPS AD ofereciam ao menos três refeições por dia. Nos serviços 24 horas, registrou-se a oferta de jantar (33,3%) e lanche noturno (26,7%). Dois terços (73,3%) dos serviços tinham local exclusivo para oferecer alimentação e refeição e 30% contavam com profissional (copeira), para auxiliar no preparo e na distribuição dos alimentos. Por serem serviços comunitários, é pressuposto que as roupas e vestuário fiquem a critério do usuário. É interessante observar que 66,7% dos serviços promoviam oficinas para auxiliar na higiene pessoal. A mediana desse padrão é 62,5%, portanto a classificação foi **AP**.

O padrão, 1.5 mensura se os usuários do serviço podem se comunicar livremente e se seu direito à privacidade é respeitado (MS, 2015, p. 14). Os dados encontrados mostram que 86,6% dos serviços tinham pátio e 73,3%, jardins. Além disso, 76,6% contavam com espaços para atividades coletivas e 63,3%, com salas para atividades individuais. Padrão alcançado parcialmente alcançado - **AP**.

Porém, para que o usuário possa se comunicar livremente e tenha seu direito à privacidade respeitado, deve-se avaliar se telefonemas, cartas, e-mails, acesso à internet estejam livremente disponíveis aos usuários do serviço, sem censura, aspectos não identificados na presente avaliação (MS, 2015, p. 14).

Além disso, para que a privacidade das comunicações dos usuários do serviço seja respeitada, faz-se necessário considerar os idiomas de sua escolha para assegurar que todos possam expressar suas necessidades, inclusive, oferecendo tradutores, por exemplo. Ademais, deve-se garantir que os usuários dos serviços possam receber visitas livremente, escolher quem eles queiram ver, participar das visitas em horários flexíveis, assim como movimentar-se livremente pelo serviço (MS, 2015, p. 14).

O padrão 1.6 avalia se os serviços oferecem um ambiente acolhedor, confortável e estimulante que promova participação ativa e interação. Para 76,7% dos coordenadores, o número de salas não era adequado para a demanda dos atendimentos, assim como as oficinas não estavam estruturadas e equipadas de acordo com a necessidade (56,7%). Em 90% dos CAPS AD havia algum tipo de oficina terapêutica; 96,7% dos serviços ofertavam atendimento psicoterápico em grupo; e 93,7% possuíam algum tipo de atividade grupal. A avaliação, portanto, foi “alcançado parcialmente” – **AP**.

Para avaliar se o serviço oferta um ambiente acolhedor, confortável e estimulante, capaz de promover a participação ativa, além de interação entre quem circula no espaço, são utilizados os seguintes critérios: se existem móveis suficientes e se esses são confortáveis e estão em boas condições; se a ambiência do serviço facilita a interação entre os seus usuários, a equipe do serviço e os visitantes; se os recursos necessários, inclusive equipamentos, são fornecidos pelo serviço para assegurar que os seus usuários tenham oportunidades para interagir e participar de atividades de lazer; e, por fim, se as salas dentro do serviço são especificamente destinadas como área de lazer dos usuários (MS, 2015, p. 15).

O padrão 1.7 avalia se os usuários dos serviços podem usufruir plenamente da vida social e pessoal e continuar envolvidos na vida e nas atividades comunitárias. Nesse sentido, os dados mostram que 86,7% dos serviços realizavam visitas domiciliares; 80,0% realizavam visitas com objetivo de busca ativa; 83,3% realizavam visitas com objetivos de acompanhamentos de situações agudas; e 37,0% realizaram pelo menos quatro ou mais visitas domiciliares no último mês da pesquisa. A utilização de espaços comunitários é importante e 56,7% dos serviços, de alguma forma, circulam na comunidade fazendo usufruto do território. O resultado **AP**, alcance parcial, justifica-se pelas altas porcentagens de visitas domiciliares, mas ainda com pouca utilização de espaços comunitários para ações territoriais.

Como critérios e ações necessárias para alcance desse padrão, o conjunto de ferramentas sugere que observemos se os usuários dos serviços podem interagir com outros usuários, inclusive pessoas do sexo oposto. Leva-se em consideração se pedidos pessoais, por exemplo, frequentar o trabalho e estudos, comparecer a casamentos, funerais, dentre outros eventos sociais, são facilitados pela equipe técnica do serviço que são acompanhados (MS, 2015, p. 16).

Avalia-se também se as atividades são organizadas regularmente e ofertadas no serviço e na comunidade de forma pertinente e apropriada para cada idade. Além disso, é valorizado o fato de os profissionais dos serviços fornecerem informações aos usuários sobre atividades na comunidade e facilitarem o acesso dos usuários a estas atividades, bem como, se facilitam o acesso dos usuários a atividades de lazer fora do serviço e se atividades de lazer da comunidade são levadas para dentro do serviço (MS, 2015, p. 16).

II O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)

O padrão 2.1 avalia se todos que solicitam cuidado em saúde mental o recebem e, ao mesmo tempo, se nenhum usuário é mantido no serviço por características de raça, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, desabilidade, nascimento ou outra condição (MS, 2015, p. 18). Os resultados mostraram que 66,7% dos CAPS AD tinham critérios de acesso, como encaminhamentos, faixa etária, diagnósticos, território ou gravidade dos casos. Porém, 53,3% dos serviços não possuíam adequação para deficientes físicos e 48,1% realizaram 30 acolhimentos ou mais no último mês anterior à coleta de dados. Em contrapartida, 93,3% dos serviços atendiam pessoas com risco de suicídio, 86,7% dos serviços contemplaram acesso livre dos usuários e, por fim, 70% contavam com conselho gestor, instrumento importante na organização e gestão dos serviços no SUS. O padrão foi avaliado como **AP**.

No padrão 2.2, a avaliação é sobre o quadro de recursos humanos do serviço avaliado, levando em consideração o quantitativo e a formação desses profissionais. Para cumprir os requisitos desse padrão, avaliou-se se o serviço possuía profissionais com competências diversas, multidisciplinaridade na formação da equipe, foco na reabilitação psicossocial, participação dos usuários e suas famílias, amigos e cuidadores, oferecendo e promovendo uma vida autônoma e inclusiva na sociedade (MS, 2015, p. 19). O padrão foi avaliado como “alcançado parcialmente” – **AP**. Apesar de 90% dos serviços apresentarem uma abordagem interdisciplinar, apenas 70% deles ofertavam programas de estágios ou extensões profissionais. Além disso, a minoria (40%) recebeu supervisão técnica ou administrativa e 76,6 % também não receberam consultoria.

Dentro do padrão 2.3, avaliou-se o trabalho em rede e a integralidade do acesso. Os pontos abordados são sobre a reabilitação psicossocial e as articulações entre as mais diversificadas redes de apoio compostas por um projeto terapêutico orientado pelas necessidades do usuário, guiado pela necessidade desse usuário viver de forma independente na comunidade. O padrão avalia se os usuários do serviço são incentivados a manter, criar e/ou ajustar uma rede de apoio social e a manter contato com os membros dessa rede para facilitar a vida independente na comunidade e aumentar ou melhorar o vínculo com sua família. Os dados apresentados nesse padrão foram promissores em relação às articulações de rede: 96,7% dos CAPS AD realizaram articulação com recursos do território; 93,3% articularam-se com os serviços de atenção básica e também estavam inseridos nas redes de atenção psicossocial; 93,3% possuíam algum tipo de sistema de referência para outros serviços. Assim sendo, esse padrão foi considerado como “alcançado totalmente” – **AT**.

Destaca-se que o trabalho em rede e intersetorial explora a integralidade no cuidado em saúde, princípio do SUS, dentro da concepção de inter-relação entre diferentes determinantes dos processos saúde/doença, indicando a necessidade de se realizar um trabalho junto às redes, seja naquelas da atenção à saúde (RAS), seja naquelas constituídas intersetorialmente, para responder às diversas necessidades de saúde da população. Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperado, entre sujeitos e serviços, e são realizados em uma rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes (COSTA *et al.*, 2012).

O padrão avalia o quanto o serviço é um facilitador do contato do usuário com o sistema de cuidado em geral de saúde, nos mais diversos níveis de assistência, seja saúde mental, seja em saúde especializada na comunidade, assim como em outros setores de benefícios sociais, como moradia, agências de emprego, serviços de cuidados diurnos e atenção domiciliar (MS, 2015, p. 21).

Os CAPS AD apresentaram critérios para a evolução do quadro, indicando a circulação do usuário na rede de atenção à saúde: 90% dos serviços possuíam critérios de alta por melhora; 73,3%, algum tipo de mecanismo para evitar internações em situação de crise: 86,7% ofereciam tratamento individualizado em domicílio; e 76,7% realizavam reuniões semanais para discutir casos, medicações e estratégias de cuidado.

O padrão 2.4 avalia se os medicamentos psicotrópicos estão disponíveis, se são acessíveis e utilizados de modo apropriado. Dentro dos critérios e ações necessárias, 80% da lista nacional de medicamentos estavam disponíveis na instituição ou poderiam ser prescritos. Também constatou-se 90% de registros feitos em prontuário sobre a prescrição desses medicamentos, indicando assim, os códigos éticos e legais que a legislação brasileira exige na prescrição medicamentosa. Sobre as estratégias de trabalho em equipe, 76,7% dos serviços realizaram reuniões semanais para discutir casos, medicações e estratégias de cuidado, mas a participação das pessoas nas decisões mostrou-se um desafio. Assim, entende-se que este padrão tem “alcançe iniciado” – **AI**.

A disponibilidade e o manejo de medicações psicotrópicas evidencia uma questão: não há informações sobre a periodicidade das avaliações e doses adequadas, também não há informações sobre gestão autônoma da medicação e a participação das pessoas nas escolhas medicamentosas, nem informações disponíveis sobre o propósito e a finalidade dos medicamentos que lhes são oferecidos e sobre efeitos colaterais potenciais, assim como, sobre as opções de medicamentos alternativos ou complementares. A participação das pessoas nas decisões sobre as medicações apresenta-se como um grande desafio da sociedade contemporânea, sem compreensão e com poucos recursos (ROSA *et al.*, 2020).

No padrão 2.5 avalia-se o quanto os serviços estão adequados para cuidar da saúde geral e reprodutiva das pessoas de sua referência. Nesse quesito, encontramos dados bastante relevantes: 100% dos serviços realizavam avaliações clínicas; 96,7% possuíam uma avaliação psicológica e social; 86,7% tinham algum tipo de atendimento em promoção da saúde; e 93,3% dos serviços solicitavam exames laboratoriais. Além disso, pensando nas singularidades e acessibilidade, 63,3% dos serviços ofertavam alimentação especial para diabéticos; 56,7% dos CAPS ofereciam refeições especiais para hipertensos; 70% organizavam grupos com características psicoeducacionais; e 56,7% organizavam grupos com caráter operativo. Vistas essas características, no cuidado com a saúde geral e reprodutiva do usuário, a pesquisa demonstrou que os critérios foram “alcançados totalmente” – **AT**, significando que existem evidências de que os critérios foram contemplados.

O padrão classifica também se são providenciados tratamentos para problemas de saúde em geral, inclusive vacinas, assim como, procedimentos de média e alta complexidade, como os cirúrgicos ou clínicos quando necessários, avaliando se existem mecanismos de encaminhamento para que os usuários recebam o cuidado em tempo oportuno e de forma segura, nos casos em que os procedimentos sejam necessários e não sejam ofertados pelo serviço (MS, 2015, p. 23).

Em termos de educação e promoção de saúde e prevenção de doenças, o tema analisa se as ações são desenvolvidas regularmente no serviço. Bem como se os usuários são informados e orientados sobre questões relativas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar e com seu consentimento livre e esclarecido (MS, 2015, p. 23).

Importante avaliar que, como parte de seu projeto terapêutico, os usuários do serviço são incentivados a elaborar diretivas antecipadas de vontades e desejos, para que o tratamento possa antecipar as opções de tratamento e de *recovery* que desejam, bem como aquelas que não desejam, se não forem capazes de comunicar suas escolhas em algum momento no futuro (MS, 2015, p. 20).

III O direito a exercer a capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e segurança da pessoa (artigos 12 e 14 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)

Para garantir o direito de liberdade, o padrão 3.1 avalia se as escolhas e opiniões dos usuários que fazem usufruto dos serviços são relevantes e priorizadas e se todas suas decisões são valorizadas (MS, 2015, p. 25). De acordo com os resultados da pesquisa, 96,7% dos gestores responderam que os serviços realizavam acompanhamentos singularizados; 96,7% ofereciam atendimento psicoterápico; e 90% trabalhavam com projeto terapêutico singular, indicativo de respeito às necessidades de saúde na construção do cuidado. Não foram encontrados dados suficientes que documentassem a participação das pessoas usuárias do serviço na construção do projeto terapêutico. Portanto, esse padrão foi avaliado como “totalmente alcançado” – **AT**.

O item 3.2 avalia se há procedimentos e salvaguardas em vigor para prevenir a privação de liberdade e o tratamento sem consentimento livre e esclarecido (MS, 2015, p. 26). Observou-se que 66,7% dos serviços realizavam assembleias e 63,3% registravam formalmente essas reuniões; em 70% dos serviços os usuários participavam da assembleia e em 66,7% os trabalhadores também participavam. As internações foram indicadas por meio de discussão técnica por 66,7% dos serviços e 43,3% utilizavam como critério de internação o desejo do usuário e a sua família. Ainda, 73,3% dos serviços possuíam algum tipo de mecanismo para evitar internações em situação de crise. Para completar, no último mês cheio de atendimento antes da pesquisa, foi registrado ao menos um atendimento de promoção de contratualidade em 33,3% dos serviços pesquisados. Portanto, a pontuação foi **AP**, “alcançado parcialmente”.

O estudo de Boska, Oliveira e Seabra (2022), que avaliou os padrões do *QualityRights* em dois CAPS AD III, corrobora esses achados, ao identificar nesse item que o alcance parcial esteve relacionado com a falta de consentimentos formais de cuidado e acolhimento voluntário nos serviços, para além dos acordos verbais.

O ponto 3.3 desse tema avalia se os usuários podem exercer suas capacidades legais e se recebem o apoio necessário, de acordo com os seguintes critérios: se os profissionais interagem com respeito, se as informações sobre os direitos são transmitidas de forma clara e abrangente, tanto oralmente, quanto de maneira escrita (MS, 2015, p. 28). Avalia-se ainda se os profissionais respeitam a autoridade de uma pessoa ou da rede de pessoas de apoio nomeadas para comunicar as decisões, assim como se a tomada de decisão é o modelo predominante ou se a tomada de decisão substitutiva é evitada (MS, 2015, p. 29). Segundo os dados encontrados, os gestores apontaram que o manejo em situações de crise, agitação ou risco de agressões ocorriam em 93,3% dos serviços; 83,3% afirmaram buscar a promotoria pública como serviço de garantia de direitos de cidadania; e 63,3% contavam com suporte jurídico como garantia de direitos. Porém, faltaram dados que tratassem de decisão apoiada ou de formas de se evitar a decisão substitutiva para a tomada de decisão, portanto, o alcance nesse quesito foi parcial (**AP**), diante da de informações.

Dentro do direito de exercer capacidade legal e do direito à liberdade pessoal, evidencia-se a complexidade de trabalhar na prática cotidiana, compreendendo as pessoas como “sujeito de direitos”, uma vez que operam-se muitas armadilhas ao considerar que as pessoas não são capazes de efetivamente participar (KINOSHITA; DIAS; NICÁCIO, 2019).

No padrão 3.4 encontra-se o direito à confidencialidade e ao acesso às informações pessoais sobre sua própria saúde. São avaliadas questões como a pessoalidade e a confidencialidade do prontuário, seu arquivamento e o livre acesso as suas informações por parte do usuário. Também é avaliado se os usuários podem acrescentar informações por escrito, opiniões e comentários em seus prontuários, sem censura (MS, 2015, p. 30). Protegidos com legislações amplas, que abrangem áreas da medicina, além da saúde mental, a pesquisa mostrou que 90% dos CAPS AD registravam as evoluções em prontuário único. Além disso, 93,3% de todos os profissionais dos serviços executavam esse tipo de registro; 90% trabalhavam com projeto terapêutico singular; e 93,3% dos serviços trabalhavam com técnicos de referência o que garante a participação, o acesso e o sigilo ao processo. Portanto, nesse quesito, o alcance foi total – **AT**.

IV O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (artigo 19 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)

O padrão 5.1 abrange a moradia e avalia se os usuários dos serviços recebem apoio para terem um lugar para morar e dispõem de recursos financeiros necessários para conviver em comunidade (MS, 2015, p. 40). Os resultados demonstraram que 90% dos serviços realizavam orientação e, caso fosse necessário, encaminhavam os usuários para receberem benefícios como dispositivo de garantia dos direitos de cidadania. Além disso, para os casos de usuários que estivessem passando por processo de desinstitucionalização, 46,7% dos CAPS AD possuíam algum vínculo com serviços residenciais terapêuticos (SRT) ou unidades de acolhimento (UA) transitório. Nesse quesito, o alcance foi parcial, **AP**, pois, apesar de bons índices para o encaminhamento de benefícios, para a proposta de desinstitucionalização, é necessário que melhorias sejam realizadas no eixo de moradia, a fim de ampliar o acesso de usuários que necessitam desse tipo de serviço.

No padrão 5.2 avalia-se a questão da educação e do trabalho e o quanto os usuários possuem acesso a oportunidades nesses setores. Como principais critérios temos: se os profissionais fornecem as informações sobre oportunidades de educação e trabalho na comunidade, bem como se apoiam os usuários no acesso a oportunidades de educação, incluindo ensino fundamental, médio e superior. Por fim, é avaliado se os profissionais do serviço apoiam os usuários no decorrer e no desenvolvimento do trabalho, na escolha da carreira, no acesso, nas oportunidades de evolução da remuneração e progressão profissional (MS, 2015, p. 41). Os gestores indicaram que 83,3% dos serviços não possuíam projetos de geração de renda, com isso, a classificação foi de alcance iniciado, **AI**, embora o indicador estivesse muito pouco acima do limite definido, o que demonstra uma fragilidade importante, a escassez de propostas de geração de renda na perspectiva da economia solidária nas RAPS. Ademais, vale destacar a necessidade de ampliar o acesso dos usuários dos CAPS AD à educação e ao trabalho para além do contexto dos serviços, o que pode ser feito com o apoio das equipes (BOSKA; OLIVEIRA; SEABRA, 2022).

O direito ao trabalho, em uma sociedade de soberania capitalista, contribui para o poder contratual e o convívio social, estabelece lugares e recursos financeiros que subsidiarão a existência (ARANHA E SILVA, 2012). Geração de trabalho e renda, além de estratégia de inclusão social, são instrumentos de cuidado potente na produção de vida e da subjetividade dos sujeitos e dos coletivos, territórios e comunidades. Como tecnologia em saúde, considerada inovadora, acumula-se experiências exitosas no campo da saúde mental, que tecem redes intersetoriais, na escolha ética e política da economia solidária enquanto diretriz da reforma psiquiátrica brasileira (ARANHA E SILVA, 2012).

O padrão 5.3 menciona o direito de participar da vida política e pública e de exercer a liberdade de associação, recebendo o apoio necessário. Tem peso se os profissionais apoiam a participação de pessoas com deficiência, habilidades, nas atividades de organização política, religiosas, sociais e em outros coletivos que compartilhem uma perspectiva comum dos direitos humanos (MS, 2015, p. 42). Os resultados mostraram que, em 70% dos serviços, os usuários participavam das assembleias; 60% dos gestores afirmaram que o controle social é um instrumento que o serviço dispõe para garantia dos direitos de cidadania do usuário; 73,3% achavam que o conselho gestor garantia os direitos de cidadania e o utilizavam como recurso para mobilizar mudanças no serviço. Além disso, 73,3% relataram que o conselho municipal de saúde é um dispositivo que o serviço dispõe para a garantia dos direitos de cidadania do usuário e 83,3% dispunham de ouvidoria pública para a garantia e preservação dos direitos de cidadania do usuário. Apesar de 63,3% não apresentarem no último mês nenhum registro de procedimento de protagonismo, o alcance dos direitos também é um apanágio dos serviços que cuidam na comunidade e que protegem o direito de liberdade, portanto, o alcance foi parcial nesse tema, **AP**.

O último tema, 5.4, relaciona-se com o apoio oferecido pelo serviço à participação do usuário em atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer, de acordo com os critérios de disponibilidade e apoio a atividades sociais, culturais, religiosas e de escolha das pessoas usuárias do serviço (MS, 2015, p. 43). A pesquisa mostrou que 73,3% dos serviços possuíam algum tipo de atividade física. 86,7% contavam com oficinas de artes; 56,7%, de música; e 36,7%, de dança. O alcance no quesito foi **AP**.

Em uma avaliação realizada a partir de dados do Projeto Avaliar-CAPS Nordeste, acerca da garantia dos direitos humanos e o exercício de cidadania, verificou-se que os CAPS AD influenciam positivamente a vida das pessoas, com combate ao preconceito, incentivo à participação social, estímulo e respostas as suas reivindicações, com base no respeito e na dignidade (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015)

Em um outro estudo baseado no *QualityRights*, o CAPS AD foi considerado pelos usuários e familiares um serviço de qualidade, em que são respeitados os direitos humanos, como o direito de ir e vir, a integridade física e a liberdade de expressão. Por outro lado, desafios foram identificados no que se refere à compreensão sobre direitos por parte dos usuários e familiares, às dificuldades de ampliação de atuação diante de situações de moradia e em relação à efetivação de espaços de discussão sobre o serviço, como as assembleias (GUERRERO *et al.*, 2019)

A inter-relação entre os direitos humanos ocupa papel central na construção do Estado Democrático de Direito. Compreender a saúde como um direito humano exige que os Estados garantam acesso a cuidados de qualidade e também que promovam ações para interferir nos seus determinantes sociais, como água potável, saneamento, informação e educação, segurança alimentar, habitação, igualdade de gênero, entre outros. Essa abordagem é fundamental quando se consideram emergências de saúde pública como as epidemias, as violações dos direitos sexuais e reprodutivos, as altas taxas de violência, o sistema de encarceramento massivo, a guerra às drogas, entre tantas outras violações com graves consequências para a saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2018)

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Alcançar o direito ao mais alto padrão de saúde, previsto pela OMS, é fundamental e depende da correlação entre os direitos humanos: alimentação segura e de qualidade, moradia, trabalho, educação, enfim, de todos os direitos sociais previstos constitucionalmente no Brasil (BRASIL, 1990a).

A reforma psiquiátrica brasileira, por meio da criação e da inovação de investir na rede comunitária e territorial para a efetivação do direito à saúde, possibilitou abordagens que assegurassem e garantissem direitos, impulsionou formas de cuidado em liberdade, nas relações familiares, sociais e culturais (HIRDES, 2009).

Em meio a avanços e retrocessos, publicizar dados e resultados a partir da avaliação de serviços de saúde mental na perspectiva dos direitos pode fundamentar e contribuir para a qualidade do cuidado em liberdade. Tais dados devem ser essenciais para subsidiar políticas, serviços e práticas em saúde na atenção psicossocial e no exercício da cidadania.

Considerações finais

No paradigma psicossocial, o cuidado comunitário e territorial tem como premissa combater injustiças, abusos, violências, assédios e violações de direitos humanos. Não foi possível avaliar o tema quatro do *QualityRights*, uma vez que nenhum dos padrões e critérios foram contemplados pelo banco de dados utilizado. Entende-se que esse é um item de relevância e que a prevenção contra tortura ou tratamentos e penas cruéis, desumanas ou degradantes, contra a exploração, racismo, violência e abuso segue à sombra do paradigma psiquiátrico conservador e secular.

Os resultados classificados em “parcialmente alcançados” equivalem a 60% e corroboram a perspectiva de conquista e de avanços no acesso a direitos fundamentais, como requisitos sanitários e de higiene, alimentação, água potável, vestuário, livre comunicação, ambiente acolhedor e confortável e privacidade. Compreendem aspectos estruturais da reforma psiquiátrica no Brasil, o envolvimento na vida comunitária, qualidade de recursos humanos multidisciplinares, apoio para a tomada de decisão e para o exercício da capacidade legal, prevenção de privação de liberdade e tratamento sem consentimento. E, ainda, apresentam a estruturação do trabalho em redes, ampliação do acesso à moradia, participação política e associativa.

À luz da CDPD, os CAPS AD mostram-se capazes de produzir impactos positivos na qualidade de vida das pessoas. Os resultados demonstram a potência dos serviços

comunitários e territoriais na garantia de direitos. A reforma psiquiátrica brasileira impulsionou o cuidado em liberdade, na perspectiva da cidadania de direitos, para a população com problemas de saúde mental em decorrência do uso de álcool e de outras drogas.

Recomenda-se a realização de pesquisas sobre o processo de democratização do cuidado e do acesso ao direito à saúde, como um fator de qualidade no atendimento em saúde mental. Há a necessidade de investimento em novos estudos, incluindo a perspectiva dos diferentes segmentos, quais sejam, quem usa os serviços e suas famílias e quem trabalha nos serviços, para assim possibilitar a comparação das avaliações dos CAPS AD pelo conjunto de ferramentas “Direito é Qualidade”.

Referências

- ARANHA E SILVA, Ana Luisa. *A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária*. [Tese (Livre Docência)]. 2012. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-23112012-092937/publico/ANAARANHA.pdf>
- BOSKA, Gabriella de Andrade; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SEABRA, Paulo Rosário Carvalho. Acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na perspectiva da proteção dos direitos humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2417–2426, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/csc/a/TbGTGw47QXcSTNVMYR5THpg/?format=pdf&lang=p>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17692021>.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília-DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BRASIL. *Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.
- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOFC. Set. 1990a; 18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
- BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm.
- BRASIL. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm.
- BRASIL. *Portaria n. 2.197, de 14 de outubro de 2004*. 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. Brasília-DF, 2004. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/bvsmms-saude-gov-br-bvs-saudelegis-gm-2004-prt2197_14_10_2004.html.pdf
- COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS - CIDH. *Situação dos Direitos Humanos no Brasil: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021*. (OAS. Documentos oficiais; OEA/Ser.L/V/II. 2021). Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília-DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

COSTA, Annette *et al.* Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 7, p. 46-53, jun. 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/118-Desafios_da_Aten%C3%A7%C3%A3o_Psicossocial_na_Rede_de_Cuidados_do_Sistema_%C3%A9nico_de_Sa%C3%BAde_do_Brasil.pdf.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?format=pdf&lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DREW, Natalie *et al.* Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*, v. 378, p. 1664-1675, Oct. 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X).

FAVACHO, Veronica Batista Cambrais. *Evidências de validação da versão brasileira do Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS) para uso na atenção primária à saúde no Brasil*. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22022021-091247/publico/Veronica_BC_Favacho.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021. <https://doi.org/10.11606/T.83.2019.tde-22022021-091247>.

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do Estado de Minas Gerais*. 2016. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10052017-143617/publico/Tese_doutorado_Rejane_07_09_15-versao_12_3d.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021. <https://doi.org/10.11606/T.7.2017.tde-10052017-143617>.

GUERRERO, André Vinícius Pires *et al.* Ações de protagonismo e garantia de direitos nos CAPS no Distrito Federal. In: PEREIRA, Eliane Regina (Org.). *Saúde mental* [recurso eletrônico]: um campo em construção. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. p. 38-49. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-file/2598>. Acesso em: 08 mar. 2020. <https://doi.org/10.22533/at.ed.969190309>.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxkK9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

MAIA, A. F.; GRADELLA JÚNIOR, O. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicômias: história e memória. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, p. e00312144, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/P7DHzcwrN7K4FMDxLWJL9k/#>. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00312>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Direito é Qualidade*. Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282_por.pdf?sequence=53.

KINOSHITA, Roberto Tykanori; DIAS, Jefferson Aparecido; NICÁCIO, Fernanda. Convenção dos Direitos das pessoas com deficiências e a lei n. 10.216. In: BARROS, S.; BATISTA, L.E.; SANTOS, J.C. (comps). *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016* [online]. Uberlândia: Navegando Publicações, 2019. p. 69-87. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786581417079.0005>

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de *et al.* Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 12, n. 4, p. 370-374, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1667/2242>. <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1667>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 dez. 2020.

PATEL, Vikram *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, out. 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).

PINHO, Paula Hayasi. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas do Município de São Paulo*. 2014. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17112014-144843/publico/Tese_Final_Corrigida_completo.pdf. <https://doi.org/10.11606/T.7.2014.tde-17112014-144843>.

PITTA, Ana Maria Fernandes; COUTINHO, Domingos Macedo; ROCHA, Clarissa Carvalho Moura. Direitos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. *Saúde debate*, v. 39, n. 106, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zqy4dxc8v5Qm8T5SvTk9PrP/#>. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>.

ROSA, Elisa Zaneratto *et al.* Gestão autônoma da medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis Psique*, v. 10, n. 2, p. 76-98, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/103447/57533>. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103447>.

RYBKA, Larissa Nadine; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Os mortos e feridos na “Guerra às Drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 35, n. 1, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HhsZqTPYTgtJjCVdLWYK9Bx/abstract/?lang=pt>, <https://doi.org/10.1590/1982-027520180001000010>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 48, p. 11-32, jun. 1997. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10806/1/Por%20uma%20concep%20a7%20a3o%20multicultural%20de%20direitos%20humanos.pdf>. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451997000100007>

SILVA, Débora; MOLL, Marciana Fernandes; VENTURA, Carla Aparecida Arena. O tratamento da dependência química e os direitos humanos. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, v. 7, n. 2, p. 113-122, 2018. Disponível em: https://www.fvm.edu.br/_erp/arquivos/forensic_artigos/361831e287a292d15fa5eed992013fbd-arquivo.pdf.

SOARES, Miriam Senghi. *Navegando pela saúde mental do Centro-Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa*. [Dissertação]. 2016. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/22754/1/2016_MiriamSenghiSoares.pdf

TOSI, Giuseppe (Org.) *Direitos humanos: história, teoria e prática*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

UNITED NATIONS - UN. Human Rights Council. *Resolution on Mental Health and Human Rights*. 32/18. Mental Health and Human Rights, 29 June 2016. Disponível em: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g16/156/38/pdf/g1615638.pdf?token=IjJRjcXPI7wVRBsGMD&fe=true>.

WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf?sequence=3

Notas

1 Artigo elaborado a partir de ARAUJO, Renato de Angelo. *Os direitos humanos e os Centros de Atenção Psicossocial: uma pesquisa avaliativa*. Dissertação [Mestrado]. 2021. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12012022-150512/publico/RenatodeAngeloAraujo.pdf>.