

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCOS YUITI KAMETANI

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL DO PARANÁ

CURITIBA

2016

MARCOS YUITI KAMETANI

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL DO PARANÁ

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde

Orientador: Prof.^a Dra. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm

CURITIBA

2016

Dedico este trabalho a Deus, meus pais, familiares e a todas as pessoas que me auxiliaram e me deram forças para que pudesse realizar mais esta etapa importante de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me acompanhou em todos os momentos de minha vida, iluminando meu caminho e dando-me forças para seguir sempre em frente.

Aos meus familiares, pela paciência nos momentos difíceis, pelo apoio e auxílio no decorrer desta jornada, e por me amar mesmo nos momentos de ausência.

A minha orientadora, Professora Dra. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm, por sua dedicação, paciência e persistência, em todo desenrolar deste trabalho.

Aos tutores do curso pelos auxílios nos momentos de dificuldades e no desenvolvimento das atividades.

Aos meus colegas de curso por suas ricas contribuições e pelos produtivos debates sobre a melhoria da gestão em saúde no Brasil.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade, o meu muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo propor ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná, de maneira a garantir que as pessoas com transtornos mentais possam viver com dignidade. Em levantamento realizado no Banco de Dados do Estado do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES para o ano referência 2014, constatou-se que municípios paranaenses com população acima de vinte mil habitantes não possuem um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. E há municípios paranaenses com população abaixo de vinte mil habitantes que possuem um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Diante de tal situação fica o questionamento do por que alguns dos municípios paranaenses com população acima de vinte mil habitantes não terem um CAPS. Um dos problemas elencados pelos municípios é a falta de infraestrutura para comportar um CAPS. Desta forma a proposta técnica visa apoiar a implantação de serviços que compõem a Rede Substitutiva, intitulada Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, de maneira a estimular a implantação de equipes comunitárias para trabalhar a promoção à saúde mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, às famílias e à comunidade, mostrando os procedimentos que os municípios devem seguir para a implantação do CAPS, os recursos que podem ser obtidos junto ao Ministério da Saúde, bem como a equipe técnica (recursos humanos) mínima para atuação no CAPS I.

Palavras-Chave: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná; saúde mental.

ABSTRACT

This project aims to propound actions for enhancement of the Psychosocial Caring Centers – CAPS in the Mental Health’s Caring Network of the Paraná State, in order to ensure that people with mental disorders can live with dignity. A study performed in the database of the Paraná’s Economic and Social Development Institute–IPARDES noticed that Paraná’s cities with more than twenty thousand inhabitants did not have any Psychosocial Caring Centers – CAPS. Moreover, there are Paraná’s cities with less than twenty thousand inhabitants that have a Psychosocial Caring Centers – CAPS. Facing this situation, starts a question of why some of the Paraná’s cities with more than twenty thousand inhabitants do not have a CAPS. One of the problems listed by these cities is the lack of infrastructure to accommodate a CAPS. Thus, the technical proposal’s objective is to support the implementation of these service that are part of a substitute network, named Psychosocial Caring Network for people with mental disorders or sufferings, with the implementation of Psychosocial Caring Centers – CAPS, to stimulate the implementation of community teams that works with the promotion of mental healthiness, the prevention and support to the patients, to the families and the community, showing the procedures that the cities must follow to implement a CAPS , the resources that can be obtained with the Ministry of the Health, and the minimum technical staff (human resources) to act in the CAPS I.

Keywords: Psychosocial Caring Centers – CAPS; Mental Health’s Caring Network of the Paraná State; Mental Health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARANÁ DE 2008 A 2014.....	22
TABELA 02 – MUNICÍPIOS PARANAENSES COM POPULAÇÃO ACIMA DE VINTE MIL HABITANTES QUE NÃO POSSUEM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS.....	22
TABELA 03 – MUNICÍPIOS PARANAENSES COM POPULAÇÃO ABAIXO DE VINTE MIL HABITANTES QUE POSSUEM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS.....	22

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - METAS.....	26
QUADRO 02 - INDICADORES QUANTITATIVOS PARA ACOMPANHAMENTO	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 APRESENTAÇÃO	09
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	09
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO.....	09
1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	09
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	11
2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	13
2.2.1 Caracterização da Rede de Serviços e Programas de Saúde Mental.....	15
2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARANÁ	16
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	18
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	18
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	20
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	24
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	24
4.1.1 Plano de implantação.....	24
4.1.2 Recursos	25
4.1.3 Resultados esperados.....	26
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	28
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste em propor ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná. O trabalho abordará a reforma psiquiátrica brasileira, bem como a Rede de Atenção Psicossocial, caracterizando a Rede de Serviços e Programas de Saúde Mental. E por fim será apresentado um referencial sobre o Centro de Atenção Psicossocial no estado do Paraná.

A relevância deste trabalho para o Estado do Paraná está na contribuição para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental, de maneira a garantir que as pessoas com transtornos mentais possam viver com dignidade.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

- Propor ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

- Mapear os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Paraná.
- Identificar os gargalos da Saúde Mental no estado do Paraná.
- Analisar as ações implantadas e implementadas pelo Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015 com relação à Saúde Mental.

1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

Verifica-se que o número de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no estado do Paraná é insuficiente, onde em muitos municípios do interior do estado não possuem um CAPS, sendo que o principal problema enfrentado pelos

municípios é a falta de infraestrutura para comportar um CAPS. Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015), 3% (três por cento) da população brasileira, aproximadamente 6,1 milhões de pessoas sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e 12% (doze por cento), aproximadamente 24,5 milhões de pessoas necessitam de algum atendimento, contínuo ou eventual, em saúde mental.

De acordo com a Federação Mundial de Saúde Mental (2015), milhares de pessoas com problemas de saúde mental sofrem privações de direitos humanos, tais como discriminação, marginalização e estigmatização.

Portanto o objeto deste trabalho é propor ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Esta proposta justifica-se pela iniciativa na busca da garantia de que as pessoas com transtornos mentais possam viver com dignidade, com a oferta de melhores serviços públicos à saúde para a sociedade paranaense.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este trabalho tem por objetivo propor ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná, de maneira a garantir que as pessoas com transtornos mentais possam viver com dignidade. Desta forma o trabalho irá abordar sobre: a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Rede de Atenção Psicossocial caracterizando a Rede de Serviços e Programas de Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial no estado do Paraná.

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Conforme Barroso e Silva (2011), desde a década de 1970 com influência de países europeus, mobilizações sociais fomentavam o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil para a constituição da garantia dos direitos humanos e a cidadania das pessoas com transtornos mentais.

De acordo com Andreoli (2007), embora o Brasil tenha tido influências europeias, o processo da reforma psiquiátrica brasileira tem uma trajetória própria, sendo marcada por forte movimentação política.

Yasui (2006) diz que a reforma psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. Tal processo de reforma foi visto como necessária no Brasil devido às péssimas condições de trabalho nos manicômios que resultava na ineficácia do tratamento e constantes relatos de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, além do alto custo envolvido.

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), foi formada uma comissão que propôs que os atendimentos psiquiátricos passassem a ser integrais, multiprofissionais e realizados em postos de saúde, ambulatórios especializados e em serviços criados especialmente para o atendimento psiquiátrico, os chamados Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Entretanto somente com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em 1987 é que o movimento de uma reforma psiquiátrica brasileira ganhou maior abrangência, contando com a participação de familiares e de pessoas com transtornos mentais, o que resultou na implantação do

primeiro Centro de Apoio Psicossocial – CAPS do Brasil na cidade de São Paulo. Yasui (2006) apud Amarante (1998, p. 82), “o surgimento do CAPS [...] passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país”. Contudo somente em 1992, com a portaria 224, de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 1992) normatizou-se o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, especificando suas atribuições e diferenciando os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional.

Para Yasui (2006) os CAPS não devem ser vistos apenas como um serviço, mas como uma estratégia que produziu uma ruptura com o modelo assistencial hegemônico, possibilitando construir um serviço de cuidados às pessoas que apresentam sofrimento psíquico, prescindindo o hospital psiquiátrico.

Em 1991, a implantação dos serviços substitutivos intensificou-se com a aprovação da Portaria 189, de 19 de novembro de 1991 (Brasil, 1991) do Ministério da Saúde, onde o Sistema Único de Saúde – SUS podia financiar programas de assistência extramuros para os portadores de transtorno mental e seus familiares, como programas de orientação, lares abrigados e Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS).

Em 2000, a Portaria 106, de 17 de junho de 2000 (Brasil, 2000) cria um importante serviço substituto, as residências terapêuticas, as quais abrigariam os pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não podiam voltar para suas famílias. Apesar do desenvolvimento dos serviços substitutos, a tramitação do projeto de lei da reforma psiquiátrica brasileira proposta pelo então deputado Paulo Delgado em 1989 não havia sido concluída no Congresso Nacional, assim se intensificaram as manifestações sociais com o apoio dos profissionais de saúde.

Como a oficialização da reforma era continuamente postergada, o próprio Ministério da Saúde passou a criar portarias exigindo a existência de equipes multiprofissionais, acomodações adequadas, espaços para recreação e terapias complementares para o tratamento dos pacientes institucionalizados (BARROSO; SILVA, 2011, p. 73).

Após 12 anos de tramitação, em 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (Lei Paulo Delgado) – (Brasil, 2001).

De acordo com Andreoli (2007), por meio da Lei Paulo Delgado trocou-se o modelo hospitalocêntrico para o modelo de atendimento psiquiátrico comunitário,

onde os serviços de saúde mental são descentralizados, multiprofissionais e diversificados. Contudo mesmo com a promulgação da Lei, de fato não houve a concretização plena do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, pois conforme Goulart e Durães (2010), a reforma psiquiátrica ainda é um processo em construção. Yasui (2006) vai mais além e diz que a reforma psiquiátrica é um processo civilizador, que busca dispositivos diferentes de cuidado que produza valor social, “insistindo em sonhar com outro mundo possível.” Para o mesmo autor, a reforma psiquiátrica deve ser olhada como um movimento social, em que se congreguem diversos setores da sociedade, como: associações de usuários e familiares, conselhos profissionais, sindicatos, centrais sindicais, parlamentares, formando um amplo leque de alianças.

Em 2002 foi publicada a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), onde se abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo o CAPS como: “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, onde o CAPS passa a ser o articulador central das ações de saúde mental do município.

2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAP) procura garantir a atenção às pessoas em sofrimento mental com foco na efetivação do cuidado integral, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. De acordo com Rézio et al. (2015), com a constituição da Rede se possibilitou a superação de dificuldades que se tinha antes na articulação efetiva entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os serviços de saúde mental. Ainda de acordo com as autoras, as dificuldades enfrentadas decorriam de uma série de fatores, entre elas a escassez de pessoal qualificado devido à falta de formação específica em saúde mental e outra dificuldade elencada pelas autoras, estava à desarticulação dos serviços e a falta de apoio matricial (ferramenta importante de aproximação entre a Estratégia de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial).

Para Clemente, Lavrador e Romanholi (2013) as ações em saúde mental devem acontecer em rede de maneira a integrar todos os níveis de atenção à saúde, tendo a articulação com outras políticas sociais: cultura, educação, trabalho, assistência social, etc.

A Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial está à garantia na articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, além de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral. A Rede de Atenção Psicossocial é constituída:

- I – Atenção Básica em Saúde;
- II – Atenção Psicossocial Especializada;
- III – Atenção de Urgência e Emergência;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V – Atenção Hospitalar;
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII – Reabilitação Psicossocial.

Na Atenção Básica em Saúde devem-se realizar ofertas de cuidado a usuários articulando-se aos Centros de Atenção Psicossocial do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais.

Na Atenção Psicossocial Especializada devem-se realizar ações de matriciamento nos outros dispositivos da rede e destas ações devem ter como resultado articulações e parcerias, com o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais em conjunto. Além de desenvolver redes intersetoriais com objetivo de promoção de vida, socialização, e oferta de atividades de esporte, cultura, lazer, inserção no mercado de trabalho e outras.

Na Atenção de Urgência e Emergência deve-se realizar o acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Entretanto atualmente é preciso potencializar a interlocução entre os serviços da atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial e a rede de atenção às urgências.

Na Atenção Hospitalar o cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica. Uma observação importante é que caso o usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção,

deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial (que acompanhará o caso ainda durante o internamento).

As Estratégias de Desinstitucionalização são constituídas por iniciativas que visam garantir o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas com a perspectiva de garantir direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial em âmbito estadual é preciso que a Secretaria Estadual de Saúde dê o apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada.

2.2.1 Caracterização da Rede de Serviços e Programas de Saúde Mental

De acordo com Duarte et al. (2012), apesar da reforma psiquiátrica com os serviços substitutos, ainda ocorre uma valorização das atividades médico-centradas, o que ocasiona a permanência de antigos paradigmas e práticas. Ainda conforme os autores é preciso que a equipe multidisciplinar de saúde mental reestruture seu conhecimento para que assim se efetive práticas voltadas para os princípios da reforma psiquiátrica.

A Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001) preconiza que o tratamento seja realizado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, tendo como objetivo a reinserção social do indivíduo em seu meio através de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, internações em hospitais gerais, ambulatórios, atendimentos em rede básica, devendo ter uma articulação e complementariedade entre esses serviços.

Em 2003 com a Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (Brasil, 2003), criou-se o Programa De Volta para Casa, onde pessoas egressas de hospitais psiquiátricos recebem um auxílio-reabilitação, o qual é um direito dos pacientes de longa permanência. É um dispositivo que permite a emancipação de pessoas com transtornos mentais com histórico de longa internação. (BRASIL, 2007).

Desde o ano de 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados (BRASIL, 2007).

A Portaria nº. 2.840, de 29 de dezembro de 2014, criou o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. O Programa de Desinstitucionalização tem no seu eixo central os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta pra Casa.

A Desinstitucionalização é aqui entendida não apenas como desospitalização dos moradores, mas como norte ético que sustenta o trabalho e as ações em saúde mental, enfatizando a importância da vida em liberdade, com garantia de direitos e a produção de autonomia e cidadania, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial. Para isso, é preciso articular ações que organizem a vida das pessoas submetidas a longas internações e apoiem a reorganização do processo de trabalho dos profissionais vinculados a essas pessoas (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Para se obter avanços na construção e implementação de Políticas e Programas de Saúde Mental precisa-se superar o desafio da falta de intersetorialidade.

2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARANÁ

De acordo com Wadi e Casagrande (2011), no estado do Paraná persiste ainda o modelo de hospital psiquiátrico, “mais ou menos” modernizado e com um número de leitos reduzidos para os “portadores de transtornos mentais”, entretanto em processo de ampliação para os usuários de álcool e outras drogas. Conforme levantamento realizado pelas autoras, a maioria das instituições de assistência psiquiátricas paranaenses (58,8%) foram fundadas entre as décadas de 1970 e 1980. Destacam as autoras que ao contrário de outros estados como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Pernambuco, os quais fundaram ainda no século XIX hospitais públicos para cuidar e tratar as pessoas com transtorno mental, no

estado do Paraná, a assistência psiquiátrica teve início tardio. “Porém, o Paraná rapidamente se igualou a estes estados – pelo menos nos termos numéricos desta assistência – quando se iniciou, na década de 1970, a onda de contratações de serviços privados pelo governo federal.” (WADI; CASAGRANDE, 2011, p. 3).

Ainda de acordo com as autoras, o estado do Paraná possui um número ainda pequeno do que preconizado pelo Ministério da Saúde de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, residências terapêuticas e ambulatórios de saúde mental.

O estado do Paraná ainda não segue a recomendação do Ministério da Saúde de possuir um CAPS para cada 100 mil habitantes, hoje há um CAPS para cerca de 112 mil habitantes (WADI; CASAGRANDE, 2011, apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, 2010, p. 24).

Outro problema diz respeito à concentração destes serviços, quando eles estão disponíveis, nas grandes cidades do estado e sua ausência na maioria dos municípios paranaenses. Por outro lado, se grandes cidades do Estado, como Curitiba, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa e Cascavel possuem tais equipamentos, eles não estão plenamente de acordo com o coeficiente populacional preconizado. (WADI; CASAGRANDE, 2011, apud BRASIL, 2004).

O Conselho Regional de Psicologia do Paraná (2010) traz que a maioria dos municípios paranaenses, cerca de 80%, possuem menos de 20 mil habitantes e conseqüentemente tem dificuldades para ter acesso a equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial, devido seu nível populacional estar abaixo do parâmetro considerado pelo Ministério da Saúde para implantar um CAPS.

Na impossibilidade de terem acesso a serviços de base comunitária territorializados, os habitantes de tais municípios que necessitem de assistência em decorrência de sofrimento mental, seguem tendo como única alternativa sua remoção para outras cidades e, não raro, sua internação nos hospitais especializados em psiquiatria, sem sequer transitar por quaisquer dos serviços de base comunitária (WADI; CASAGRANDE, 2011, p. 13).

Tendo como realidade a disponibilidade reduzida e a má distribuição de equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial, tais distorções trazem conseqüências problemáticas para garantir o acesso aos serviços pela população paranaense, ou seja, tal fato impossibilita que a universalidade de atenção à saúde mental, princípio constitutivo do SUS, garantido pela Constituição Federal seja cumprida pelo estado do Paraná.

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde – SESA constitui órgão de primeiro nível hierárquico para o desempenho de funções de formulação e execução de políticas sociais e econômicas em todo o território estadual, que visem à prevenção, redução e eliminação de riscos de doenças, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada, conforme preceitos constitucionais de universalidade, integralidade e equidade (PARANÁ, 2014).

Os gestores da Secretaria de Estado da Saúde – SESA estabeleceram a Modernização Administrativa como uma de suas prioridades. A nova estrutura da SESA está voltada para o Mapa Estratégico que define a missão, a visão, os valores, os resultados para a sociedade; e as perspectivas de processo, de gestão da instituição.

A SESA tem como missão: Formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde, de forma a organizar o SUS no Paraná, exercendo sua função reguladora, garantindo atenção à saúde para a população com qualidade e equidade. A visão de futuro é ser até 2020 uma instituição inovadora, Modelo de Gestão em Saúde Pública no Brasil, articulada com outras áreas governamentais e sociedade civil, garantindo atenção à saúde e qualidade de vida a todo cidadão paranaense. (PARANÁ, 2014).

A partir da visão que foi definida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e considerando-se o cenário demográfico e epidemiológico do estado do Paraná, os resultados desejados para a sociedade, ou seja, os objetivos são:

1. Reduzir a Mortalidade Materno infantil;
2. Reduzir a Mortalidade por Causas Externas;
3. Reduzir a morbi mortalidade por doenças crônico-degenerativas com enfoque no Risco Cardiovascular Global;
4. Ampliar a longevidade, reduzindo incapacidades.

Para que os resultados para a sociedade sejam alcançados, a Secretaria de Estado da Saúde definiu três perspectivas: de processos, de gestão e financeira. Os

processos a serem desenvolvidos espelham as principais propostas de Governo, que têm como bases a vigilância em saúde e a regulação:

- Implantar o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde.
- Implantar o HOPSUS (Programa de Qualificação da Assistência Hospitalar no SUS Paraná).
- Implantar a Rede de Urgência e Emergência do Estado do Paraná.
- Implantar a Rede Mãe Paranaense.
- Implantar a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.
- Implantar a Rede da Pessoa com Deficiência.
- Desenvolver Programa de Enfrentamento às Violências no Estado do Paraná articulado com outras áreas do governo.

E com relevância para este trabalho, a Implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental.

No final de 2011, a Secretaria de Estado de Saúde direcionou sua organização na lógica das Redes de Atenção à Saúde, mudando a denominação da Superintendência de Políticas de Atenção Primária em Saúde para Superintendência de Atenção à Saúde. Na estrutura dessa Superintendência encontram-se as coordenações das políticas estaduais de Atenção Primária em Saúde, Atenção às Condições Crônicas e Atenção às Urgências e Emergências. A Atenção às Condições Crônicas envolve as Políticas de Saúde Mental, da Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem e do Idoso, Atenção ao Portador de Diabetes e Hipertensão, Comunidades Vulneráveis, Controle do Câncer, Controle de Tabagismo e do Risco Cardiovascular e do Enfrentamento da Violência (PARANÁ, 2014).

Para o ano de 2016, o estado do Paraná, estima aplicar R\$ 4,5 bilhões em recursos para a área de saúde. O orçamento previsto para 2016 vai garantir que o estado do Paraná cumpra com a obrigação de investir no mínimo 12% de suas receitas correntes líquidas em saúde. Do total de recursos, R\$ 3,2 bilhões são oriundos do tesouro estadual, o que assegura o financiamento de ações estratégicas da Secretaria Estadual da Saúde. R\$ 402 milhões serão aplicados em obras de hospitais, unidades de saúde e demais serviços, compra de equipamentos,

convênios, contratos e repasses fundo a fundo para municípios, consórcios de saúde e outras instituições (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO PARANÁ, 2015).

A iniciativa que concentra a maior parte dos recursos é a relacionada à gestão das redes de atenção à saúde, com orçamento estimado de R\$ 1,3 bilhão. É nesta iniciativa que são incluídas despesas como o pagamento de serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, que totaliza R\$ 1,1 bilhão. Também fazem parte desse grupo diversos projetos ligados à educação permanente, fortalecimento de controle social, ampliação do acesso a serviços de saúde, implantação de leitos de UTI e serviços de saúde mental, além da estruturação dos Centros de Especialidades do Paraná (AGÊNCIAS DE NOTÍCIAS DO PARANÁ, 2015).

O orçamento da área de saúde no Paraná é dividido em 22 grandes iniciativas que norteiam os investimentos, trata-se de conjuntos de ações prioritárias voltadas à manutenção e ampliação da rede pública de saúde no Paraná.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A Política Estadual de Saúde Mental do Paraná segue os princípios e diretrizes do SUS, bem como respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Ministério da Saúde estabelece como parâmetro 0,1 a 0,16 leitos/1.000 habitantes para município com Rede Substitutiva efetiva, e 0,16 a 0,24 leitos/1.000 habitantes para municípios com Hospital psiquiátrico e sem Rede Substitutiva efetiva. (BRASIL, 2006).

No Estado do Paraná, existem municípios que ainda não possuem Rede Substitutiva efetiva e apresentam uma taxa de cobertura de 0,23 leitos/1.000. Entende-se por Rede Substitutiva aquele que substitui a lógica de internamento de longa permanência, sendo composta por diversos dispositivos, como: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Saúde Mental na Atenção Primária, ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, etc. Essa rede deve ser capaz de efetivamente controlar a porta de entrada para as internações, reduzir o número de internamentos hospitalares e seu tempo médio de permanência. (PARANÁ, 2014).

Yasui (2006) relata que em 1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria 189, de 11 de dezembro de 1991(Brasil, 1991), a qual modificou a sistemática de remuneração das internações

hospitalares visando reduzir o tempo de internação e criou diversos procedimentos que buscava contemplar diferentes experiências assistenciais que estavam sendo realizadas, tais como: NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Em 1992 foi publicada a Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 1992) que estabelecia diretrizes e normas para a assistência em saúde mental. Ainda conforme Yasui (2006), essas portarias de fato incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais pelo Brasil, com o nome de NAPS ou de CAPS, entretanto ressalta o autor que muitos municípios brasileiros encontraram nos procedimentos de saúde mental, somente uma oportunidade de aumentar os recursos financeiros repassados à saúde, ou seja, esses municípios na maioria das vezes estavam apenas preocupados com suas finanças do que implantar um modelo de assistência em saúde mental.

A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) indica em seu art. 7º, §4º, inc. I, que os municípios com população acima de vinte mil habitantes tenham CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.

Em levantamento realizado no Banco de Dados do Estado do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES constatou-se que no estado do Paraná do ano de 2008 a 2014 houve um crescimento de 71,08% no número de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, entretanto existem municípios paranaenses com população acima de vinte mil habitantes que não possuem um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Por outro lado, há municípios paranaenses com população abaixo de vinte mil habitantes que possuem um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, conforme se pode observar nas tabelas a seguir. Diante de tal situação fica o questionamento do por que alguns dos municípios paranaenses com população acima de vinte mil habitantes não terem um CAPS.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARANÁ DE 2008 A 2014

ANO	NÚMERO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARANÁ
2008	83
2009	90
2010	94
2011	99
2012	107
2013	124
2014	142

FONTE: IPARDES (2008-2014)

TABELA 2 – MUNICÍPIOS PARANAENSES COM POPULAÇÃO ACIMA DE VINTE MIL HABITANTES QUE NÃO POSSUEM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO CENSITÁRIA – TOTAL (2010)
Marechal Cândido Rondon	46.819
Palmas	42.888
Quedas do Iguaçu	30.605
Matinhos	29.428
Ibaiti	28.751
Reserva	25.172
Cambará	23.886
Santa Helena	23.413
Pontal do Paraná	20.920
Santa Terezinha de Itaipu	20.814
Altônia	20.516
Cruzeiro do Oeste	20.416
Jandaia do Sul	20.269

FONTE: IPARDES (2014)

TABELA 3 – MUNICÍPIOS PARANAENSES COM POPULAÇÃO ABAIXO DE VINTE MIL HABITANTES QUE POSSUEM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO CENSITÁRIA – TOTAL (2010)	NÚMERO DE CAPS (2014)
Bom Sucesso	6.561	1
Cambira	7.236	1
Congonhinhas	8.279	1
Marilândia do Sul	8.863	1
Florestópolis	11.222	1
Santa Maria do Oeste	11.500	1
Marmeleiro	13.900	2
Mamborê	13.961	1
Bela Vista do Paraíso	15.079	1
Terra Boa	15.776	1
Realeza	16.338	1
Capanema	18.526	1

continua

TABELA 3 – MUNICÍPIOS PARANAENSES COM POPULAÇÃO ABAIXO DE VINTE MIL HABITANTES QUE POSSUEM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICÓSSOCIAL – CAPS

continuação

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO CENSITÁRIA – TÓTAL (2010)	NÚMERO DE CAPS (2014)
Antonina	18.891	1
Santo Antônio do Sudoeste	18.893	1
Chopinzinho	19.679	1
Quatro Barras	19.851	1

FONTE: IPARDES (2014)

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Atualmente o modelo de assistência na saúde mental no estado do Paraná é focado no evento agudo, no qual, passada a crise, restam poucas alternativas de serviços extra-hospitalares que são ofertadas aos familiares dos pacientes. Desta forma a proposta técnica visa apoiar a implantação de serviços que compõem a Rede Substitutiva, intitulada Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, de maneira a estimular a implantação de equipes comunitárias para trabalhar a promoção à saúde mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, às famílias e à comunidade.

4.1.1 Plano de implantação

Para implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nos municípios paranaenses com população acima de vinte mil habitantes:

I – Marechal Cândido Rondon;

II – Palmas;

III – Quedas do Iguaçu;

IV – Matinhos;

V – Ibaiti;

VI – Reserva;

VII – Cambará;

VIII – Santa Helena;

IX – Pontal do Paraná;

X – Santa Terezinha de Itaipu;

XI – Altônia;

XII – Cruzeiro do Oeste; e

XIII – Jandaia do Sul.

Os municípios deverão seguir os seguintes procedimentos:

Encaminhar ofício com a solicitação do incentivo ao Ministério da Saúde, com cópia para a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, com os seguintes documentos:

- I – projeto terapêutico do serviço;
- II – cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002;
- III – termo de compromisso do gestor local, assegurando o início do funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em até três meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata a Portaria supracitada; e
- IV – proposta técnica de aplicação dos recursos.

Para a solicitação de cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde devem-se seguir os seguintes procedimentos: (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2015).

- 1) Requerer à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde, a aprovação do pedido de cadastramento do serviço;
- 2) Encaminhar processo de solicitação de cadastramento ao Ministério da Saúde, instruído com a seguinte documentação:
 - a) Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor;
 - b) Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS;
 - c) Planta Baixa do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS;
 - d) Discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;
 - e) Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde;
 - f) Relatório de Vistoria da Vigilância Sanitária;
 - g) Número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

4.1.2 Recursos

Para a implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS nos municípios, o Ministério da Saúde repassa um incentivo antecipado para a implantação do serviço nos valores de:

- a) R\$ 20.000,00 para CAPS I;
- b) R\$ 30.000,00 para CAPS II e CAPSi; e
- c) R\$ 50.000,00 para CAPS III e CAPSad.

Com a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), o financiamento passa a ser realizado por Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), contando com verbas garantidas pelo Ministério da Saúde. Os recursos financeiros para os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS fazem parte do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) do Ministério da Saúde, que tem como objetivo garantir o financiamento de procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas.

Conforme Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), a equipe técnica (recursos humanos) mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de vinte pacientes por turno, tendo como limite máximo trinta pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a) um médico com formação em saúde mental;
- b) um enfermeiro;
- c) três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.1.3 Resultados esperados

Nesta parte do trabalho serão expostos os resultados esperados através de metas e indicadores quantitativos para acompanhamento do sucesso da implantação da proposta.

As metas serão apresentadas no quadro a seguir:

METAS
Implantação de treze Centros de Atenção Psicossocial no estado do Paraná até 2018.
Fortalecer os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná.
Suprir os gargalos da Saúde Mental no estado do Paraná.

QUADRO 01: METAS

FONTE: O AUTOR (2016)

E para melhor compreensão dos indicadores quantitativos para acompanhamento do sucesso da implantação sugerida será apresentado o quadro a seguir:

METAS	INDICADORES
Implantação de treze Centros de Atenção Psicossocial no estado do Paraná até 2018.	Número de Centros de Atenção Psicossocial no estado do Paraná implantadas até 2018.
Fortalecer os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná.	Índice de grau de satisfação da população paranaense quanto aos serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS
Suprir os gargalos da Saúde Mental no estado do Paraná.	Índice de gargalos da Saúde Mental no estado do Paraná supridos.

QUADRO 02: INDICADORES QUANTITATIVOS PARA ACOMPANHAMENTO
 FONTE: O AUTOR (2016)

Como uma das metas é a implantação de treze Centros de Atenção Psicossocial nos seguintes municípios do estado do Paraná: Marechal Cândido Rondon; Palmas; Quedas do Iguaçu; Matinhos; Ibaiti; Reserva; Cambará; Santa Helena; Pontal do Paraná; Santa Terezinha de Itaipu; Altônia; Cruzeiro do Oeste e Jandaia do Sul até 2018. O indicador para acompanhamento do sucesso dessa meta está no número de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS implantadas nos municípios elencados até 2018, sendo que o indicador é medido de 0% a 100%. Se nenhum CAPS for implantado (0%), com 1 CAPS implantado (8%), com 2 CAPS implantados (15%), com 3 CAPS implantados (23%), com 4 CAPS implantados (31%), com 5 CAPS implantados (38%), com 6 CAPS implantados (46%), com 7 CAPS implantados (54%), com 8 CAPS implantados (62%), com 9 CAPS implantados (69%), com 10 CAPS implantados (77%), com 11 CAPS implantados (85%), com 12 CAPS implantados (92%) e com 13 CAPS implantados (100%) da meta atingida.

Outra meta é o de fortalecer os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná e como seu indicador ficou estabelecido à medição do índice de grau de satisfação da população paranaense quanto aos serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS trimestralmente, onde serão realizadas entrevistas por profissionais da Secretaria de Estado da Saúde com pacientes e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS respondendo um questionário nas quais as perguntas serão pontuadas e sistematizadas a fim de obter-se o índice de grau de satisfação, podendo haver premiação para o Centro de Atenção de Psicossocial que obtiver o melhor índice,

dessa maneira visa-se estimular o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná.

E por fim, uma última meta é o de suprir os gargalos da Saúde Mental no estado do Paraná e como indicador ficou estabelecido o índice de gargalos da Saúde Mental no estado do Paraná suprido.

Os indicadores serão gerenciados e coordenados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

É normal que qualquer projeto tenha riscos ou problemas. Dessa maneira, é preciso que se faça o planejamento adequado do projeto para prever riscos ou problemas que serão enfrentados durante a execução do projeto, estabelecendo-se quais serão as medidas preventivo-corretivas para que os riscos ou problemas não afetem de maneira significativa o correto andamento do projeto.

Implantar um Centro de Apoio Psicossocial – CAPS não significa uma adesão automática por parte dos trabalhadores e dos gestores às diretrizes e aos novos paradigmas propostos e muito menos é uma garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um equívoco cometido pelos municípios brasileiros é o fato do CAPS ser considerado como mais um serviço de saúde mental.

Tendo ciência de que a proposta poderá enfrentar riscos ou problemas, levantaram-se os seguintes riscos ou problemas que podem vir a acontecer e quais são as suas medidas preventivo-corretivas para o enfrentamento e solução dos problemas:

I – Falta de adesão por parte dos trabalhadores aos novos paradigmas propostos, ou seja, a resistência por parte dos trabalhadores em participar das mudanças necessárias. Como medida preventivo-corretiva está à oferta de cursos de capacitação, a fim de incentivar a participação das pessoas na execução do projeto e estabelecer políticas de comunicação em que todos tenham conhecimento do que está sendo feito.

II – Falta de adesão por parte dos gestores aos novos paradigmas propostos. Como medida preventivo-corretiva está à realização de reuniões e debates com prefeitos,

secretários de saúde e de assistência social para explicar a importância da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em seus municípios.

III – Falta de qualidade no serviço prestado. Como medida preventivo-corretiva está à implantação de metodologias da Gestão da Qualidade e incentivo financeiro para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS que apresentar o melhor índice de qualidade de serviço prestado a população, medida preventivo-corretiva alinhada com a meta de fortalecer os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná.

IV – Não substituição aos manicômios. Como medida preventivo-corretiva está o incentivo (até mesmo por meios financeiros) a substituição de manicômios para serviços alternativos.

V – Visão de que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS sejam considerados como mais um serviço de saúde mental. Como medida preventivo-corretiva está à realização de campanhas publicitárias internas e externas de maneira a mostrar que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são importantes equipamentos para a saúde mental.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho objetivou propor ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental do estado do Paraná. Para subsidiar o trabalho foi desenvolvido na parte de referencial teórico temas como: a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Rede de Atenção Psicossocial caracterizando a Rede de Serviços e Programas de Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial no estado do Paraná, de maneira a atingir os objetivos do trabalho.

Tendo-se o subsídio dos assuntos abordados na parte de referencial teórico, buscou-se diagnosticar a situação-problema, na qual se identificou que há treze municípios paranaenses com mais de vinte mil habitantes que não possuem Centros de Atenção Psicossocial, o que faz com que as populações desses municípios tenham como única alternativa se deslocarem para outras cidades. Tal fato impossibilita que a universalidade (princípio constitutivo do SUS) de atenção à saúde mental, garantido pela Constituição Federal seja cumprida pelo estado do Paraná.

Diante de tal realidade, na parte do desenvolvimento da proposta foram abordados os procedimentos que esses treze municípios paranaenses devem seguir para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, bem como as documentações necessárias. Em seguida foi abordado o tópico recursos, indicando recursos financeiros que os municípios podem requerer junto ao Ministério da Saúde para implantação dos CAPS e a equipe técnica (recursos humanos) mínima para atuação no CAPS I. Logo foram expostos os resultados esperados por meio das metas a serem atingidas e os indicadores quantitativos para acompanhamento e por fim os riscos ou problemas esperados, bem como as medidas preventivo-corretivas.

Conclui-se que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS é uma estratégia de mudança do modelo assistencial, entretanto é preciso ficar atento para instituições cadastradas no Sistema Único de Saúde – SUS como CAPS que não ofertam um serviço de qualidade, norteado pelos paradigmas da reforma psiquiátrica. O que vem ocorrendo é que os gestores municipais implantam os CAPS motivados pela possibilidade de um acréscimo de recursos. Por outro lado, encontramos profissionais engajados na implantação de um serviço complexo como é o CAPS, é o que precisamos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO PARANÁ. **Área de Saúde terá o maior orçamento da história em 2016**. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=86254>>. Acesso em: dezembro de 2015.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. São Paulo: **Revista da SPAGESP** – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, Jan.-Jun. 2011 Vol. 12, No. 1, pp.66-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991**. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. Brasília. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992**. Estabelecem diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106. 17 de junho de 2000**. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/documentos>>. Acesso em: dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília. 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília. 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro e custeio mensal. Brasília. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. O Programa de Desinstitucionalização. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/1-saude-mental/17692-formulario-p-solicitar-incentivo-financeiro-p-implantacao-de-equipe-de-desistintu>>. Acesso em: dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006 – Volume 5**. Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2015. Brasília 2016.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique**, vol. 3, n.1, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. A estrutura no modelo substitutivo ao hospitalocêntrico. Contato, Curitiba, ano 12, n. 71, p. 22-28, set./out.2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. Os leitos psiquiátricos no Paraná. *Revista Contato*, Curitiba, ano 13, n. 73, p.16-19, jan./fev.2011.

DUARTE, E. O. S.; NASI, C.; CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. Caracterização das Práticas de Assistência na Rede de Atenção em Saúde Mental: Revisão Integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 33, n.4, p.191-199, 2012.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL (IPARDES). **Banco de Dados do Estado – BDEweb. Estabelecimentos de Saúde – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – (2008-2014)**. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br>>. Acesso em: dezembro de 2015.

PARANÁ (Estado). Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. – Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013.

PARANÁ (Estado). GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Decreto n. 9921, de 23 de janeiro de 2014**. Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde. Paraná, 2014.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Definição de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: novembro de 2015.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Saúde Mental passo a passo**: como organizar a rede de saúde mental no seu município? Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/saudementalpassopasso.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2015b.

RÉZIO, L. A. *et al.* Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. *Interface* (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:793-804.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, 2006.

WADI, Y. M.; CASAGRANDE, A. B. Assistência **Psiquiátrica no Estado do Paraná**: Um Mapa Dos Hospitais Especializados. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (De) igualdades. Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – PAF I e II. Campus Ondina.