

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VIVIAN PORTZ DE PAULA

UNIVERSALIDADE, EQUIDADE, INTEGRALIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO NO
TRATAMENTO DE DEPENDENTE QUÍMICO

CURITIBA
2014

VIVIAN PORTZ DE PAULA

UNIVERSALIDADE, EQUIDADE, INTEGRALIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO NO
TRATAMENTO DE DEPENDENTE QUÍMICO

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.

Orientadora: Profa. Rosele Ciccone
Paschoalick

CURITIBA
2014

RESUMO

O Município de Piraquara tem uma população estimada em cerca de 101.000 habitantes e a grande maioria dela está concentrada na região do Bairro Guarituba, localizado a cerca de 12 Km do centro de Piraquara e faz limite com o Município de Pinhais, o qual possui uma população de 117.000 habitantes. As ocupações do Bairro Guarituba ocorreram de forma irregular, sem infraestrutura e serviços necessários, provocando degradação ambiental e alta densidade populacional. Uma vez que o uso de drogas de abuso está inserido culturalmente nas comunidades e com maior frequência nas comunidades mais vulneráveis socialmente, é necessária uma reorganização na assistência em saúde aos/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas. Para tanto, é proposto a implantação do centro de atenção psicossocial álcool e droga III a partir da adaptação do centro de atenção psicossocial álcool e droga II no Município de Piraquara. O centro de atenção psicossocial álcool e droga III funcionará 24 horas, inclusive finais de semana e feriados. Ele será responsável pelo atendimento aos/as usuários/as do serviço do Município de Piraquara, bem como aos do Município de Pinhais nos períodos da noite, final de semana e feriados. A fim de favorecer os moradores do Bairro Guarituba, que devido a distância tem dificuldade de acesso ao serviço, ocasionando baixa assiduidade ao tratamento, propõem-se uma extensão / sub-sede no bairro. Com a organização das redes de atenção à saúde, através de ações conjuntas, racionalização dos recursos e ordenamento da demanda possibilita-se a universalidade, a equidade, resolubilidade, o acesso aos serviços de saúde de qualidade com efetividade, a democratização da atenção, bem como o acesso ao serviço.

Palavras-chave: Reorganização; CAPS AD; Regionalização.

LISTA DE SIGLAS

APA	Área de Preservação Ambiental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CESME	Centro de Especialidades em Saúde Mental
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPM	Centro Psiquiátrico Metropolitano
DALY	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
DOU	Diário Oficial da União
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
PSF	Programa Saúde da Família
RAAS	Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTP	Unidade Territorial de Planejamento
ZOPP	Planejamento de Projetos Orientados por Objetivos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	5
1.4 - JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	5
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	8
2.1 PRINCIPIOS DO SUS.....	8
2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS.....	10
2.3 DROGA.....	13
2.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA.....	14
3. METODOLOGIA	16
4. A ORGANIZAÇÃO	17
4.1 DESCRIÇÃO GERAL:.....	17
4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	18
5. PROPOSTA	22
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	22
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	22
5.3 – RECURSOS.....	24
5.4 - RESULTADOS ESPERADOS.....	26
5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	26
6. CONCLUSÃO	28
7. REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	34

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

O Município de Piraquara no Estado do Paraná foi criado em 29 de janeiro de 1890. Possui população estimada para 2013, conforme dados do IPARDES, 2013, de 101.053 habitantes. Destaca-se como “Capital das Águas”, devido a grande área de proteção de mananciais e é responsável por aproximadamente 70% da água distribuída à população da região metropolitana de Curitiba, (PARANÁ, Governo do Estado, 2006). Conta com uma rede de atenção psicossocial composta de 01 CAPS II e 01 CAPS AD II, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

O CAPS AD é uma unidade de saúde especializada no atendimento a pessoas com sofrimento mental grave devido ao uso de substâncias psicoativas. Responsável pelo acompanhamento dos casos de maior risco de exclusão social e que possam comprometer a autonomia do indivíduo, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

O presente projeto teve como foco o centro de atenção psicossocial álcool e droga / CAPS AD II e sua concepção pautou-se na preocupação em verificar se os princípios do Sistema Único de Saúde / SUS estavam sendo considerados no momento do atendimento do/a usuário/a de crack, álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD II do município de Piraquara, uma vez que todas as pessoas, sem distinção, tem o direito a saúde de forma integral, isto é, em toda a sua necessidade. Como todos são iguais perante a lei, cabe ao Estado investir mais onde os índices de prestação de serviços são piores, levando a desigualdade. Para que isso ocorra é necessário um acompanhamento mais próximo, obtido pela descentralização do poder, e com isso o gestor pode direcionar as ações e serviços para suprir o que realmente é necessário, (BRASIL, Constituição, 1988).

Há pouco tempo as famílias entregavam seus membros doentes para ficarem segregados nas instituições e assim reproduziam uma posição social importante que era definir que o “mal” estava fora delas e com essa garantia se mantinham “boas”, (SONENREICK, 2000). A reforma psiquiátrica garante os direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais e a internação só deve acontecer quando os demais recursos se mostram insuficientes, (BRASIL, Lei nº 10.216,

2001). Com isso aconteceu mudanças no modelo de atendimento, que passou a considerar a reintegração social do indivíduo, (COSTA-ROSA, 2000, citado em REIS; GARCIA, 2008), bem como a gradual desospitalização dos doentes mentais, (GONÇALVES, 2003), tornando os centros de atenção psicossocial – CAPS, referência para esses atendimentos, (AMARANTE, 2001 citado em REIS; GARCIA, 2008).

É com o objetivo de aplicar os princípios do SUS e a interação social do/a usuário/a de crack, álcool e outras drogas, que foi elaborado esse projeto de reorganização da gestão da assistência em saúde.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Reorganizar a gestão da assistência em saúde a usuários/as de crack, álcool e outras drogas.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

O Município de Piraquara – PR, tem atualmente uma população estimada para 2013 de 101.053 habitantes, (IPARDES, 2013). Limita-se com os Municípios de Quatro Barras, Morretes, Pinhais e São José dos Pinhais, (IPARDES, 2013). Dispõem de uma rede de atenção psicossocial composta de 01 CAPS II E 01 CAPS AD II, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012), ambos localizados na região central do município.

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento para usuários/as de crack, álcool e outras drogas deve ser preferencialmente em regime ambulatorial e de abordagem comunitária, (BRASIL, Lei nº 10.216, 2001). Por isso, o Ministério da Saúde vem implantando políticas para quebrar o estigma e preconceito social minimizando as consequências do uso com a redução de danos e, se possível, a abstinência total, (BRASIL, Portaria 816/GM, de 30/04/2002).

No caso de Piraquara, cerca de 60% da população total, está localizada na região do Bairro Guarituba, que se situa distante do centro da cidade, a aproximadamente 12 Km e faz limite com o Município de Pinhais. O deslocamento se faz por ônibus, cujo valor da passagem é de R\$ 2,80 e em geral demora cerca de 25 minutos para fazer o percurso, demandando de apenas 01 linha de ônibus faz o

itinerário do Bairro Guarituba até o centro de Piraquara, dependendo da região do bairro que possui uma extensão aproximada de 47,35 km² em constante crescimento. Isso demonstra a dificuldade de acesso ao serviço, o que leva a baixíssima aderência ao tratamento.

Para tanto é necessário regionalizar a gestão da assistência em saúde a usuários/as de crack, álcool e outras drogas implantando um CAPS AD III em Piraquara, com uma subsede no bairro Guarituba, que funcionará em horário comercial. Também servirá como referência para os/as usuários/as do CAPS AD II do Município de Pinhais nos horários da noite, final de semana e feriados, com isso abrangerá uma população acima de 200.000 habitantes. Sua implantação está garantida na Portaria do Ministério da Saúde nº 816/GM, de 30/04/2002, publicada no DOU nº 84, pág. 29/30, em 30/05/2002.

O consumo de álcool e outras drogas têm imenso peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, pois de acordo com padrão de medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY), a sociedade está morrendo prematuramente e vivendo anos com incapacidades devido ao uso abusivo de substância psicoativo, (IPARDES, 2013). Para TOCANTINS, Secretaria de Estado da Saúde, 2011, p. 17,

“O volume e padrões predominantes de consumo são importantes variáveis relacionadas aos danos provocados pelo crack, álcool e outras drogas, configura elementos fundamentais para avaliação epidemiológica de nível local, podendo direcionar programas de prevenção e de tratamento de usuários que visem a redução de problemas decorrentes do uso de substância psicoativa”, (TOCANTINS, Secretaria de Estado da Saúde, 2011. p.17).

O uso de drogas de abuso está inserido culturalmente nas comunidades e está presente, com maior frequência, nas comunidades mais vulneráveis socialmente. E estão se dissipando cada vez mais, tornando-se além de um problema social de consequências físico-psíquicas, familiares e jurídicas, pois também contribui com o aumento dos índices de criminalidade, (DIAS, 2012). Como os homicídios que tem tido uma grande incidência, principalmente ao mais vulnerável como crianças, adolescentes, jovens, idosos, mulheres, negros e outros, pois nos casos das crianças e adolescentes o Brasil está em 4º lugar dos 99 países do mundo, (Waiselfisz, 2012). Em Piraquara morrem 3,1 por cem mil jovens, de acordo com Índice de Homicídios na Adolescência/IHA (PARANÁ, 2012).

Os efeitos negativos das drogas atingem todas as pessoas, porém fatores socioeconômicos são desfavoráveis e associam-se à violência, como condições inadequadas de moradia, menor escolaridade, desemprego e outras condições associadas à pobreza, (REIS; UCHIMURA; OLIVEIRA, 2013). Como as dificuldades relacionadas ao consumo variam, é necessária a construção de serviços de tratamento que atendam as necessidades em cada situação, isto é, o contexto socioeconômico e cultural de uma comunidade reveste os/as pacientes particularidades que precisam ser consideradas pelo serviço de saúde.

O modelo de atenção em saúde mental que propomos aponta para a necessidade de uma rede de saúde mental regionalizada, baseados em princípios sólidos e com alto grau de resolutividade. Sendo assim, os trabalhos desenvolvidos no CAPS AD devem considerar o meio em que o/a usuário/a está inserido, e proporcionar-lhe condições de buscar tratamento.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 PRINCÍPIOS DO SUS

A “doença mental” era vista como possessão demoníaca, tratada com internação e em diversas terapêuticas, indo desde o acorrentamento, a aplicação de banhos quentes e frios, passando pela lobotomia, choques insulínicos e elétricos, até a administração de psicofármacos, (SCHNEIDER; FARIA, 2009).

Em meados dos anos 70, passou a ter uma nova visão sobre a saúde coletiva considerando os fenômenos sociais e históricos, originando a reforma psiquiátrica, que buscou ampliar o conceito de saúde aos aspectos gerais da vida, (REIS; GARCIA, 2008).

A reforma psiquiátrica é um processo político e envolve diversos atores e instituições, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005), tem como principal ferramenta o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, aumento da rede dos centros de atenção psicossocial - CAPS e das residências terapêuticas, pois dessa forma não perde o contato com a rede de apoio de origem, a família, (SCHNEIDER; FARIA, 2009).

Em 1992, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com tema central a “Atenção Integral e Cidadania” foram defendidos os princípios do SUS, (BRASIL, Ministério da Saúde, 1994), de:

- Universalidade, definido pelo artigo 196 da Constituição, onde considera a saúde “direito de todos e dever do Estado”, isso é, toda a pessoa tem o direito a saúde e é função do Estado assegurar este direito, (BRASIL, Constituição, 1988);
- Integralidade, conforme artigo 198 cabe ao Estado o dever de promover “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, atendendo as pessoas em todas as suas necessidades. Para que isso ocorra, é importante a integração de ações preventivas, de tratamento e reabilitação articulado a outras políticas públicas, para assegurar a atuação intersetorial que influencie na saúde e qualidade de vida do indivíduo, (BRASIL, Constituição, 1988);

- Equidade, relacionado ao artigo 196 da Constituição que afirma que “saúde é direito de todos”, em Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, artigo 5º, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. Esse princípio busca diminuir as desigualdades, para que isso ocorra é necessário tratar desigualmente os desiguais, pois as pessoas não são idênticas e possuem necessidades distintas, levando a investir mais onde possui piores índices na prestação do serviço público, pois em Dos Princípios Fundamentais, artigo 3º, inciso III e IV, um dos objetivos da República é “reduzir as desigualdades sociais e regionais” e “promover o bem de todos”, (BRASIL, Constituição, 1988);

- Descentralização é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, como a Constituição Federal em Da Saúde, artigo 198, estabelece “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo [...]”. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde/SUS está presente nas três esferas: Governo Federal, Governo Estadual e Municipal, é garantido a cada um a autonomia nas decisões, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade, promovendo um contato mais próximo entre gestor e cidadãos com o objetivo de buscar serviços de maior qualidade e a garantir o controle e fiscalização por parte dos cidadão, (BRASIL, Constituição, 1988).

A lei da reforma psiquiátrica, Lei nº 10.216, aprovada em 2001, garante os direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais e prevê “que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, Lei nº 10.216, 2001). Com isso os cuidados em saúde mental passam a pertencer ao SUS, e para assegurar a saúde é necessário viabilizar o acesso das pessoas aos serviços adequados as sua necessidades, (REIS; GARCIA, 2008).

Com a reforma, surge o modelo que considera diversos fatores na prática em saúde mental (político, biológico, psicológicos e sociais) visando a reintegração social do individuo, (COSTA-ROSA, 2000, citado em REIS; GARCIA, 2008), pois ele é um agente que pode provocar mudanças (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004). A saúde mental está nas políticas de reabilitação psicossocial, nos centro de atenção psicossocial – CAPS, (AMARANTE, 2001 citado em REIS; GARCIA, 2008).

2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS

O programa de saúde mental é baseado nos princípios e diretrizes do SUS e é necessário a constante reavaliação e readequação do planejamento da assistência ao/a usuário/a de crack, álcool e outras drogas, buscando sempre respeitar os princípios de descentralização, integralidade, universalidade e equidade, bem como os direitos dos/as usuários/as deste serviço, (BRASIL, Lei 10.216, 2001).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

“São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los ao ambiente social e cultural concreto, designado com seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia de reforma psiquiátrica”, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

A rede de saúde mental deve ser integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, também deve considerar as especificidades loco regionais, dando ênfase aos serviços com base comunitária, que se adequam às necessidades dos usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços, (BRASIL, Decreto nº 7.508, 2011).

O CAPS oferece serviços de saúde em instituições abertas e regionalizadas, com equipe multidisciplinar, ofertando diagnóstico situacional para reintegrar o/a usuário/a na sociedade, (SCHNEIDER; FARIA 2009). Pois de acordo com BRASIL, Portaria nº 336/GM, de 19 de fev de 2002,

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, (BRASIL, Portaria nº 336/GM, 2002).

Entre os pacientes de saúde mental também estão aqueles que sofrem dos problemas com o consumo do álcool e outras drogas, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003). O Ministério da Saúde afirma a necessidade de dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada e articulada à rede em saúde

mental e ao restante da rede de saúde, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003). Com isso surge o centro de atenção psicossocial na modalidade de álcool e drogas – CAPS AD, que conforme BRASIL, Ministério da Saúde, (2005, p. 30) trata-se de um estabelecimento:

“Especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPS AD é composta por 13 profissionais de nível médio e superior”.(BRASIL, Ministério da Saúde, 2005)

O CAPS AD tem em 02 modalidades:

01) CAPS AD II, que deve funcionar nos 5 dias úteis da semana, no horário das 08 às 18hs em 02 turnos, podendo ter mais 01 turno até às 21hs. Pode atender até 25 pacientes por turno e no máximo 45 por dia com uma equipe mínima que integre, ao menos: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta educacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e seis de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, (BRASIL, Portaria nº 336/Gm, 2002).

02) CAPS AD III, com funcionamento 24 horas do dia, inclusive feriados e finais de semana, a fim de proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, em município polo regional, que reúna outros municípios com somatório populacional seja igual ou maior que 200mil habitantes, (BRASIL, Portaria nº 2.841, 2010).

As atividades prestadas pelo CAPS AD acontecem por diferentes meios, como cita BRASIL, Portaria nº 336/ GM, de 19 de fevereiro 2002.

4.5.1. – A assistência prestada ao paciente no CAPS AD para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b –

atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d – visitas e atendimentos domiciliares; e – atendimento à família; f – atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. – atendimento de desintoxicação, (BRASIL, Portaria n° 336/GM, 2002).

O CAPS AD se destina a promover atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando inibir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez e conseqüentemente minimiza as conseqüências de tal uso. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004) Nos casos de dependência, o foco é a inclusão no tratamento, respeitando as suas escolhas, o que caracteriza a corresponsabilidade e liberdade na defesa da vida com a redução de danos, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

Os atendimentos podem ser individual, grupal, domiciliar e familiar, com oficina terapêutica e atividades comunitárias, nas modalidades: intensiva, acompanhamento diário; semi-intensiva, acompanhamento frequente, sem precisar ser diário; e não intensivo, com baixa frequência. A modalidade é classificada de acordo com o quadro clínico do/a usuário/a, (REIS; GARCIA, 2008).

O CAPS AD não trabalha sozinho, deve ser articulado aos demais dispositivos de saúde, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003). No entanto, é do CAPS AD a responsabilidade pela organização da demanda e da porta de entrada da rede assistencial local, bem como de coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção ao/a usuário/a de drogas, articulado às esferas de controle social, a fim de assegurar o acesso da população ao serviço, promover formações permanentes às equipes de atenção básica sobre os programas de saúde mental, (BRASIL, Portaria n° 336/GM, 2002). Um dos princípios básicos da reforma psiquiátrica é a concepção porta aberta, que de acordo com GASTÃO e CAMPOS, (2005), é “uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial”.

2.3 DROGA

De acordo com o Artigo 1º da Lei 11.343/06 drogas são "substâncias ou os produtos capazes de causar dependências, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União"

Para a Organização Mundial de Saúde -OMS (1981), "droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento". Complementa afirmando que as drogas psicotrópicas agem no sistema nervoso central, levando a uma alteração do comportamento, humor e cognição, e causam dependência, (OMS, 1981).

O consumo de substâncias psicoativas e os problemas relacionados ao seu uso vêm aumentando de forma assustadora nas últimas duas décadas. A associação da cultura do consumo dessas drogas com a violência e o aumento da mortalidade também é evidente, (LARANJEIRA; ZALESKI, et al., 2012).

Uma das drogas em acentuado crescimento é o crack e está sendo observado em idades cada vez mais precoces, (GALDURÓZ; NOTO; FONSECA, et al., 2004), em todo o território nacional e em todas as classes sociais, pois é uma droga de fácil obtenção, cujo consumo em geral é precedido pelo consumo de álcool e/ou tabaco, (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Um grande desafio para gestores e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial é de como contemplar as necessidades reais e concretas dos/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas nos sistemas de cuidados, pois é indispensável oferecer-lhes chances de sobrevivência digna nos diversos cenários que a vida de todos os humanos se dá, como por exemplo, moradia, locais de tratamento e reabilitação, trabalho, escola, renda, lazer, etc. Desta forma, os (as) usuários de crack, poderão se transformar em sujeitos cidadãos e não objetos de políticas públicas, (PITTA, 2011).

Dentre as necessidades está a adesão ao tratamento, isto é, a decisão do/a usuário/a de crack, álcool e outras drogas em procurar um tratamento de saúde, bem como, em permanecer nele, pois cerca de 50% dos/as pacientes abandonam o tratamento no primeiro mês. Por isso é preciso alcançar desafios, como a confiança na relação paciente e profissional, que é um importante facilitador, pois nela se obtém a percepção das habilidades terapêuticas, e se forem positivas, melhora a

aderência ao tratamento. A terapêutica pode ser influenciada pelos fatores extrínsecos ao paciente e ao atendimento por isso a relação com o meio social podem favorecer ou prejudicar o acesso ao tratamento, bem como a adesão, demonstrando a necessidade de conhecer melhor o/a usuário/a do serviço, suas características e envolvimento social, para assim proporcionar um tratamento dirigido a ele, considerando suas especificidades e melhorar a adesão, (SCADUTO, 2009).

2.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA

O Município de Piraquara foi desmembrado do Município de São José dos Pinhais, e instalado em 29 de janeiro de 1890. Localiza-se na porção leste da região metropolitana de Curitiba, com uma área de 225,223 Km². Limita-se com os Municípios de Quatro Barras, Morretes, Pinhais e São José dos Pinhais, (IPARDES, 2013).

Cerca de 92% de sua área está em bacias formadoras da área de proteção dos mananciais, por isso é responsável por aproximadamente 70% do abastecimento público de água da região metropolitana de Curitiba, (PARANÁ, Governo do Estado, 2001).

Até a década de 80 não havia a ocupação urbana de áreas de manancial, mas a partir de então, iniciaram as ocupações irregulares, se agravando a partir de 1990 com sua proliferação sobre loteamentos aprovados e nas regiões em que seriam definidas a Unidade Territorial de Planejamento – UTP – do Guarituba, UTP do Itaqui e na Área de Proteção Ambiental – APA – de Piraquara, o que gerou uma degradação ambiental e risco para o abastecimento de água. Com isso o Município apresenta uma baixa densidade populacional na sede e grandes densidades na UTP do Guarituba, (LIMA; CAMPOS; TERBECK, 2008).

A unidade territorial de planejamento do Guarituba, foi criada pelo Decreto Estadual nº 809/99, configura-se em uma região de mananciais compostas por parte das bacias do Itaqui, Piraquara e Iraí, no entanto, é predominante a ocupação irregular, sem infraestrutura e serviços necessários, demonstrando a necessidade de um reordenamento territorial e implantação de infraestrutura nas áreas ocupadas irregularmente, (LIMA; CAMPOS; TERBECK, 2008).

No Guarituba estão 03 unidades básicas de saúde das 09 do município, que são: UBS Caiçara, UBS Wanda e UBS Elfride. Pois mais de 50% da população reside no bairro. Somando a equipes do programa saúde da família /PSF, a localidade possui 04 equipes com projeto para 2014 de ampliação para 06 equipes PSF.

Em Piraquara estão localizados a penitenciária central do Estado, a penitenciária feminina do Estado, a colônia penal agrícola e o educandário São Francisco que é um centro de socioeducação para adolescentes em conflito com a lei. A grande maioria dos presos tem envolvimento com o mundo das drogas, seja como traficante ou usuário, o que leva a um grande percentual de ocorrências policiais geradas em decorrência do uso de drogas, uma vez que estão envolvidas pessoas sob efeito da substância ou com o intuito de conseguir dinheiro para adquiri-las (PARANÁ, Narcodenúncia, 2013). Em Piraquara foram realizados 3.846 atendimentos pela polícia militar, civil, federal e rodoviária federal no período de 16 de junho de 2003 a 31 de outubro de 2013, sendo efetuadas 174 prisões, destas 113 foram homens, 33 mulheres, 20 meninos e 8 meninas, (PARANÁ, Narcodenúncia, 2013). Enquanto em Piraquara com perto de 101.000 habitantes foram efetuadas 3.846 atendimentos, em Curitiba com 1.751.907 habitantes, foram realizadas 89.300 atendimentos, (PARANÁ, Narcodenúncia, 2013). Ao realizar uma proporção de atendimentos entre os 02 municípios, Piraquara teve mais de 74% de denúncias em relação a Curitiba.

3. METODOLOGIA

A proposta técnica de implantação do CAPS AD III mediante a adaptação do CAPS AD II do Município de Piraquara surgiu a partir das dificuldades de acesso dos/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas ao serviço, seja pela questão de horários de funcionamento ou pela localização, pois, cerca de 60% da população do Município encontra-se a mais de 12 Km distante da sede do CAPS AD II.

Para obter um diagnóstico da situação presente e planejamento de intervenções de forma participativa foram realizadas reuniões com os coordenadores da rede de atenção a saúde mental do Município, sendo falado do fluxo de pacientes, elaborado o mapa de usuários/as do serviço por região do Município e as dificuldades encontradas e relatadas pela instituição e pelo/a usuário/a, a fim de desenvolver um conhecimento sobre a situação.

Foi utilizado o método ZOPP (planejamento de projetos orientados por objetivos) com: a) análise de envolvimento, levantamento dos atores sociais envolvidas; b) análise de problema, isto é, a reflexão sobre a situação atual e o que se pretende modificar; c) análise de soluções, construção de ações que solucionarão os problemas encontrados; d) análise de alternativas, onde foram priorizados as soluções encontradas e feito a eleição a ser desenvolvida no projeto,(CAMPOS; ABEGÃO; DELAMARO , 2012).

Dessa forma foi elaborado um panorama sobre os atores envolvidos, a identificação do problema alvo que necessite de intervenção e definido a alternativa para enfrentar o problema.

4. A ORGANIZAÇÃO

4.1 DESCRIÇÃO GERAL:

O Projeto Técnico foi desenvolvido com base nos dados do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga II / CAPS AD II do Município de Piraquara/PR que foi criado em 2007, com a Portaria RET PT 307 de 25 de maio de 2007 (DATASUS, 2013) como parte do Programa de Saúde Mental do Município. Até 2005 os/as usuários/as dispunham de apenas dois psiquiatras e um psicólogo, tornando as hospitalizações recorrentes. A fim de inibir essas internações, criaram-se novos serviços para permitir que o/a cidadão/a em tratamento permaneça próximo a sua família e comunidade de referência, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2009).

O CAPS AD II de Piraquara/PR é o Centro de Atenção Psicossocial para transtornos relacionados ao abuso e a dependência do álcool e outras drogas, sendo uma unidade de saúde especializada, que atende pessoas em condições de sofrimento mental grave por meio de uma equipe multiprofissional que desenvolve atividades com o objetivo de restabelecer uma condição de saúde integral mediante técnicas terapêuticas. Realiza também busca ativa, visita domiciliar, bem como tratamento psicoterápico, abordagem a família, abordagem social, oficinas e grupos terapêuticos, a fim de minimizar o sofrimento psíquico intenso de seus usuários, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

Para atender aos/as usuários/as, o CAPS AD II de Piraquara segue as orientações da Portaria Nº 336 de 2002, e conta com uma equipe transdisciplinar, formada por: 02 psicólogos, 02 estagiários de psicologia, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional (que está na coordenação), 01 enfermeiro, 01 médico clínico geral, 01 médico psiquiatra, 01 técnico de enfermagem, 03 técnicos administrativo, 02 profissionais de nível superior (oficineiros - artes cênicas e artes visuais), 01 motoristas e 02 agentes operacionais.

O CAPS AD II de Piraquara funciona em três modalidades de tratamento, o intensivo onde o usuário deve frequentar nos 05 dias da semana, a semi-intensiva em que o usuário frequenta 03 dias na semana e a modalidade de tratamento não intensiva onde o usuário deve frequentar apenas 01 dia na semana. Dos 243

atendimentos/mês do CAPS AD II de Piraquara, 51 é na modalidade intensiva, 75 na modalidade semi-intensiva e 117 na não intensiva. Os atendimentos acontecem nos turnos da manhã ou da tarde, sendo ofertado lanche entre as atividades, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

O acesso ao CAPS AD II do município é feito em regime de porta aberta (usuários possuem acesso direto ao serviço, por demanda espontânea), juntamente com os encaminhamentos intersetoriais (rede de atenção em saúde, outras secretarias, Ministério Público etc.), o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

Do governo federal são destinados ao CAPS AD II o montante mensal de R\$ 39.780,00 (BRASIL, Portaria nº 3089, 2011), proveniente do registro de ações ambulatoriais de saúde/RAAS financiados pelo SUS, e sua administração, no CAPS/AD de Piraquara, é feita pela Secretaria Municipal de Saúde/ SEMUS.

A sede do CAPS AD II é alugada, localizada no Jardim Bela Vista do Município de Piraquara e conta com: 01 recepção; 01 sala de equipe; 01 sala de coordenação; 02 consultórios; 01 enfermaria; 01 cozinha; 01 sala de televisão; 01 sala de convivência; 03 salas de grupo; 01 sala de oficina terapêutica; 06 banheiros; 01 sala de arquivo da Secretaria Municipal de Saúde; 01 sala de redução de danos; 01 depósito e almoxarifado.

O programa de Saúde mental da Secretaria de Saúde de Piraquara é baseado nos princípios e diretrizes do SUS, Reforma Psiquiátrica Brasileira, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Município de Piraquara conta com uma população estimada para 2013, conforme dados do IBGE, de 101.053 habitantes, e a maioria dela é residente do Bairro Guarituba, cerca de 60.000 habitantes. A rede de cuidados em Saúde Mental do Município é composta pelos seguintes equipamentos: 09 Unidades Básicas de Saúde responsáveis pela assistência em Saúde Mental a pessoas portadoras de transtornos mentais e transtornos decorrentes de dependência de álcool e outras drogas em condição leve; 01 Centro de Especialidades em Saúde Mental (CESME) composto por ambulatorios especializados para tratamento em Saúde Mental, cuja

equipe de profissionais é constituída por 02 médicos Psiquiatras, 03 Psicólogos e outras 08 especialidades entre elas: Endocrinologia, Neurologia, Cardiologia, Ortopedia, Dermatologia, Nutrição, Oftalmologia e Infectologia; 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD II e II), que visam a implantação de uma rede de atenção substitutiva aos internamentos. O CAPS AD II assiste os casos de transtornos decorrentes do abuso e dependência de álcool e outras Drogas; o CAPS II - auxilia transtornos mentais severos e persistentes. Casos de urgências e emergências – através dos CAPS, Piraquara encaminha para o CPM (Centro Psiquiátrico Metropolitano) os usuários que necessitam permanecer em Assistência Integral (Hospitais Psiquiátricos), (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

O CAPS AD II presta 243 atendimentos por mês, de segunda a sexta-feira, nos horários das 8 às 12hs e das 13 às 17hs. Os/as usuários/as frequentam de 1 a 5 vezes na semana, dependendo da modalidade de atendimento.

A maior parte da demanda chega ao CAPS AD II por procura espontânea, tendo hoje 162 usuários/as inseridos/as, destes 99% são do sexo masculino e apenas 1% feminino.

Os encontros são organizados com grupos mistos, o que dificulta a adesão das mulheres, pois inibe que elas falem de seus problemas. Demonstrando uma deficiência no atendimento a elas.

Como Piraquara tem uma grande extensão territorial, a população não está centralizada. Ao fazer um mapeamento de usuários/as do CAPS AD II por região do Município temos 46 usuários/as inseridos na região do Bairro Guarituba; 12 no Primavera; 12 no Vila Macedo; 10 na Planta Deodoro; 04 na Capoeira dos Dinos; 10 no São Cristóvão; e 57 na região central.

Uma vez que o local onde o CAPS AD II está inserido pertence a região central, justifica o grande número de usuários/as desta região. No entanto, ao considerar o Bairro do Guarituba, que é uma região de invasão, com uma população grande, distantes do centro do Município e com alto índice de tráfico e criminalidade, se percebe a pouca procura e adesão ao tratamento no CAPS AD II. É possível justificar pela distância e por não se “importarem” com a condição de usuário/a de crack, álcool e outras drogas, pois estão em um meio onde é “normal”, visto que a questão do consumo de substâncias e a violência são banalizadas, e as pessoas aceitam como uma questão normal, parte da rotina, (Reis; Uchimura; Oliveira, 2013).

Raramente um/a usuário/a do CAPS AD receber alta por evolução dos atendimentos, no entanto, existe bastante alta a pedido, geralmente devido a retorno ao trabalho e não conseguir conciliar os horários, e também abandono do tratamento, que é próximo de 40% dos casos, nestes episódios é realizada busca ativa.

Quanto às comorbidades, os/as usuários/as são avaliados pelo médico clínico e psiquiatra do CAPS AD, e atendidos na própria instituição os casos de doenças associadas a dependência química. Quando a doença não tem relação com o uso de psicoativos, é feito o encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde/UBS.

O trabalho com a família não é aberto a comunidade, sendo atendido apenas as famílias dos usuários. Elas são convocadas 1 vez por mês a participarem de um grupo, mas a adesão é muito baixa, inferior a 10% dos/as usuários/as do serviço, em alguns casos por não poder faltar ao trabalho e em outros por desistir em ajudar o ente familiar doente.

As formações às comunidades e aos profissionais dos demais serviços de saúde acontecem através do matriciamento, com reuniões.

Uma vez que o CAPS AD II de Piraquara não consegue atingir a população feminina, os/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas das regiões menos favorecidas, o atendimento familiar se restringe aos que tem usuários/as inseridos no CAPS AD, bem como a rigidez de horário fica evidente que os princípios do SUS não estão sendo exercidos plenamente.

Nesta perspectiva, é preciso ampliar as possibilidades de uma assistência mais digna e global, a partir da desconstrução de conceitos, atuando em direção das transformações que se fazem necessárias na relação entre princípios do SUS, profissionais de saúde mental, usuários/as e seus familiares.

Ao reorganizar a gestão da assistência em saúde a usuários/as de crack, álcool e outras drogas, os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e descentralização estarão sendo respeitados, pois assegurará o direito à saúde de forma integral, visando diminuir as desigualdades, como na diferenciação pelo sexo, local de residência, e previne outros danos que são consequentes ao uso abusivo de drogas. Com a redistribuição de poder e responsabilidade a rede fica mais forte, possibilitando que se envolvam mais setores que irão influenciar na

qualidade de vida do/a individuo/a e se bem executado, trará benefícios a toda a comunidade.

5. PROPOSTA

A sugestão é a implantação do CAPS AD III no Município de Piraquara mediante adaptação do CAPS AD II, fundação da subsede no Bairro Guarituba, que funcionará em horário comercial. A sede do CAPS AD III funcionará como referencia para o Município de Pinhais no período da noite, finais de semana e feriados.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A fim de prever estratégias para reduzir a lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental é proposto a transformação do CAPS AD II em CAPS AD III, sendo referência para tratamento aos/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas de Piraquara 24 horas e de Pinhais à noite, finais de semana e feriados. Bem como a instalação de uma subsede no Bairro Guarituba.

A proposta de reorganização da assistência em saúde de usuários/as de crack, álcool e outras drogas divide o espaço territorial piraquarense em duas macrorregiões, central e Guarituba.

Como critério para delimitar a região foi considerado:

- Densidade populacional;
- Infraestrutura de transporte compartilhada;
- Fluxo Assistencial - Deslocamento da população aos serviços de saúde;

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Para que haja respaldo técnico e legal, o CAPS AD III de Piraquara deverá ser implantado levando em conta a população mínima de 200.000 habitantes, coisa que Piraquara não tem. Assim, propõe-se que se faça um pacto com o Município de Pinhais. Para tanto será formada a comissão permanente de regulação e acompanhamento do CAPS AD III regional, que será composta pelos coordenadores de saúde mental dos municípios e representantes do Colegiado Gestor Regional, a fim de definir o fluxo de atenção para os/as usuários/as do CAPS AD III, estruturar

as redes municipais de álcool e outras drogas, promover a sustentabilidade do CAPS AD III e desenvolver parcerias que envolvam o matriciamento por parte da equipe de serviço para os Municípios de referência e outras ações que garantam a continuidade, a efetividade e a qualidade na assistência desse serviço.

O projeto deve ser encaminhado para a Comissão Intergestora Bipartite / CIB para prévia aprovação da implantação do CAPS AD III.

O CAPS AD III será um serviço aberto a toda a comunidade, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território com atenção contínua durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Também ficará como referência para atendimento dos munícipes de Pinhais nos períodos da noite, finais de semana e feriados.

É responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território, por isso será estruturado uma subsede no Bairro Guarituba, com atendimento em horário comercial, a fim de facilitar o acesso do/a usuário/a ao serviço, e evitando que esse paciente fique sem assistência.

Terá capacidade técnica com profissionais qualificados e comprometidos para desempenhar a regulação e articulação das ações de atenção integral aos/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas em seu território, fazendo a coordenação, o acompanhamento, supervisão e internação em hospital geral e unidade especializada, para tanto, será ofertado formação, treinamento e trabalho motivacional para toda a equipe para desenvolver suas atividades de forma resolutiva. Também realizará ações de apoio matricial na atenção básica, bem como manter atualizado o cadastro dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a saúde mental.

Funcionará articulado ao serviço de atendimento móvel de urgência / SAMU, rede de urgência/emergência regional e com a rede de proteção social do território de atuação, para acompanhamento compartilhado dos casos.

Quanto às atividades desenvolvidas inclui:

- atendimento individual;
- atendimento em grupo;
- oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou nível médio;
- visitas e atendimentos domiciliares;

- atendimento familiar;
- atividade de integração na comunidade, família, trabalho, escola, cultura, sociedade;
- acolhimento noturno, feriados e finais de semana com 8 (oito) leitos, para intervenções a situações de crise (abstinência ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidade), bem como, repouso ou observação;
- pacientes assistidos em 1 turno (4 horas) receberão 01 refeição diária, em 02 turnos, 02 refeições e quem permanecer 24 horas receberá 4 refeições;
- o paciente poderá ficar no acolhimento noturno até no máximo 10 dias consecutivos ou 14 intercalados em um período de 30 dias;
- a estratégia de redução de danos fica sob responsabilidade das unidades básicas de saúde e do CAPS AD III.

Para promover o acompanhamento do projeto em sua execução, serão utilizados instrumentos de controle e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, bem como da Secretaria do Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

5.3 – RECURSOS

Os recursos a serem utilizados para a implantação do CAPS AD III de Piraquara serão repassados pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde através do Fundo Municipal de Saúde de Piraquara, conforme Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010 que define incentivo financeiro para implantação de CAPS AD III, mediante adaptação de CAPS AD II, de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) e custeio de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

Os incentivos repassados deverão ser aplicados na implantação do CAPS AD III, podendo ser utilizada para reforma predial, aquisição de equipamentos, aquisição de material de consumo, capacitação da equipe técnica e outros itens.

Deve ser feita a solicitação do incentivo financeiro para a implantação do CAPS AD III junto ao Ministério da Saúde com cópia para Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, mediante apresentação dos seguintes documentos:

1. ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro;
2. documentação da Secretaria de Saúde de Piraquara;

3. projeto técnico do CAPS AD III;
4. termo de compromisso do gestor de Piraquara, assegurando a contratação dos profissionais que farão parte da equipe mínima prevista composta por médico psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, assistente social, farmacêutico, técnico de enfermagem, técnico administrativo, redutor de danos, técnico educacional, artesão, gerente e serviços gerais, para atuação no CAPS AD III, que a grande maioria já faz parte do CAPS AD II e os demais se dará por meio de remanejamento de profissionais e de concurso público;
5. termo de compromisso do gestor local do início do funcionamento do CAPS AD III, no prazo de 3 meses, renovável 01 única vez por igual período;
6. termo de compromisso dos Municípios de Pinhais e Piraquara, pactuada pelo colegiado gestor regional / CGR, compromisso firmado pelos gestores dos 02 municípios, também contará com uma comissão permanente de regulação e acompanhamento do CAPS AD III;
7. resolução da comissão intergestora bipartite / CIB aprovando a implantação do CAPS AD III.

A fim de estabelecer recurso financeiro mensal no valor de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) que serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para custeio dos procedimentos a serem realizados pelo CAPS AD III, é necessário a habilitação junto ao gestor federal através do envio dos seguintes documentos:

1. resolução da CIB que ateste o funcionamento do CAPS AD III;
2. relatório de vistoria da vigilância sanitária de Piraquara;
3. relatório de vistoria da Secretarias de Saúde do Paraná;
4. apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do CAPS AD III;
5. apresentação do projeto técnico;
6. relação nominal dos profissionais integrantes da equipe técnica do CAPS AD III, anexados os currículos e cópias das identidades profissionais dos técnicos;
7. comprovação de matrícula em processo de capacitação para atendimento de crack, álcool e outras drogas de pelo menos 02 profissionais da equipe.

5.4 - RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados abaixo descritos relacionam-se com a proposta de atendimento em saúde mental, por intermédio da implantação do CAPS AD III no Município de Piraquara.

- Aperfeiçoar a universalidade;
- Consolidar a Integralidade da atenção à saúde;
- Garantir a resolutividade, a qualidade e a humanização dos níveis de atenção;
- Redistribuição geográfica/ regionalização;
- Ampliação dos atendimentos;
- Democratização da atenção;
- Aumento da cobertura da atenção;
- Aumento do acesso ao serviço.
- Melhoria na Atenção à Saúde Mental refletindo resultados positivos em todo o Município de Piraquara;
- Articulação e organização da rede de atenção através da otimização dos serviços que já existem, da regulação do atendimento, dentre outros dispositivos necessários ao funcionamento da rede.

5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Existem situações que só poderão ser definidas com certeza após a implantação do CAPS AD III, pois é no dia-a-dia que surgirão problemas e será possível melhor identificá-los. Entretanto algumas situações são esperadas, dentre elas estão:

- Recursos materiais. Estima-se um acréscimo em 25% no consumo de materiais em decorrência do aumento da demanda de usuários/as do serviço. Assim, deverá ser feita a aquisição de material costumeiro do CAPS AD II com um acréscimo de 25%, para suprir esse aumento com a mudança de CAPS AD II para CAPS AD III.

- Perfil profissional. Nesta área existe carência de profissionais qualificados e comprometidos, o que dificulta alcançar as metas e objetivos. Para mitigar essa dificuldade é necessário a formação e o treinamento da equipe, bem como, realizar um trabalho motivacional com base no estímulo individual pela valorização de sua função e pela importância do trabalho, a fim de que se envolvam e busquem desenvolver suas atividades de forma resolutiva;

- Articulação da rede de serviços. O atendimento em saúde mental após a reforma psiquiátrica passou a depender, em grande medida do trabalho em rede e isso se constitui potencialmente problema, uma vez que o trabalho em rede de saúde municipal se dará pela relação entre os profissionais da Saúde Mental e a da Atenção Básica, como também pelos demais órgãos (hospital, conselho tutelar, CRAS, CREAS, poder judiciários, associações, agencia do trabalhador, CESME, escola, família, e outros), sendo pautado junto ao/a portador/a de sofrimento. É definido de acordo com o grau de complexidade do caso, e não somente pelos encaminhamentos dos usuários para os serviços de saúde mental. Para tanto, deve ser realizado um pacto de consolidação e articulação das ações em seis meses de trabalho através do acompanhamento dos encaminhamentos, que deverão ser avaliados de acordo com os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolutividade, garantindo o acesso ao recurso mais adequado e sem burocracia;

- Porta de acesso dos usuários. Há o risco de usuários/as do CAPS AD II do Município de Pinhais procurarem diretamente o CAPS AD III e conseqüentemente gerar uma sobrecarga na demanda. Para isso deverá ser feito o acompanhamento e avaliação no período de seis meses e após diagnóstico fazer uma pactuação com o Município de Pinhais, para que ele forneça profissionais para desenvolver o trabalho com qualidade e resolutibilidade.

6. CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de reorganização da assistência a saúde ao usuário de crack, álcool e outras drogas no Município de Piraquara.

O Município conta atualmente, com 01 CAPS AD II, que se localiza na região central, sendo que a grande densidade populacional está concentrada no Bairro Guarituba, cerca de 60% da população do município. O bairro se constituiu através de ocupação irregular e sem infraestrutura, demonstrando a necessidade de implantação de serviços na região.

A população do Guarituba tem dificuldade de acesso ao CAPS AD II na região central, pois contam apenas com 01 linha de ônibus que faz esse percurso, junto com as questões socioeconômicas, geram baixa busca por tratamentos.

Ao realizar o diagnóstico do CAPS AD II, foram observadas várias dificuldades de acesso dos/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas, entre as quais é possível citar a incompatibilidade de horários, pois o atendimento é apenas das 8 às 17 hs, e quem trabalha não consegue usar o serviço; a falta de grupos de mulheres, pois ao fazer grupos mistos, elas tendem a abandonar o tratamento, justificando a baixa adesão delas; a falta de uma sede no local onde a densidade populacional é muito maior e que a busca por tratamento é baixa, por acreditarem que é “normal” viver naquela situação. Estas condições justificam o projeto de implantação do CAPS AD III mediante adaptação do CAPS AD II do Município de Piraquara, estruturando uma subsede no bairro Guarituba em horário comercial para atender a população do local.

No entanto para inserir um CAPS AD III, é necessário uma população mínima de 200.000 habitantes, como Piraquara conta com cerca de 101.000 habitantes, optou-se em fazer uma pactuação com o Município de Pinhais, que possui uma população próxima a 117.000 habitantes, faz limite territorial com Piraquara e contém 01 CAPS AD II. Assim os munícipes de Pinhais tem atendimento 24hs, portanto, o CAPS AD III de Piraquara, se torna referência para os/as usuários/as de crack álcool e outras drogas de Pinhais nos períodos da noite, finais de semana e feriados.

Uma vez que o CAPS AD busca consolidar as políticas de atenção ao/a usuário/a de crack, álcool e outras drogas baseado nas prerrogativas da reforma psiquiátrica, é de suma importância a contínua avaliação de sua efetividade e resolubilidade. Para tanto é necessário o conhecimento da realidade social e de atendimento, já que as drogas lícitas são as que verdadeiramente causam maior impacto na saúde pública e estão presentes nos principais agravos relacionados ao uso de drogas.

Os/as usuários/as do CAPS AD está inserido numa rede de serviços de saúde, implicando em uma intervenção de maneira integral na saúde do/a paciente, ao contrário da lógica de serviços isolados, como a simples redução da demanda por drogas. Por tanto, o gestor de saúde pública deve ter uma visão ampla, vendo os/as usuários/as do serviço como pessoas com diversidades de necessidades, cada um com sua especificidade, em busca de um tratamento completo, demonstrando a necessidade de concretizar uma política de atenção integral.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P; TORRE, EHG. **A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.** Saúde em Debate 2001; 25(58):26-34.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde; 1994. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013

BRASIL, Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Assembleia Legislativa, 1988. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013.

BRASIL, DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da União de 29 de jun. de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 16/11/2013.

BRASIL, Lei nº 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.** Diário Oficial da União 06 abr. 2001. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Brasília, DF. Diário Oficial da União. Seção 1. 24/08/2006. p. 2. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/11/2013

BRASIL, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS.** Diário Oficial da União 19 fev. 2002. <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013.

BRASIL, Portaria nº 816/GM de 30 de abr de 2002. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.** Diário Oficial da União 30 de abr de 2002. Disponível em : <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0816.pdf> Acesso em: 15/08/2013.

BRASIL, Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e**

outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Diário oficial da União, 20 de set. de 2010. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/11/2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental do SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013

BRASIL, Portaria nº 3089 de 23 de dezembro de 2011. **Recurso financeiro do CAPS.** Diário Oficial da União 2011. www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica.** Nov: MS, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/09/2013.

CAMPOS, A. E. M.; ABEGÃO, L. H.; DELAMARO, M. C. O Planejamento de Projetos Sociais: dicas, técnicas e metodologias. **Caderno da oficina social.** Jan/2002. Disponível em <<http://www.coepbrasil.org.br/portal/Publico/apresentarArquivo.aspx?TP=1&ID=50ee4228-eda7-4f38-9f68-2691e5ab93b3&NOME=2%20Planejamento%20de%20Projetos%20Sociais%20dicas,%20t%c3%a9cnicas%20e%20metodologias.pdf>> Acessado em 17 de dez de 2013.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: Amarante P, organizador. *Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-168.

DIAS, M.. **Políticas Públicas para o Combate às Drogas no Brasil.** Barbacena, 2012.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E.A.; **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004.** São Paulo. Disponível em <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>>. Acesso 05/11/2013

GASTÃO, F. N. E CAMPOS, G. W. S. **Instituições “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitário territorial.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 200516(1), 40-46.

GONÇALVES, A. M.; LUIS, M. A. V.; SENA, R. R. **Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família.** “Revista Mineira de Enfermagem”, v. 7, n. 1, p. 14-20, jan./jul., 2003.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411950>> Acesso em 18/11/2013.

IPARDES, Instituto Paranaense de desenvolvimento Econômico e Social. Nov. 2013. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=83300>> Acesso em : 13/11/2013.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M. Políticas Públicas. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.) **O Tratamento do Usuário de Crack**, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012 p.633-651. cap. 47.

LIMA, C.A.; CAMPOS, M.L.A.; TERBECK, M.I. **OCUPAÇÃO URBANA EM ÁREA DE MANANCIAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA – MUNICÍPIOS DE PINHAIS E PIRAQUARA: DENSIDADE E INDICE DE OCUPAÇÃO COMO EVIDÊNCIAS DE UM PADRÃO EM CONSOLIDAÇÃO**. UFPR, 2008 Disponível em: <http://www.cau.ufpr.br/lahurb/arquivos/artigos/Texto_Mananciais_2008.pdf> Acesso em:18/11/2013.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; Caracterização da Cultura de Crack na Cidade de São Paulo: Padrão de Uso Controlado. **Rev. Saúde Pública**. 2008; 42 (4): 664-71.

OMS, **Organização Mundial de Saúde**, 1981. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/404.html>> Acesso em: 18/10/2013.

PARANÁ, Governo do Estado. **Plano de desenvolvimento integrado da região metropolitana de Curitiba 2001**. Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba, Curitiba, 2001. Disponível em:< http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/PDI_2001.pdf> Acesso em: 16/11/2013.

PARANÁ, Governo do Estado. **Plano de desenvolvimento integrado da região metropolitana de Curitiba 2006**. Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba, Curitiba, 2006. Disponível em:< http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/PDI_2006.pdf> Acesso em: 16/11/2013.

PARANÁ, Narcodenúncia. **Mapeamento dos resultados contra o narcotráfico realizado pelas polícias Militar, Civil, Federal e Rodoviária Federal**. Disponível em: <http://www3.pr.gov.br/narcodenuncia/php/rel_result_estmunic.php> Acesso em 26/11/2013.

PARANÁ, Jornal. **Número de Homicídios na Adolescência Assusta Municípios**. 2012. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/editoria/cidades/news/389323/?noticia=NUMERO+DE+HOMICIDIOS+NA+ADOLESCENCIA+ASSUSTA+MUNICIPIOS>> Acesso em: 02/10/13.

PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. SMS, 2009.

PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações de Saúde Mental aos Profissionais de Saúde do Município de Piraquara**. SMS, 2012.

PITTA, A. M. F.; Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**: 16 (12): p. 4579-4589, 2011.

REIS, R.; GARCIA, M. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600032&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 14 out. 2013.

REIS, L.M.; UCHIMURA, T.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paul Enfermagem**, 2013; 26(3):276-82. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/pdf/v26/n3/v26n3a12.pdf>> Acesso em: 12/11/2013.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. **O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 605-614. ISSN 1413-8123.

SCHNEIDER, D.; FARIA, J. O perfil dos usuários do CAPSAD- Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; Florianópolis, 21 (3): 324-333, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>> acessos em 14 out. 2013.

SONENREICK, C.. **Introdução às Psicoterapias. In: “Dependência de Drogas”.** SEIBEL, S. D, TOSCANO, A. JR (Org.) São Paulo: Atheneu, 2000.

TOCANTINS, Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto técnico para implantação do CAPS AD III em Araguaína-TO.** SES, jun de 2011. Disponível em: <<http://www.saude.to.gov.br/cib/images/7-1-Proj%20CAPS%20AD%20III%20Araguaina%20Estado%20revisado%202.doc>> Acesso em: 16 de Nov. de 2013.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012. Crianças e adolescentes do Brasil.** Rio de Janeiro: Flacso, 2012.

ANEXOS



Curitiba, 01 de outubro de 2013.

DECLARAÇÃO

A

Fernanda Naiara Gans

CAPS-AD Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Droga do Município de Piraquara/PR

Declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que a aluna **VIVIAN PORTZ DE PAULA**, inscrita no CPF/MF nº **030.248.679-88**, está devidamente matriculada no **CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE** na modalidade a distância desta instituição de Ensino Superior (UFPR), polo Colombo. O curso teve início no dia 1º setembro de 2012 e previsão de término em 28 de fevereiro de 2014.

A aluna deverá elaborar um projeto técnico, utilizando dados reais de uma empresa pública ou que preste serviços públicos, como requisito parcial para conclusão do curso. Informamos ainda, que todas as informações a que a aluna-funcionária tiver acesso e empregar em seus relatórios serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e serão mantidas em sigilo.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.


Dra Lillian Daisy G Wolff
SIAD 100501
Coordenadora de Curso
Especialização em Gestão em Saúde (UAB)