

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MICHELE BAPTISTA NILO

REFLEXÕES SOBRE EVASÕES DO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES  
USUÁRIOS DE MACONHA EM CAPS AD

CURITIBA

2016

MICHELE BAPTISTA NILO

REFLEXÕES SOBRE EVASÕES DO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES  
USUÁRIOS DE MACONHA EM CAPS AD

Trabalho apresentado como requisito à obtenção do título de Pós-graduação Latu sensu em Gestão Pública em Saúde, Modalidade à distância da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Lilian Daisy Gonçalves

CURITIBA

2016

## RESUMO

O presente projeto técnico foca a problemática das evasões do tratamento de adolescentes usuários de maconha em CAPS AD no município de Piraquara no estado do Paraná no ano de 2015, utiliza dados estatísticos do número de atendimentos prestados no CAPS AD e as desistências dos adolescentes, apresenta-se uma análise diagnóstica e propõem-se estratégias para evitar a problemática da evasão dos adolescentes no serviço de atendimento em saúde mental, levando sempre em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Os dados analisados neste estudo nos remetem a algumas reflexões significativas como a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção ao usuário.

Palavras-chave: Adolescente. Usuários de drogas. Centro de Atenção Psicossocial. Desistência do tratamento.

## **SUMMARY**

This technical project addresses the problem of evasions treatment of marijuana users adolescents in CAPS AD in Piraquara municipality in the state of Paraná in 2015 , uses statistical data on the number of care provided in CAPS AD and dropouts adolescents, presents if a diagnostic analysis and propose to strategies to avoid the problem of evasion of adolescents in mental health care service , taking into account the principles of the Unified health System - SUS . The data analyzed in this study lead us to some significant reflections as the need to strengthen the user Care Network .

Keywords: Adolescents. Drug users. Psychosocial Care Center, Withdrawal of treatment.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas  
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil  
CEBRIS - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social  
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializados da Assistência Social  
DST - Doença Sexualmente Transmissível  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONG - Organização Não Governamentais  
ONU - Organização das Nações Unidas  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PSF - Programa de Saúde da Família  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas  
SUAS - Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
THC - delta9-tetrahydrocannabinol  
UPAs - Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – LEVANTAMENTO DE DADOS DO CAPS AD NO ANO DE 2015.....	22
TABELA 2 – TIPOS DE ESTRATÉGIAS DO PLANO DE AÇÕES .....	28

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1 APRESENTAÇÃO .....	7
1.2 OBJETIVO GERAL .....	8
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICO .....	8
1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETO .....	8
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>10</b>
2.1 ADOLESCÊNCIA E AS VULNERABILIDADES .....	10
2.2 MACONHA .....	12
2.3 LEGISLAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE .....	13
2.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	15
<b>3. DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....</b>	<b>17</b>
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO: .....	17
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	21
<b>4. PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....</b>	<b>24</b>
4.1 PROPOSTA TÉCNICA .....	24
4.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO .....	24
4.3 RECURSOS .....	28
4.4 RESULTADOS ESPERADOS .....	29
4.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	29
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

A adolescência corresponde a uma fase de vida do indivíduo, neste período ocorrem transformações importantes em seu corpo, nas suas maneiras de pensar e de agir e no seu desempenho social. Um grande marco desta fase são as mudanças nas relações com os familiares, amigos e companheiros, assim como no modo como eles se percebem como seres humanos. Considerando o contexto de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e para adolescência, é fundamental a participação dos adultos neste momento, que podem vir a garantir que os adolescentes tenham uma referência e tornem-se adultos saudáveis.

Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Piraquara o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) pode ser definido como uma unidade de saúde especializada no atendimento a pessoas com sofrimento mental grave devido ao uso de substâncias psicoativas, neste serviço será acompanhado os casos de maior risco de exclusão social e que possam comprometer a autonomia do indivíduo, (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

O foco deste projeto técnico é a problemática das evasões do tratamento de adolescentes usuários de maconha em CAPS AD no município de Piraquara no estado do Paraná , Algumas hipóteses foram levantadas para esta evasão, como a falta de entendimento da doença dependência química e a própria minimização da doença, negligência por parte dos pais, falta de parceria dos pais ou familiares no tratamento, despreparo da equipe de saúde para atender esta população.

A partir de dados estatísticos do número de atendimentos prestados no CAPS AD e as evasões dos adolescentes usuários de maconha no ano de 2015, apresenta-se uma análise diagnóstica e propõem-se estratégias para evitar a problemática da evasão dos adolescentes no serviço de atendimento em saúde mental, levando sempre em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e a melhoria da qualidade dos atendimentos prestados para a comunidade.



## 1.2 OBJETIVO GERAL

Propor estratégias para viabilizar a adesão dos adolescentes dependentes de maconha ao tratamento oferecido no CAPS AD.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um levantamento quantitativo do número exato de adolescentes dependentes químicos usuários de maconha que foram inseridos no serviço de saúde do CAPS AD no ano de 2015;
- Realizar um levantamento sobre o percentual de evasões de tratamento do tratamento no CAPS AD por adolescentes dependentes químicos usuários de maconha.

## 1.4 JUSTIFICATIVA DO OBJETO

A problemática da dependência química é considerada um assunto em destaque na saúde pública e para a sociedade em si, que arca com as consequências da população adoecida, uma vez que o uso de álcool e outras drogas podem contribuir para o aumento da violência, crimes e diversos problemas de saúde pública, como as doenças transmissíveis e agravos de doenças mentais.

Os adolescentes estão cada vez mais expostos à dependência química. A adolescência é um período da vida com particularidades por se tratar de um período de transição da infância para vida adulta. Quando o adolescente se depara com a dependência química há necessidade de tratamento especializado.

Os responsáveis pela problemática são os atores sociais envolvidos no tema: o próprio adolescente, seus familiares, o serviço público de saúde - CAPS AD, os profissionais do serviço de saúde, entre outros.

Vale destacar que conforme observação pessoal a demanda de informações, orientações e aconselhamentos relacionados a adolescentes e uso de drogas por parte de pais, familiares, professores, educadores tem crescido nos últimos tempos nos serviços de saúde. O tema ganha destaque em minha prática profissional e observo que existe a problemática apresentada no tratamento dos adolescentes usuários de maconha que já apresentam diagnósticos de dependência química, ou seja, percebo suas dificuldades na adesão ao tratamento.

Esta problemática também foi pesquisada por OLIVEIRA (2010), o autor analisou as relações existentes entre o estágio motivacional e a adesão ao tratamento de adolescentes usuários de drogas (quantos adolescentes, aonde e em que ano). Em seus dados nos mostra que 69,3% dos adolescentes não aderiram ao tratamento e que a maioria deles não reconhecia ter problemas em relação ao uso de drogas. Podemos perceber que a pesquisa citada confirma os dados observados na prática.

Para o autor Eugênio Vilaça Mendes (2011), estudioso da Saúde Pública Coletiva, os sistemas fragmentados nos serviços de saúde não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade. Sugere a substituição pelos sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa e conseqüentemente facilitando o acesso a saúde e vínculo com o adolescente.

Confrontando a estes dados, considero de extrema relevância realizar reflexões em relação à situação-problema, com a finalidade de buscar uma melhor compreensão, aprofundando os estudos e análise, estabelecendo novas estratégias de intervenções nos serviços de saúde mental.

A fim de efetivar a proposta do projeto técnico foi encaminhado para o CAPS AD e para a Secretária Municipal de Saúde, especificamente para a coordenação de Saúde Mental do município de Piraquara, um pedido de autorização para manuseio dos dados nos prontuários eletrônicos para a efetivação do estudo em questão.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 ADOLESCÊNCIA E AS VULNERABILIDADES

Apenas em meados do século XIX a adolescência passou a ser considerada uma fase específica. Atualmente compreendemos que a adolescência é uma fase da vida com características de desenvolvimento próprias, mais precisamente, entende-se adolescência como o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta.

Conforme citado no artigo de Eisenstein (2005) a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o período de 10 a 19 anos, ainda, como juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos, identificando adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). Também citado por Eisenstein (2005) a lei brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos. Em nosso estudo adotaremos a definição cronológica do ECA, por isso, considera-se adolescente os indivíduos de 12 a 18 anos de idade.

Conforme mencionado no Manual de atenção à Saúde do Adolescentes do Estado de São Paulo de 2006, para ROSSI “(...) atualmente no Brasil percorremos um período singular, pois o país conta diversas ações que envolvem a adolescência, pois entende que é fundamental reconhecer que os adolescentes são um grupo em si (...)”. Entende-se que já deixaram de ser criança e ainda não são adultos, são sujeitos, dotados de individualidade, têm suas trajetórias, suas histórias, são cidadãos, sujeitos com direitos específicos, que vivem uma fase de desenvolvimento extraordinária.

Nos dias atuais, os adolescentes estão presentes na sociedade com um jeito próprio de ser, de se expressar e conviver e, portanto, precisam ser vistos como o que são: adolescentes. São criativos, têm enorme vontade e capacidade de aprender e de contribuir. É necessário entender que, num país tão diverso como o Brasil, são muitas as formas de se viver a adolescência e que, portanto, esses adolescentes podem se tornarem vulneráveis aos riscos que estão expostos.

Para uma melhor compreensão vale a pena entender melhor as peculiaridades desta faixa etária, ressaltando a diferença entre os conceitos de puberdade e adolescência. De acordo com ROSSI (2006) a puberdade é um conjunto de modificações biológicas que transformam o corpo infantil em adulto, constituindo-se em um dos elementos da adolescência, as mudanças físicas são constituída de aceleração, desaceleração, maturação sexual, desenvolvimento dos órgãos reprodutores e aparecimento dos caracteres sexuais secundários; mudanças na composição corporal; desenvolvimento dos aparelhos respiratório, cardiovascular e outros, sendo um parâmetro universal e ocorre de maneira semelhante em todos os indivíduos.

Considerando o desenvolvimento para ROSSI (2006), sabemos que a adolescência é um período difícil, em que o indivíduo se prepara para o exercício pleno de sua autonomia. Basta lembrar as muitas expectativas que são depositadas nessa etapa como a transformação do corpo adulto, capacidade reprodutiva, identidade sexual, responsabilidade, independência, maturidade emocional e escolha profissional.

Algumas pontuações acerca da psicologia e adolescência citadas no texto de SILVEIRA (2016) destacam o período como um momento de reestruturação e reorganização psíquicas, havendo uma instabilidade emocional, considerando até mesmo uma crise, assim fica fácil compreender porque a adolescência é uma fase de tantos conflitos, e também justifica o quanto o sujeito se torna vulnerável.

A vulnerabilidade desta faixa etária é outra questão que faz com que ela necessite de um cuidado ainda mais amplo e sensível. Para LOURENÇO (2006) essa maior vulnerabilidade aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, pelas características psicológicas peculiares dessa fase da vida e pelo contexto social em que está inserido, coloca o adolescente na condição de maior suscetibilidade às mais diferentes situações de risco, como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), acidentes, diversos tipos de violência, maus tratos, uso de drogas, evasão escolar, etc.

Frente as reflexões iniciais que tecemos sobre a adolescência, introduzimos o uso de substâncias psicoativas ilícitas, no caso a maconha, neste período da vida dos adolescentes e as graves consequências do uso, um assunto atual que podemos classificar como uma problemática de saúde pública. Para TOSCANO (2016) a

adolescência pode ser considerada como um momento da vida de maior vulnerabilidade e que pode favorecer a experimentação e a manutenção do uso da maconha, que são otimizadas por famílias desestruturadas, baixo rendimento escolar, uso de outras substâncias psicoativas como o álcool, tabaco e outras drogas.

## 2.2 MACONHA

A enciclopédia livre (Wikipédia) denomina o nome científico da maconha como *Cannabis Sativa*, que é uma planta e uma droga ilícita, sendo considerada a mais usada em todo mundo, justificando o aumento das pesquisas em relação ao tema nos últimos anos. Vale destacar que as flores e folhas secretam uma resina que contém mais de 400 compostos químicos, e aproximadamente 60 deles são princípios ativos, chamados de Canabinoides, entre eles o tetrahydrocannabinol (THC), que possui propriedades psicoativas

Em textos do SENAD (BRASIL, 2014) existem referências sobre o uso de maconha ao longo da história do homem, em alguns momentos foi utilizada para os mais diversos fins medicinais, o efeito euforizante foi descoberto na Índia por volta de 2000 a 1400 a.C.. No Brasil, já foi utilizada pelos escravos, passou a ser cultivada para fins têxtil e, posteriormente, para o efeito euforizante com suas propriedades psicoativas e possibilidade de abuso, chegando a ser proibido e iniciando o tráfico. Atualmente, estima-se que 10% dos que experimentaram maconha tornam-se usuários diários e 20% a 30% a consomem semanalmente. Alguns estudos mostram que os indivíduos têm iniciado o uso bem mais cedo e a concentração de tetrahydrocannabinol (THC), principal substância psicoativa presente na maconha está 30% maior do que há 20 anos.

SILVEIRA (2014) cita que é importante saber que o THC é metabolizado no fígado, tem seu efeito prolongada devido um de seus metabólitos, também é muito lipossolúvel, pois é armazenado no tecido adiposo, prolongando ainda mais o seu efeito. A forma mais comum de uso da maconha é fumada. O efeito é atingido rapidamente em 10 minutos, mas o pico do efeito ocorre após cerca de 30 minutos, sendo que a droga se concentra no cérebro. Seu efeito começa a decair após os 45 a

60 minutos, mas como sua liberação dos tecidos adiposos é lenta podem-se encontrar traços na urina até semanas ou meses após o último uso.

De acordo com o texto de SILVEIRA (2014) os efeitos mais agudos e importantes da maconha vão depender da dosagem consumida. Citaremos alguns deles: um leve estado de euforia, relaxamento, redução da ansiedade, alterações nas percepções sensoriais como auditivas, gustativas e sexuais, prologa a percepção do tempo, risos imotivados, usuários podem ficar mais falantes, sujeitos a delírios, olhos avermelhados, boca seca e taquicardia. Os maiores prejuízos relacionados ao uso da maconha são os transtornos mentais que acabam sendo relacionados com o consumo, abuso e dependência desta droga.

Quando estudamos a maconha, descobrimos que seu uso persistente pode ocasionar uma síndrome amotivacional, que nada mais é que apatia, pensamento lento e falta de iniciativa. Para SILVEIRA (2014) nos adolescentes estão associados a presença de déficits cognitivos permanentes, quando consumidos com frequência regular. Também destacamos que diversos estudos demonstram que o início do uso é um importante fator de risco, bem como quanto mais cedo, frequente e prolongado o uso maior a vulnerabilidade para posteriores problemas. Cerca de 10% dos usuários crônicos apresentam fissuras e centralidade na droga.

### 2.3 LEGISLAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Felizmente vivemos um momento de muitas mudanças na lei no Brasil quando nos referimos a infância e adolescência, no campo legal. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) marcou a incorporação da Proteção Integral, assumindo o princípio da prioridade absoluta e a lista de direitos, como parâmetro para as leis que surgiram depois.

Logo após surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) instituído pela Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990), que foi o resultado de grandes discussões entre os atores sociais como pais, professores, representantes jurídicos, de igrejas, entidades comprometidas com a infância e adolescência e os próprios interessados

que foram as crianças e adolescentes. A grande conquista com o estatuto foram a concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos.

De grande relevância foi a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993) que estabelece que as crianças e adolescentes são um público prioritário da garantia dos mínimos sociais, o que foi reforçado com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – Resolução CNAS n° 145/2004 (BRASIL, 2004) que trata da Proteção Social Básica, a qual tem como referência os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Por sua vez, a Lei n° 12.435/2012, da Proteção Social Especial quando ocorre a violação de direitos, tem como referência os Centro de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS).

A Portaria n° 3088, de 26 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) regulamenta de maneira explicativa a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída pelo Decreto Presidencial n° 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). Ela descreve 6 (seis) componentes dessa rede, que são um conjunto de serviços para atender as diferentes necessidades de atenção dos seus usuários.

Os serviços de saúde que compõem a rede de atenção psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) são a Atenção Primária de Saúde com os Programas de Saúde da Família (PSF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros Especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os programas de consultórios de rua, os leitos de desintoxicações em geral, ambulatórios especializados, equipamentos de testagem, Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Para garantir a saúde das pessoas o SUS preconiza a necessidade de integração dos serviços de saúde e demais órgãos públicos, articulando práticas que culminam no bem-estar e saúde da população. A intersectoriedade passa a ser uma característica e princípio essencial, sobretudo, diante das problemáticas atuais, a crescente complexidade dos problemas sociais que enfrentamos, entre os quais se inclui uso de maconha entre os adolescentes. Portanto, as organizações de saúde exigem estruturas e recursos tão complexos quanto os problemas que pretendem atender.

## 2.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ainda encontramos dificuldades em obter dados epidemiológicos no Brasil para um tema tão complexo como o consumo de drogas, todavia, apresentamos um levantamento de dados relevantes para nossas reflexões.

Em 2009, o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) estimou uma prevalência anual de usuários de maconha entre 125 a 203 milhões, em todo o mundo (2,8% a 4,5% da população entre 15 e 64 anos), evidenciando discreta elevação nos últimos 15 anos. BASTOS (2014) cita que para o Brasil, estimou-se prevalência anual de cerca de 2,6% da população entre 15 a 64 anos, sendo 6,3% nos jovens (15-16 anos) e 2,3% nos adultos.

O primeiro levantamento epidemiológico realizado no país sobre o consumo de drogas foi em final de 1980, citaremos o levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRIS) encontrado no texto de BASTOS (2014) focado nos estudantes do ensino fundamental e médio, o qual foi realizado em 10 capitais brasileiras e repetido em anos posteriores, sendo possível estabelecer comparações, com estudos feitos em 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010. Este levantamento epidemiológico sobre o consumo de drogas entre estudantes é considerado os dados mais amplos e sistemático sobre o tema que dispomos no Brasil.

Uma observação que o estudo apontou de grande relevância, foi que em 2010 o consumo de qualquer droga (exceto o álcool e tabaco), foi mais elevado entre os alunos pesquisados da rede de ensino particular (13,6%) quando comparados com a rede pública (9,9%).

Também em 2010, as drogas mais consumidas pelos estudantes foram álcool (42,4%) e tabaco (9,6%) como drogas lícitas e a maconha (3,7%) como droga ilícita. E quando comparados meninas e meninos, observou-se uma diferença de consumo. Entre as meninas foram registradas proporções mais elevadas de consumo de álcool, anfetaminas (medicamento para emagrecer) e ansiolíticos (calmantes).

Quando comparados os dados da última pesquisa em 2010 com as anteriores, observa-se a redução do consumo de álcool (63,3% para 41,1%), tabaco (15,7% para 9,8%), solventes-inalantes (14,1% para 4,9%), maconha (4,6% para 3,7%),



anfetamínicos (3,2% para 1,6%), ansiololíticos (3,2% para 1,6%) e crack (0,7 para 0,4), destacando o consumo de cocaína que houve aumento de consumidores (1,7% para 1,9).

Uma pesquisa citada por Bastos (2014), focando crianças e adolescentes em situação de rua, realizada em 27 (vinte setes) capitais brasileiras, feita em 2003, nos mostrou que um terço dos entrevistados faziam uso de tabaco diariamente, e solventes e maconha foram consumidos de forma regular diariamente (16%). O álcool foi experimentado pela grande maioria dos entrevistados (76%), porém de consumo diário apenas (3%). E 40% dos entrevistados não frequentavam a escola.

### 3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

#### 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O Ministério da Saúde normalizou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por meio da Lei 10.216, de 06/04/2001 (BRASIL, 2001) e a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), documento que vincula os CAPS aos serviços de saúde mental, com característica aberta e comunitária do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte do processo de Reforma Psiquiátrica e em suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um local de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandem um cuidado intensivo, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, e também crianças e adolescentes com sofrimento mental, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

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).

Os objetivos terapêuticos do CAPS devem promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, assistência social, saúde, trabalho, esporte, justiça, habitação, cultura e lazer, sempre de acordo com Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007)

As Equipes que atuam nos serviços são multiprofissionais, com prática interdisciplinar que inclui médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, assistentes sociais entre outros profissionais.

Cada modalidade de CAPS tem sua própria característica quanto ao tipo de serviço oferecido à população, no caso o CAPS AD presta serviço especializado para atendimento de usuários de álcool e outras drogas, contemplando as crianças e adolescentes. Podem ser implantados em municípios que tenham de 70 mil a 200 mil habitantes. Conforme BRASIL, Ministério da Saúde, (2005, p. 30) CAPS AD 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)

As atividades e atribuições do CAPS AD contemplam as seguintes ações: acolhimento do usuário de saúde mental, incluindo álcool e outras drogas, seguindo a estratégia da política nacional de educação de redução de danos; acolhimento das situações de crise, realizando contato com outras unidades de saúde, caso necessário; realização de ações intersetoriais (educação, justiça, assistência social, trabalho, habitação, cultura e lazer); atendimentos em grupo e/ou individuais por equipe multiprofissional; atendimento a familiares (em grupo ou individual); realização de Assembléias de Usuários e Familiares; realização e incentivo à participação de profissionais em fóruns de saúde mental, participação nos conselhos distritais, visando à integração e construção de articulação e parcerias intersetoriais; acompanhamento nas internações, principalmente as psiquiátricas; visitas domiciliares e institucionais, de acordo com o projeto terapêutico do usuário; realização de oficinas terapêuticas; Atividades e eventos coletivos regulares (internas e externas); projetos de geração de trabalho e renda; projetos artísticos e culturais; supervisão clínico-institucional; articulação permanente com a rede setorial

(Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Ambulatório Emergência Psiquiátrica, Hospital Geral ou Psiquiátrico); ações de matriciamento; ações de desinstitucionalização com acompanhamento das pessoas em situação de internações de longa permanência (visita ao hospital para contato com o usuário, entrevista com a família, caso ainda existente, construção de projeto terapêutico com a equipe do hospital a fim de construir a 'porta de saída' ou 'alta'); gestão de residências terapêuticas; acompanhamento de usuários do programa de bolsas de Desinstitucionalização; acompanhamento de usuários em moradias assistidas. acompanhamento de usuários em abrigos, albergues, clínica de apoio da saúde. ações de redução de danos no território, realizada por profissionais capacitados em redução de danos; distribuição de insumos para ações de redução de danos: panfletos, cachimbos, seringas e agulhas, preservativos, material de higiene (sabonete, escova e pasta dental); acompanhamento dos Consultórios na Rua; solicitação de vagas nos leitos eletivos AD em Hospital Geral.

O Projeto Técnico foi desenvolvido com base nos dados do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga / CAPS AD 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 (PIRAQUARA, Secretaria Municipal de Saúde, 2009). Trata-se de um serviço que contempla usuários de álcool e drogas adultos e adolescentes de ambos os sexos, com idade acima de 14 anos, residindo no município, que procuram o serviço espontaneamente, ou encaminhados por outros serviços de saúde, ou ainda, pela via judicial e conselho tutelar.

O CAPS AD de Piraquara segue as orientações da Portaria Nº 336 de 2002, e atualmente conta com uma equipe formada por: 02 psicólogos, 01 estagiário de psicologia, 01 assistente social, 02 terapeutas ocupacionais (uma das profissionais que está na coordenação), 01 enfermeiro, 01 médico clínico geral, 01 médico psiquiatra, 01 técnico de enfermagem, 02 técnicos administrativo, 01 musicoterapeuta, 01 profissionais de nível superior (oficineiros - artes cênicas), 01 motorista e 01 agente operacional.

O CAPS AD localiza-se 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 fluxo de atendimento no serviço segue a seguinte sequência:

1. Primeiramente é realizado o acolhimento no serviço do adolescente e seus familiares e, em alguns casos, são realizadas inicialmente a visita domiciliar, quando solicitada por outros serviços, e a busca ativa quando de outra maneira não tenha se efetivado. É importante esclarecer que para ser atendido no acolhimento não existe limite de idade, apenas para realizar o tratamento no CAPS AD. Usuários de outras faixas de idade serão avaliados e encaminhados para outros serviços como CAPSi;
2. Posteriormente, os usuários e familiares são inseridos no grupo de inserção, momento em que são apresentados verbalmente o funcionamento do serviço e os combinados gerais necessários. É um grupo de caráter informativo;
3. Num terceiro momento inicial elabora-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. Configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações do tratamento em conjunto com o usuário. Por exemplo, conclui-se quando o usuário deve comparecer aos atendimentos, atividades terapêuticas e de convivência programadas, com a frequência definida conforme sua necessidade, podendo variar de um regime não-intensivo até um intensivo de atendimentos, também fica definido quem será o técnico de referência do usuário. Nos casos de adolescentes, os grupos terapêuticos são realizados separadamente dos outros usuários, porém as atividades de convivência e assembleia geral são abertas a todos.
4. Participação das atividades do serviço, propriamente ditas.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Nesta perspectiva de cuidado em saúde, focamos nossos estudos nos usuários adolescentes do CAPS AD com diagnóstico de dependência química de maconha e os fatores que nos chamaram a atenção como situação problema foi a falta de adesão do usuário ao tratamento construído. Adesão no tratamento pode ser compreendida como o estabelecimento de vínculo entre o usuário do serviço e equipe, de forma que haja compromisso mútuo nas atividades integradas ao tratamento e o favorecimento de mudanças no comportamento em relação ao uso de drogas (VASTERS; PILLON, 2011).

Não podemos confundir adesão à obediência do usuário em seguir um tratamento determinado pelo profissional de saúde, pressupondo seu papel passivo, mas sim colocando o usuário com um sujeito ativo e colaborativo. A adesão no tratamento denota a presença e a continuidade do usuário no serviço, tendo o adolescente a autonomia e os profissionais a corresponsabilidade pelo processo terapêutico.

Vale destacar o estudo de RIBEIRO (2008) que esboça reflexões a cerca das altas taxas de abandono de tratamento frequentemente encontradas em programas de saúde mental, cita que podem ocorrer distorções importantes na avaliação desses serviços, caso as informações relativas aos usuários que não se mantiveram em tratamento não sejam incluídas, devemos também levar em conta a aceitação ou a rejeição dos usuários e da própria família.

Um estudo realizado por Ribeiro, Alves, Vieira (2008) os autores identificaram que variáveis sociodemográficas, psicopatológicas e interativas, de diagnóstico e tratamento podem ser consideradas preditoras de abandono. Tais achados sugerem que alguns subgrupos de pacientes necessitem de abordagens de características personalizadas, a fim de influenciar positivamente sua adesão final ao tratamento indicado.

Para tanto, este estudo se justificou pela importância da evasão dos usuários adolescentes de maconha do CAPS AD, assim como pela necessidade de tratamento aos usuários com respeito as suas especificidades, necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a elaboração de ações que visem à qualificação dos profissionais do serviço.

Apontamos as taxas de evasões do tratamento proposto no CAPS AD pelos usuários adolescentes de maconha e inferimos sobre os possíveis fatores que

contribuem para esta evasão dialogando com possíveis estratégias para minimizar a problemática.

Foram utilizados neste estudo os dados obtidos através do atual Sistema de Informação e Gestão em Saúde. A empresa Consulfarma - Assessoria e Informática é a responsável pelo desenvolvimento do sistema de gestão que é uma ferramenta que visa facilitar e agilizar o atendimento ao cidadão, bem como facilitar a própria gestão, o software possibilita a execução de serviços como: o cadastro de pacientes integrado com o Cartão Nacional de Saúde, agendamento de consultas, controle de dispensação de medicamentos e estoque da farmácia, atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, integração de informações sobre gestantes - SIS PRENATAL, ouvidoria, gerenciamento das informações dos setores de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, controle de convênios e consórcios, entre outros.

Realizamos um filtro no sistema eletrônico solicitando os Relatórios de Procedimentos Ambulatoriais do CAPS AD no ano de 2015, obtivemos os números e informações sobre os atendimentos prestados para os adolescentes (12 a 18 anos), os dados são os seguintes:

TABELA 1 – LEVANTAMENTO DE DADOS DO CAPS AD NO ANO DE 2015

LEVANTAMENTO DE DADOS	N	%
Total de adolescentes atendidos no CAPS AD	43	100%
Adolescente do sexo masculino	32	74%
Adolescentes do sexo feminino	11	26%
Adolescentes que apenas faziam uso de maconha	13	30%
Adolescentes que realizaram o Projeto Terapêutico Singular	14	32%
Adolescentes que faziam uso de múltiplas drogas	23	53%
Entre os adolescentes que faziam uso de múltiplas drogas, total dos que citaram fazer uso de maconha associado a outras drogas.	13	30%
Total de acolhimentos diurnos e iniciais de adolescentes	79	
Total de número dos atendimentos em grupo prestados para os adolescentes	297 (está incluso o registro de ausências do grupo, apenas 65 atendimentos foram presenças)	
Atendimento familiar dos adolescentes	59	
Ações de articulações de rede	111	
Visitas domiciliares prestadas aos adolescentes	46	
Número total de procedimentos prestados aos adolescentes no ano de 2015	1076	

FONTE: DADOS EXTRAÍDO DO RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DO CAPS AD DO ANO DE 2015, POR MEIO DO SISTEMA DE GESTÃO ELETRÔNICA, A TABELA FOI ELABORADA PELA AUTORA.

Ao analisar os dados obtidos podemos observar que o número de adolescentes atendidos no sexo masculino foi maior que do sexo feminino. Entre o

número total de adolescentes (53%) deles relatam ser usuários de múltiplas drogas, entre os 53%, (17%) deles referiram também fazer uso da maconha associados a outras drogas como o álcool, tabaco, cocaína, crack, LSD, ecstasy, entre outras.

No total dos 43 adolescentes, (18%) deles relatam o uso de apenas a maconha, evidenciando a importância de estudos como este. Dos 43 adolescentes para os quais foram realizados o acolhimento inicial ou diurno, apenas (32%) efetivaram a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, portanto, (68%) deles provavelmente compareceram apenas no primeiro atendimento ao CAPS AD, deixando evidente a necessidade e a importância do primeiro contato.

O número total das ações de articulações de rede foi de 111, que nos remete à compreensão do esforço que é realizado do trabalho em rede pela equipe do CAPS AD.



## 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

A sugestão é a implantação de um Plano de Ações com estratégias que visam otimizar a adesão ao tratamento dos adolescentes usuários de maconha no CAPS AD do município de Piraquara no estado do Paraná e, conseqüentemente, minimizar a taxa de evasão

### 4.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes. Especialmente no CAPS AD, o serviço deve garantir o acesso de adolescentes a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção aos agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme os autores Kuschnir, Chorny e Lira (2010) as estratégias de intervenção são os caminhos pelos quais propomos o enfrentamento dos problemas identificados, de modo a alcançarmos os objetivos definidos.

O Plano de Ações para atingir melhores resultados quanto à evasão e adesão ao tratamento dos adolescentes em CAPS AD foi organizado com ações-estratégias multifocais da organização de saúde do município de Piraquara. Apresentaremos cada uma delas com breves explicações:

#### - RECURSOS HUMANOS:

Respeitar sempre o número da equipe mínima de profissionais do CAPS AD, evitando sobrecarga de trabalho, profissionais desmotivados, entre outros problemas. Para tanto, faz-se necessário proceder à reposição de profissionais quando por

qualquer motivo ocorrer seu desligamento do CAPS AD, mediante seleção de profissionais capacitados e com o perfil de trabalho.

- FORMAÇÃO CONTINUADA:

A equipe deve possuir mais que um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, ser preparada para a transformação da prática profissional com vistas à qualidade do serviço. Atualmente no Brasil, um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido a mudança dos modelos de atenção, o que inclui a transformação nos modos de produzir a gestão e o cuidado. Portanto, podemos utilizar um conjunto heterogêneo de estratégias de formação continuada que pode se dar por meio das reuniões da equipe, atividades internas e externas como cursos, palestras e congressos. No município é muito comum a realização de formações com temas irrelevantes, focando na maioria das vezes apenas uma problemática existente, destaca-se a importância da realização de ações com foco em temas relacionados ao assunto, como trabalho em rede no SUS, olhar mais generalista na saúde, entre outros.

- ESPAÇO FÍSICO:

É importante criar ou adaptar ambientes onde adolescentes e jovens, de ambos os sexos, se sintam mais à vontade, criando esse ambiente que poderá contar com vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens, notícias e informações, música, cartazes, revistas, livros, entre outros. Os consultórios devem permitir a necessária privacidade.

- RECURSOS MATERIAIS E OUTROS:

É de extrema importância oferecer a equipe de profissionais do CAPS AD a disponibilidade de matérias e recursos necessário para melhor execução das atividades terapêuticas, tais como disponibilização de transporte para oportunizar a realização de atividades externas, bem como lanches diferentes para eventos como festa ou passeios, recursos para uso em oficinas internas como argilas, miçangas, tintas, telas para pintura, entre outros.

- BUSCA ATIVA/CONTATO TELEFÔNICO:

O contato telefônico deve ser efetivado num período breve de ausência, evitando um distanciamento e perda de vínculo, pode ser realizada com o usuário propriamente dito ou seus familiares

- BUSCA ATIVA/AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS):

Realizando uma parceria com o agente comunitário de saúde com uma maior aproximação da comunidade em que o usuário está inserido

- BUSCA ATIVA/VISITAS DOMICILIARES:

Visando realizar um contato e o resgate do usuário ao serviço.

- ATENDIMENTO A FAMILIARES DOS USUÁRIOS:

A complexidade da dependência química atinge também as pessoas que estão envolvidas com o doente, portanto é muito importante que o tratamento se estenda ao núcleo familiar. Existe um grande número de famílias que desconhecem sobre a doença e as formas adequadas de ajudar o adolescente, necessitando de acompanhamento constante. Muitos parecem transferir ao serviço a responsabilidade de cuidado com o usuário, não contribuindo com a sua parte, favorecendo a evasão.

- RECEPÇÃO:

O primeiro momento de o contato com o usuário adolescente também é de grande valor, configura-se como uma oportunidade de formação de vínculo com o serviço. Para que se estabeleça um clima de confiança e de compromisso, torna-se fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, por parte de todos os profissionais do CAPS AD.

- ACOLHIMENTO:

É um conjunto de ações que fazem com que os adolescentes se sintam bem recebidos pelo serviço, é uma ferramenta de intervenção na qualificação da escuta, além de garantir, o acesso com responsabilização e resolutividade. Pressupõe uma postura por parte do trabalhador de receber, escutar e tratar humanizadamente o usuário e suas demandas.

- ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL:

Nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes, as alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e para a maximização dos potenciais de todos eles, principalmente entre os setores de assistência à saúde. São necessários ter muito claro as responsabilidades de cada serviço, acompanhamento e avaliando as principais ações de forma integrada. Refletir sobre saúde mental para a adolescência implica em reconhecer que

é uma questão que vai além das doenças e seus tratamentos, uma vez que essas fases da vida são etapas de desenvolvimento que envolve fatores sociais complexos exigindo uma articulação intersetorial nas áreas da educação, assistência social, cultural e saúde.

**- EVOLUÇÕES ELETRÔNICAS INTEGRADAS:**

Visando melhores resultados todos os serviços da saúde do município deveriam fazer uso do sistema eletrônico de Gestão, facilitando a troca de informações e evolução dos casos.

**- RAPS (Rede de Atenção Psicossocial):**

O fortalecimento da RAPS, objetiva contribuir para o fortalecimento e o aperfeiçoamento da democracia e das instituições mediante o apoio à formação de lideranças políticas que colaborem com a transformação do Brasil em um país mais justo, próspero, solidário, democrático e sustentável. A ineficiência desta rede de apoio deixa de respeitar uma das principais diretrizes do SUS: a integralidade. A assistência à saúde deve ser contínua e articulada com ações preventivas, individuais e coletivas em todos os níveis de complexidade do sistema. Com a ausência da atenção em qualquer componente da rede há um comprometimento na autonomia e reinserção social do adolescente que em sua maioria encontra-se fragilizado e vulnerável. Garantir o funcionamento da RAPS significa ampliar a atenção à saúde ao indivíduo e como consequência teríamos menos evasões de tratamentos

**- MUDANÇAS DE PARADIGMAS:**

Ações de psicoeducação nos serviços de saúde, que viabilize a compreensão sobre a doença da dependência química por parte de todos os membros da equipe do CAPS. Por exemplo: deixar de ser “paciente” para ser um usuário do serviço de saúde. Trata-se do núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

**COMUNIDADE ENVOLVIDA:**

Diante à complexidade das demandas de inclusão conclui-se que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de promover a inclusão e reinserção social de pessoas estigmatizadas. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, como Organizações Não Governamentais (ONGs), igrejas, associações e outros, descentralizando a atenção

apenas nos equipamentos de saúde, neste foco podemos garantir maior resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania dos adolescentes usuários de maconha e outras necessidades.

TABELA 2 – TIPOS DE ESTRATÉGIAS DO PLANO DE AÇÕES

AÇÕES	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO A ALCANÇAR
Recursos Humanos	Gestores Municipais	Equipe motivada e colaborativa.
Formação Continuada	Gestores Municipais	Profissionais Capacitados.
Espaço Físico e Recursos materiais	Equipe do CAPS AD e Gestores Municipais.	Espaço mais atraente para os adolescentes e otimizar a adesão ao tratamento.
Recepção e Acolhimento	Equipe do CAPS AD	Início da formação do vínculo positivamente e atendimento humanizado.
Busca ativa (Telefonema)	Equipe do CAPS AD	Evitar o distanciamento do adolescente do CAPS AD e manter o vínculo terapêutico.
Busca ativa (Visita Domiciliar e ações de articulações de rede)	Equipe do CAPS AD e profissionais de saúde de outros serviços	Possibilita maior aproximação do contexto que o adolescente está inserido e possibilita o resgate ao tratamento.
Recursos Materiais	Gestores Municipais.	Oportuniza a realização de atividades terapêuticas atraentes aos adolescentes e otimiza a adesão.
RAPS	Gestores Municipais, Equipe do CAPS AD e outros serviços.	Fortalecer a rede de atenção psicossocial.
Articulação Intersetorial	Equipe do CAPS AD e outros serviços.	Divisão de responsabilidades e garantir o atendimento integral à saúde.
Evoluções eletrônica integrada	Gestores Municipais	Possibilita a troca de informações entre os serviços e acompanhamento do processo de reabilitação psicossocial.
Comunidade envolvida e mudanças de paradigmas	Gestores Municipais, Equipe do CAPS AD, comunidade e outros serviços.	Garantir a resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania dos adolescentes
Atendimento à familiares	Equipe do CAPS AD	Ampliar as oportunidades de sucesso no tratamento dos adolescentes.

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA

O processo de avaliação é um recurso de extrema importância ao Plano de Ações, pois se torna um subsídio à gestão, portanto são previstas avaliações durante todo o processo de implantação e execução das ações, de maneira pontual e contínua, acompanhando e monitorando cada uma delas.

#### 4.3 RECURSOS

Os recursos a serem utilizados para a implantação do Plano de Ações sugerido ao CAPS AD de Piraquara são oriundos do governo federal. Mensalmente são destinados ao município 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.

#### 4.4 RESULTADOS ESPERADOS

Com a efetivação do Plano de Ações organizado acima, esperamos que no CAPS AD no Município de Piraquara, consiga atingir melhores taxas de adesão ao tratamento por parte dos usuários adolescentes do serviço de saúde mental. Alguns resultados esperados podem ser apontados, como:

- Diminuição da taxa de evasão de adolescentes do CAPS AD usuários de maconha;
- Aumento da continuidade de tratamento;
- Aperfeiçoar a universalidade, o acesso de todos aos serviços de saúde mental;
- Consolidar a Integralidade da atenção à saúde;
- Garantir a resolutividade, a qualidade e a humanização dos níveis de atenção;
- Aumento do acesso ao serviço;
- Melhoria na Atenção à Saúde Mental;
- Articulação e organização da rede de atenção mais efetiva;
- Fortalecimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial);
- Aceitabilidade com adequação do serviço prestado a comunidade;

#### 4.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

As propostas aqui sugeridas podem serem consideradas um caminho a seguir, porém, apenas durante o processo de execução que realmente saberemos as reais necessidades. A maioria das ações previstas demandam a disponibilidade de recursos profissionais, uma postura aprimorada e um novo olhar sobre a assistência à saúde, portanto, podemos considerar que o maior risco que pode se prever são a falta de conhecimento frente a doença da dependência química e seus manejos por parte dos profissionais da saúde, a resistência por parte dos profissionais da equipe do CAPS AD ou serviços de assistência em saúde, e a falta de apoio da gestão municipal de saúde.

## 5 CONCLUSÃO

Os dados analisados neste estudo nos remetem a algumas reflexões significativas sobre a compreensão da gravidade do assunto em estudo, a falta de conhecimento sobre a doença da dependência química, até mesmo entre os profissionais da saúde, trata-se de uma doença complexa, que compromete a evolução de vida de uma pessoa, as suas necessidades ainda são minimizadas quando estabelecida a doença na adolescência.

O ponto principal observado é a emergente necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção ao usuário, com a introdução de nova compreensão sobre pertencimento do usuário em cada serviço de assistência em saúde, atendendo este, em sua integralidade, afim de que todos contribuíssem ao seu alcance para favorecer a adesão ao tratamento no CAPS AD.

Por fim, percebeu-se que, diante desse contexto, mostra-se fundamental as melhorias e investimentos na educação permanente dos profissionais de todos os âmbitos da assistência em saúde, a eminência de cuidados específicos e individuais focando o tema da dependência química, adolescência e outros temas pertinentes.

Estas foram apenas algumas reflexões iniciais que nos instigam a novos estudos e outras pesquisas que possam intervir junto ao CAPS AD na tentativa de mudança da realidade apresentada.



## REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I.; REIS, N. B. **Epidemiologia do uso de drogas no Brasil**. Brasília: DF: SENAD - MJ/NUTE – UFSC, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

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](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20/01/2016

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](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20/01/2016

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](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20/12/2015.

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](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0816.pdf)> Acesso em: 15/01/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental do SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20/01/2016

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília, DF: SENAD - MJ/NUTE – UFSC, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, n. 8.742, de 7 de setembro de 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm)> Acesso em: 20/01/2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: PNAS, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.069 - 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. 2. ed. Brasília: Senado Federal, 1985. 171 p.

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

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Revista Adolesc Saúde, 2005. p. 6-7.

FREITAS, J. A.; CAIXETA, C. C.; MAIA, A. P. A. L.; PEDROSA, D. C. C. **Realidade de um CAPS AD: a evasão do usuário de álcool e outras drogas**. Goiás: 2014. Disponível em [http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2014/tc\\_julliane-alves-freitas.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2014/tc_julliane-alves-freitas.pdf) > Acesso em: 15/01/2016.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]. CAPES : UAB, 2010.

LOURENÇO, Benito. **Vulnerabilidades: Desafios do atendimento sob um olhar de resiliência**. In.: Manual de atenção à saúde do adolescente/ Secretaria da Saúde. São Paulo, SMS 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA MS, SZUPSZYNSKI K, DEL R, DICLEMENTE C. **Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas.** São Paulo: 2010. p. 40-46.

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](http://www3.pr.gov.br/narcodenuncia/php/rel_result_estmunic.php)> Acesso em 26/01/2016.

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.

RIBEIRO, M.R.; ALVES, M.J.M.; VIERIA, E.M.M. **Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do sistema municipal de saúde.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2008. p. 16-22.

ROSSI, C.S. **Saúde nas escolas: a escola, o adolescente e o pediatra.** In.: Manual de atenção à saúde do adolescente/ Secretaria da Saúde. São Paulo: SMS, 2006.

SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente/ Secretaria da Saúde.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

SIELSKI, Fernando. **Filhos que usam drogas.** Curitiba: Adrenalina, 1999.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F.G. **Panorama Atual de Drogas e Dependências.** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SILVEIRA, D. X.; SILVEIRA, E.D. **Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos.** Brasília: DF: SENAD - MJ/NUTE – UFSC, 2014.

TIBA, I. **Juventude & Drogas: anjos caídos.** São Paulo: Integrare Editora, 2007.

TOSCANO, A. Jr. **TRANSTORNOS POR USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA.** In.: Manual de atenção à saúde do adolescente/ Secretaria da Saúde. São Paulo, SMS 2006.

VASTERS, G.P.; PILLON, S.C. **O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesões e abandono de tratamento especializado.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Març/abril. 2011. p. 12-16

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012. Crianças e adolescentes do Brasil.** Rio de Janeiro: Flacso, 2012.