

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LEANDRO VASCONCELOS FIGUEIREDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O CONSUMO ABUSIVO
DE ALCOOL E DROGAS NA ÁREA ADSCRITA DA ESF CARMELO,
PASSOS-MG.**

FORMIGA - MG

2014

LEANDRO VASCONCELOS FIGUEIREDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O CONSUMO ABUSIVO
DE ALCOOL E DROGAS NA ÁREA ADSCRITA DA ESF CARMELO,
PASSOS-MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: Profª Drª Adelaide De Mattia Rocha

FORMIGA - MG

2014

LEANDRO VASCONCELOS FIGUEIREDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O CONSUMO ABUSIVO
DE ALCOOL E DROGAS NA ÁREA ADSCRITA DA ESF CARMELO,
PASSOS-MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: Prof^a Dr^a Adelaide De Mattia Rocha

BANCA EXAMINADORA

Prof. Adelaide de Mattia Rocha
Prof. Flávia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

RESUMO

O uso de abusivo de álcool e drogas é preocupante no território da ESF Carmelo, em Passos-MG, verificado a partir da observação da equipe e análise dos atendimentos da comunidade. Na área de abrangência da unidade de saúde existe um forte ponto de consumo e tráfico de drogas do município, conhecido como Beco T Maia, na qual a população vive situação precária de miséria e promiscuidade. Os “nós críticos” relacionados ao problema principal considerado pela equipe estão listados abaixo: nível de informação; situação socioeconômica precária; ausência de alternativas terapêuticas na comunidade; facilidade de acesso às substâncias psicoativas; e dificuldade processo de trabalho da equipe de saúde. Com o objetivo de elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso abusivo de álcool e drogas na área de abrangência da ESF Carmelo, optou-se por se embasar nos princípios do Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), a partir de uma revisão da literatura sobre a temática. A revisão de literatura permitiu a construção do plano de ação com base nos princípios do PES visando a redução do consumo abusivo de álcool e drogas no território da ESF Carmelo, município de Passos-MG. Além de campanhas que visam a orientação da população na prevenção do uso de álcool e drogas, o apoio social e terapêutico se torna necessário para que usuários desses tipos de drogas possam ser assistidos e encaminhados ao serviço de referência adequado. O apoio psicossocial, em conjunto com a equipe do NASF, é primordial para a instituição de alternativas terapêuticas efetivas aos usuários. O apoio de gestores também é necessário visto a existência no território de um ponto forte de consumo e tráfico de drogas. Assim, verifica-se também a necessidade de capacitação da equipe para orientação da população quanto aos riscos do consumo abusivo de álcool e drogas bem como para a assistência adequada do usuário visando a abstinência.

Palavras- chaves: Estratégia de Saúde da Família; Dependência de substâncias; Abuso de Substâncias Psicoativas; Intervenção médica precoce.

ABSTRACT

The use of alcohol and drug abuse is of concern within the ESF Carmelo in Passos-MG, seen from the observation team and analysis of community care. The health unit's catchment area there is a strong point of consumption and drug trafficking in the city, known as Beco T Maia, in which the population lives precarious situation of misery and promiscuity. The "critical nodes" related to the main issue considered by the team are listed below: level of information; low socioeconomic status; absence of therapeutic alternatives in the community; ease of access to psychoactive substances; and difficulty of the health team work process. In order to draw up an action plan to reduce the abuse of alcohol and drugs in the area covered by the ESF Carmelo, chose to be to base the principles of the Strategic Planning Method Situational (PES), from a systematic review the literature on the subject. The literature review allowed the construction of an action plan based on the PES principles aimed at reducing the abuse of alcohol and drugs within the ESF Carmelo, the city of Passos-MG. In addition to campaigns aimed at the orientation of the population in the prevention of alcohol and drugs, social and therapeutic support is necessary so that users of these types of drugs can be assisted and sent to the appropriate referral service. Psychosocial support, together with the NASF team, it is essential for the establishment of effective therapeutic alternatives to users. The support of managers is also necessary since the existence in the territory of a strength of drug use and trafficking. So also checks up the need for staff training orientation of the population about the risks of alcohol abuse and drugs as well as to the appropriate user assistance aimed at abstinence.

Keywords: Health Strategy for the Family; Substance dependence; Abuse of psychoactive substances; Early medical intervention.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMBES - Ambulatório de Referência para DST/AIDS
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
NAE - Núcleo de Assistência em Estomaterapia
NAEPH - Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das prioridades dos problemas encontrados na área de abrangência da ESF Carmelo.....	24
Quadro 2 – Desenho das operações relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas no território da ESF Carmelo.....	26
Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do consumo abusivo de álcool e drogas.....	30
Quadro 4 – Análise da viabilidade dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do consumo abusivo de álcool e drogas.....	28
Quadro 5 – Plano operativo para o enfrentamento dos "nós" críticos do consumo abusivo de álcool e drogas.....	29
Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações/projeto.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA.....	122
1.2 OBJETIVOS.....	13
2 MÉTODOS	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	Erro! Indicador não definido.
4 PLANO DE AÇÃO	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.7
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família Carmelo é situada no município de Passos-MG. O município de Passos localiza-se na Mesorregião Sul/Sudoeste de Minas, distante de 345 quilômetros da capital do Estado (Belo Horizonte), limita-se com os municípios de Delfinópolis, São João Batista do Glória, Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Jacuí, Fortaleza de Minas, Cássia e Itaú de Minas. Conta com uma população aproximada no ano de 2013 de 111.651 habitantes, distribuídos em uma área total de 1339 Km².

A formação de Passos começou em meados do séc. XVIII, com as primeiras fazendas implantadas entre 1780 e 1830, sendo que a Vila propriamente dita iniciou em 1848, com elevação a categoria de cidade no ano de 1858, com comemoração do aniversário da cidade em todo dia 14 de maio, com 156 anos completados neste último mês.

O primeiro nome da cidade foi Capoeiras, por estar, aquela época, situada a povoação dentro de uma densa capoeira. O segundo nome - Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos – foi dado ao antigo arraial das Capoeiras em virtude de o alferes João Pimenta de Abreu, em homenagem ao seu Santo de devoção Senhor Bom Jesus dos Passos. Mais tarde o nome foi simplificado para Passos.

Atualmente, o município tem como prefeito Ataíde Vilela, Secretário Municipal de Saúde Gilberto Lopes Cançado e Coordenadora da Atenção Básica Clarissa Carneiro Leão.

Em relação aos aspectos geográficos, o relevo do município apresenta uma topografia com paisagens planas, sendo ligeiramente onduladas em determinados locais, com áreas bem adequadas a agricultura e pecuária. Já os solos são originários de rochas pré-cambrianas, cuja análise química mostra grande riqueza de minerais primários, com altos teores de potássio, o que transfere aos solos características de alta fertilidade.

Os recursos hídricos são de grande riqueza, situada na bacia de Rio Grande, Rio São João, Ribeirão Conquista e Ribeirão Bocaina, maior manancial de abastecimento de água à população de Passos.

O clima de Passos é Tropical de Altitude, com temperatura média anual superior a 18°C e inverno seco e precipitação média anual de 1.709,4 mm.

O município de Passos conta com uma população estimada para o ano de 2013, segundo o IBGE, de 111.651 habitantes, distribuída por seu território, caracterizando uma densidade demográfica de 79,44 habitantes/Km².

No decorrer dos anos, houve uma queda na taxa de natalidade e um aumento da expectativa de vida da população, principalmente no sexo feminino, que a partir dos 30 anos passa a corresponder a maior proporção em relação ao sexo masculino.

A taxa de crescimento populacional, mensurada através da diferença entre o número de nascimentos e óbitos ocorridos em determinado período, mostrou queda significativa no crescimento anual da população em Minas Gerais, ficando em torno de 0,91%, número menor que o 1,5% verificado nas últimas décadas, com uma queda de participação da população do Estado de 11% para 10% no total do país.

Dados do IBGE (2011) mostram que 94,87% (100.842) da população reside na zona urbana e 5,18% (5448) residem na zona rural.

Em relação à economia, o município é conhecido pelas suas fontes relacionadas a agroindústria, no setor de açúcar, álcool, fermento e laticínios; a agropecuária, com plantio de cana, café e milho e criação de gado de corte e de leite, avicultura de corte e de postura e suinocultura; além da importante ascensão da indústria confeccionista e moveleira.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), a partir dos três aspectos da condição de vida: a renda (renda per capita), a educação (analfabetismo e número de anos de estudo da população) e a saúde (taxa de longevidade), o município encontra-se na 32^o posição entre os 100 maiores municípios mineiros em 2010, com uma taxa de 0,756, considerada alta. O Produto Interno Bruto (PIB) apresentou o valor de R\$ 1.095.851.546 mil, com um PIB per capita de R\$ 10.267.03.

A Taxa de Urbanização foi de 94,87% e a renda Média Familiar R\$802,97 em 2010. Quanto ao abastecimento de água e recolhimento de esgoto, o município atinge praticamente 100% das residências.

O abastecimento de água é feito pelo SAAE, concessionária do serviço desde 1963, que é responsável por tratar e abastecer 37.948 residências, o que representa 99% das casas existentes e regularizadas na cidade. A coleta de lixo abrange 100% da população urbana.

Já a rede de esgoto atende 37.181 residências, ou pouco mais de 97% do número de domicílios da cidade. Quanto à energia elétrica, esta é fornecida pela CEMIG e chega a 97,6% dos domicílios, o que corresponde a 36.900 residências.

Quanto à escolaridade, ocorreu uma redução significativa do analfabetismo em todas as faixas etárias, em especial na população com 15 anos e mais (7%), com 17% dos chefes de domicílios da região com renda familiar de até um salário mínimo.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Passos, regulamentado pela lei nº 2052, de 30/10/1997, é um órgão colegiado formado pelos representantes do governo e da sociedade civil que propõe diretrizes para a formulação e implementação das políticas, além do acompanhamento e avaliação das atividades.

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município possui 41 estabelecimentos públicos de saúde, distribuídos em diferentes níveis de atenção à saúde.

Quanto à atenção à saúde no município, a atenção terciária conta com dois hospitais gerais (Santa Casa de Misericórdia e Hospital São José) e em um hospital psiquiátrico (Hospital Otto Krakauer).

A atenção secundária à saúde é realizada em 8 Unidades de Saúde: 1 Policlínica de Especialidades e Centro de Diagnóstico, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24 horas), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Núcleo de Assistência em Estomatoterapia (NAE), 1 Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES), 1 Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEHP), 1 Unidade do Programa Viva Mulher, 1 Unidade do Programa de Hepatites Virais.

A Atenção Primária à Saúde no município é integrada pelas Unidades da Estratégia de Saúde de Família (ESF) bem como pelas Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS/ambulatórios), que contam com 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As áreas de abrangência e cobertura de 100% da população urbana e rural, corresponde a 60% pela ESF e 40% pelas UBS Convencionais.

Constituem ações da ESF o acolhimento aos usuários na Unidade de Saúde e no domicílio; visitas domiciliares, com enfoque na vigilância em saúde individual e coletiva, realizada por todos os membros da equipe de Saúde da Família e NASF; Atenção integral à saúde de gestantes e crianças (grupos de gestantes; classificação de risco de gestantes e priorização de ações; atendimento pré-natal

das gestantes de risco habitual);acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças (puericultura), conforme preconização das Diretrizes Clínicas (Linha Guia de Saúde da Criança); programa Saúde de Ferro; acompanhamento do aleitamento materno, com atendimento domiciliar multiprofissional;grupos informativos sobre educação para a saúde em sala de espera, creches, escolas e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

A unidade de saúde ESF Carmelo foi inaugurada em 12 de julho de 2002, para cobrir uma parte central e periférica da cidade de Passos e a determinação deste unidade foi devido a sua localização.

A ESF Carmelo localiza-se no nordeste do município em relação ao centro, sendo composta por seis microáreas.

A equipe é formada por 1 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 recepcionista, 06 Agentes Comunitários de Saúde e 01 auxiliar de serviços gerais, que trabalham das 7 às 11:30 e das 13 às 16:30, de segunda a sexta-feira, com uma carga horária total de 40 horas por semana.

Na área de abrangência da unidade, prevalece o tipo de construção de tijolos com presença de telhados e muro em bom estado de conservação, contrastando com casas sem acabamento com vidros quebrados ou abandonadas também presentes no território. Na área encontra se uma região que destaca em terrenos de comprometimento, localizados na Rua Paraguai, onde as casa foram construídas em morros que apresentam rachaduras.

Em período de chuva nas áreas mais baixas do bairro e próximas ao córrego a água invade as casas podendo desabrigar algumas famílias .

As ruas são pavimentadas com asfalto e bloquetes algumas estão em bom estados outras apresentam buracos e retenção de água. A área é bastante arborizada.

A área de abrangência conta com cerca de 4000 usuários cadastrados.

Nas ruas Paraguai, Rio Piracicaba, Tiradentes, Beco T Maia, existem casas de prostituições, alto índice de alcoolismo e usuários de drogas, com ponto de trafico e consumo do mesmo.

Em épocas de chuvas há um alto índice de mosquitos transmissores de dengue, caramujos africanos e de escorpiões.

O conhecimento do diagnóstico de saúde da ESF Carmelo permitiu o conhecimento dos problemas mais relevantes de saúde no território, sendo o

consumo abusivo de álcool e drogas considerado o que necessita de intervenção mais urgente visto a presença de um forte ponto de tráfico e consumo de drogas na área de abrangência. Desta forma, torna-se importante conhecer a problemática com base na análise da literatura para que assim se possa construir um plano de intervenção visando o enfrentamento do problema.

1.1 JUSTIFICATIVA

O uso abusivo de álcool e drogas é preocupante no território, verificado a partir da observação da equipe e análise dos atendimentos da comunidade, visto que na área de abrangência da unidade de saúde existe um forte ponto de consumo e tráfico de drogas do município, conhecido como Beco T Maia, na qual a população vive situação precária de miséria e promiscuidade.

O uso abusivo de álcool e drogas pode ser explicada pela formação de um aglomerado de famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis que se alocaram em um ponto do território, a partir daí foram implantando pontos de tráficos de drogas no local e aumentando o consumo, tanto de álcool como de drogas ilícitas, entre os indivíduos que vivem no território, em especial aos próprios moradores do conhecido beco que viraram os maiores consumidores de tais substâncias.

O Estado diante da emergência de riscos à saúde e danos sociais individuais e coletivos relacionados à mudança do padrão de consumo de substâncias psicoativas nos últimos tempos verificou a necessidade da formulação e implementação de políticas públicas setoriais e intersetoriais, sendo no ano de 2003 publicada a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. A Política Nacional sobre o Álcool também foi criada a fim de dar uma atenção especial a problemática e ainda enfatiza a importância de formação de profissionais de saúde na área de álcool e outras drogas para a atuação na rede assistencial (ALVES; LIMA, 2013).

Desta forma, observamos a influência socioeconômica do território como fator precursor para o uso de álcool e drogas. Diante da análise situacional da ESF Carmelo e frente a escolha do problema prioritário, torna-se importante discorrer sobre a problemática do uso abusivo de álcool e drogas através de uma revisão

sistemática da literatura a fim de embasar a construção de um plano de intervenção com vistas a reduzir tal problema de saúde.

1.2 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso abusivo de álcool e drogas na área de abrangência da ESF Carmelo, no município de Passos-MG.

2 MÉTODOS

O diagnóstico situacional da ESF Carmelo foi realizado com o objetivo de conhecer melhor o território e a população a fim de subsidiar o planejamento das ações em saúde. Desta forma, os meios utilizados para a construção do diagnóstico foram: busca e análise dos dados em sistemas de informações e arquivos internos, pesquisa de equipamentos sociais e grupos organizacionais do território bem como observação da equipe.

A proposta é a construção de um plano de intervenção com base nos princípios do Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), embasado em uma revisão da literatura sobre o uso abusivo de álcool e drogas. Para a revisão da literatura foram utilizadas como fonte de dados publicações anteriores, tais como livros, artigos ou teses que compostas por material analiticamente processado pelos seus autores, tendo como vantagem o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (SEVERINO, 2007). Foram utilizados os descritores “Estratégia de Saúde da Família; Dependência de substâncias; Abuso de Substâncias Psicoativas; Intervenção médica precoce.”, sendo incluída na pesquisa publicações dos últimos dez anos.

Após o embasamento científico, será montado um projeto de intervenção para enfrentamento do uso abusivo de álcool e drogas na área adscrita da ESF Carmelo, baseado nos passos do PES. O PES tem como foco os problemas diante de uma dada realidade na qual se pretende intervir, com estabelecimento de prioridades a partir do entendimento dos diversos sujeitos que o vivenciam. A solução depende da disponibilidade, acesso aos recursos necessários e análise da viabilidade política. O PES também fornece dinâmicas e significados particulares que por meio de formas singulares de abordagem (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Para Campos (2009, p. 152) os princípios do PES são:

- 1) Pressupõe a participação dos diferentes atores interessados na operação da unidade de saúde e, portanto, na elaboração do seu

Plano de Ação; 2) Reconhece, como ponto de partida, a visão singular de cada ator sobre o que são problemas de saúde no seu território; 3) Busca, como efeito mais importante, a criação e o fortalecimento de compromissos entre os atores que analisam os problemas e propõem soluções; 4) Representa uma proposta concreta para efetivar a participação social e a descentralização dos serviços de saúde.

Sendo assim, será possível a construção de um plano de intervenção com vistas a reduzir o consumo abusivo de álcool e drogas no território da ESF Carmelo, em Passos-MG.

A construção do plano de ação foi baseado no PES, no qual tem como objetivo intervir em uma dada realidade a partir de um problema considerado prioritário a partir do entendimento dos sujeitos que o vivenciam. Além disso, o PES fornece dinâmicas e significados particulares, exigindo a participação da equipe interdisciplinar para solução dos problemas e com formas singulares de abordagem.

O desenvolvimento do plano de ação na ESF Carmelo exigiu o seguimento de algumas etapas, conforme podemos verificar a seguir:

- Levantamento do perfil da população do território a partir de informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como perfil do territorial, epidemiológico, sanitário e de produção dos profissionais;
- Realização de reuniões periódicas com a equipe multidisciplinar para a seleção dos problemas mais relevantes;
- Desenvolvimento do plano de intervenções com foco no problema prioritário.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O consumo abusivo de drogas é considerado importante problema de saúde pública, com preocupação crescente dos gestores e das famílias brasileiras por seu impacto social provocado.

O aumento crescente do consumo de drogas deve-se, principalmente, a sua utilização como fonte recreativa, a iniciação precoce do uso bem como a facilidade de acesso na obtenção dos produtos devido aos preços acessíveis (SANTOS, OLIVEIRA, 2013).

A adolescência é a etapa do desenvolvimento na qual suscita maiores preocupações relacionadas ao consumo de drogas por ser o período de maior vulnerabilidade dos sujeitos (PINHEIRO, PIKANÇO, BARBEITO, 2011).

O termo droga origina-se da palavra holandesa *drogg*, que significa folha seca, devido ao fato de que na antiguidade os medicamentos eram fabricados a partir de vegetais (BRASIL, 2007). Com o decorrer dos anos, tal termo passou a ser visto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento” (BRASIL, 2007, s/p).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, s/p) as drogas são “substâncias que produzem mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional das pessoas”. As alterações variam de acordo com as características dos usuários, da droga utilizada, da quantidade, freqüência, expectativas e circunstâncias em que é consumida (BRASIL, 2004).

Dietz et al. (2011) complementa que o termo droga possui diversas interpretações, maioria das vezes relacionadas a idéia de uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo, que provocam alterações nas funções, sensações, humor e comportamentos.

A Organização Mundial da Saúde (1981, apud CARLINI et al., 2001, s/p) divide as drogas em psicoativas, psicotrópicas ou de abuso. As drogas psicoativas “são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição”, com ação principalmente nos neurônios, afetando o Sistema Nervoso Central (SNC). Já as drogas psicotrópicas “agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração”, levando assim a dependência. Ao tratar dos

termos drogas de abuso, observamos como “qualquer substância (tomada através de qualquer forma de administração) que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do SNC (desde medicamentos até álcool e solventes)”.

Dentre as drogas mais consumidas no país encontram-se as psicotrópicas. O termo psicotrópico deriva de duas palavras: psico e trópico, sendo que psico relaciona-se ao psiquismo, com ação no SNC; e trópico relaciona-se a direção (BRASIL, 2007).

No entanto, nem todas as drogas psicoativas possuem a capacidade de causar dependência, sendo que muitas são utilizadas a fim de trazer benefícios à saúde, com uso restrito ao tratamento de doenças. As drogas psicotrópicas dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras (BRASIL, 2007).

As drogas depressoras do SNC fazem com que o funcionamento cerebral seja lentificado, com redução da atividade motora, da ansiedade, da atenção, da concentração, da capacidade de memorização e da capacidade intelectual, sendo as mais comuns o álcool, os barbitúricos, os benzodiazepínicos, os inalantes e os opiáceos (BRASIL, 2007).

Os inalantes são, em sua maioria, produtos industriais, combustíveis ou de limpeza, que são inalados com o propósito de sentir algum “barato”, sendo consideradas como drogas de uso recreativo, embora não tenham sido fabricados com esse propósito. No Brasil, alguns inalantes são fabricados clandestinamente ou contrabandeados, para fins de abuso, como é o caso do lança-perfume e do “cheirinho da loló”. Tais produtos possuem em comum alguma substância volátil, que ao ser aspirada pelo nariz ou pela boca, em poucos segundos depois de aspirados, os efeitos já são sentidos, uma vez que passam diretamente dos pulmões para a circulação sanguínea, atingindo o cérebro e o fígado, órgãos com maior volume de sangue no corpo. Os efeitos provocados são inicialmente, a euforia, caracterizada por cabeça leve, girando, fantasias que parecem reais, sendo estas sensações que duram poucos segundos (BRASIL, 2004).

As estimulantes do SNC tendem a acelerar a atividade de alguns sistemas neuronais, causando um estado de alerta excessivo, provocando insônia e aceleração dos processos psíquicos, sendo as mais conhecidas as anfetaminas, a cocaína e o tabaco (BRASIL, 2007).

A cocaína é uma substância extraída das folhas da coca e, quando utilizada em pó, é usualmente inalada ou injetada, que tem tido um crescente consumo nos

últimos anos. Durante o século XIX e o início do século XX foi utilizada como anestésico local e tônico energético. A partir do século XX passou a ser considerada como uma substância ilegal decorrência dos seus efeitos nocivos a saúde e, muitas vezes, fatais injetada (BRASIL, 2004).

O crack, droga em crescente expansão no país, é considerado como uma nova maneira de preparar e usar a cocaína. Sua popularidade cresceu a partir dos meados da década de 1990, no qual passou a ser denominado como “*pedra*” por seus usuários e consumido por via oral (fumado em cachimbo). A pedra unitária possui preço mais acessível do que a cocaína em pó, causando a impressão de que o usuário economiza quando troca a maneira de consumo, sendo esta economia apenas ilusória, pois a pedra tem uma quantidade mínima de substância ativa bem menor do que o pó. No entanto, seus efeitos são mais pronunciados pela liberação da cocaína diretamente na corrente sanguínea por meio dos pulmões (BRASIL, 2004).

As drogas perturbadoras do SNC – maconha, alucinógenos, LSD, êxtase e anticolinérgicos – produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção. Por essa razão, são também chamadas de alucinógenos. Uma terceira denominação para esse tipo de droga é psicotomiméticos, devido ao fato de serem conhecidas como psicoses as doenças mentais nas quais esses fenômenos ocorrem de modo espontâneo (CARLINI et al., 2001; BRASIL, 2007).

A maconha é uma das drogas mais consumidas no Brasil, nome popular da planta *Cannabis Sativa*, consumida há séculos por diferentes culturas e em diferentes momentos da História, com uso também para fins médicos e industriais. Desde os anos 60, a maconha passou a ser mais conhecida pelo seu uso recreativo a fim de alterar consciência. O efeito da maconha relaciona-se a sensação de relaxamento, no qual alguns indivíduos falam bastante e apresentam riso sem motivo, enquanto outras sentem-se ansiosas, amedrontadas e confusas, sendo que a mesma pessoa pode, de um uso para outro, experimentar diversos efeitos (BRASIL, 2004).

A dependência por substâncias psicoativas necessita de atenção em estudos e ações intersetoriais devido a complexidade da situação visando a diminuição do consumo abusivo de drogas (SCHNEIDER, LIMA, 2011).

Capistrano et al. (2013, s/p) coloca a dependência química como “uma síndrome composta por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que alteram os valores pessoais, familiares e sociais”. Tal síndrome caracteriza um estado de uso compulsivo e incontrolável da substância associado a sofrimento clínico, ocupacional ou social impactando negativamente na vida do usuário.

Ao tratar do processo de dependência devemos considerar que a droga é apenas um dos fatores da tríade que leva a dependência, sendo os outros fatores o indivíduo e a sociedade (DIEHL et al., 2011).

Por se constituir um fenômeno com inúmeras interfaces e articulações relacionadas às variáveis biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas, a dependência de drogas possui uma complexidade que “inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista, que desprezasse suas múltiplas determinações” (SCHNEIDER, LIMA, 2011, s/p).

O dependente químico tem seu comportamento, na maior parte do tempo, condicionado na busca e na aquisição da droga, perdendo, assim, o interesse pelas coisas que antes considerava importantes. Nesse contexto, observa-se a redução dos cuidados pessoais bem como a perda de envolvimento social (CAPISTRANO et al., 2013).

A instalação da dependência química faz com que os usuários não relacionem ou não percebam os problemas de aspectos biológicos, social e ocupacional com o uso de drogas. Desta maneira, torna-se inadequado considerar apenas os critérios a nível cerebral com a dependência de drogas, sendo que no contexto social no qual o usuário está inserido é essencial como fator condicionante da dependência (CAPISTRANO et al., 2013).

Um núcleo familiar instável e fragilizado no qual não há um relacionamento saudável entre o usuário e os pais é fator que influencia no uso abusivo de drogas e no desenvolvimento da dependência, tendo, como exemplo, a dificuldade de manejo com conflitos rotineiros que demonstram sentimentos de impotência em relação à impossibilidade em manter um projeto de vida e a baixa tolerância às frustrações (CAPISTRANO et al., 2013).

Na legislação brasileira, observa-se a crescente importância de medidas que visam à redução do consumo de álcool e drogas visto a magnitude que tal problema tem alcançado no Brasil e no mundo (ALVES, LIMA, 2013).

No ano de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216/01 que influencia positivamente direitos humanos para o segmento das pessoas portadoras de transtornos mentais, sendo o consumo abusivo de substâncias psicoativas também reconhecido como um problema de ordem mental de grande importância na saúde pública do país (BRASIL, 2001 apud ALVES, LIMA, 2013).

As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde, sendo regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216, sancionada em 6/4/2001, que constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas (DELGADO, 2002).

A Lei Federal 10.216 também é considerada instrumento legal e normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. A Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica aos usuários de álcool e drogas. A Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com inclusão dos CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad. A Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002 (BRASIL, 2002) regulamenta a Portaria GM / 336, criando no âmbito do SUS serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos associados ao uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas.

A atual política pública sobre drogas está reunida no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), tratada pela Lei nº 11.343, de 23/8/2006. O SISNAD é integrado, entre outros órgãos, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), órgão normativo e deliberativo; e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), órgão executivo, ambos vinculados ao Ministério da Justiça (GOMES; ALVES, 2013). Tal política “reúne as duas dimensões – proibicionista e preventivista, pois tem como meta não apenas a repressão à produção não autorizada de drogas e ao tráfico ilícito, mas propõe medidas para a

prevenção do uso indevido de drogas, e para atenção e reinserção social aos usuários e dependentes de drogas” (GOMES, ALVES, 2013, p. 278).

Bianchini (2011 apud GOMES, ALVES, 2013, p. 278) coloca que “a lei atual rompe com as anteriores, por se ocupar, mais detidamente, com atividades voltadas à prevenção e apresentar atividades de atenção e de reinserção social”.

Apesar do caráter de proibição e criminalização, a lei é firme ao focar o caráter de saúde pública do problema do uso indevido, do abuso e da dependência, bem como ao inserir as penalidades para o consumo pessoal, além das atividades de prevenção, assistência e reinserção social, apartando-as do sistema repressivo em sentido estrito, e adotando procedimento penal que evita a prisão em flagrante (GOMES, ALVES, 2013).

O consumo de drogas gradativamente ultrapassou a esfera individual e alcançou o interesse coletivo, necessitando da atuação do Estado por meio da regulamentação de estratégias específicas bem como de instrumentos normativos que por objetivo respeitar o direito individual e promover o direito à saúde (ALVES, LIMA, 2013).

O Estado diante da emergência de riscos à saúde e danos sociais individuais e coletivos relacionados à mudança do padrão de consumo de substâncias psicoativas nos últimos tempos verificou a necessidade da formulação e implementação de políticas públicas setoriais e intersetoriais, sendo no ano de 2003 publicada a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. A Política Nacional sobre o Álcool também foi criada a fim de dar uma atenção especial a problemática e ainda enfatiza a importância de formação de profissionais de saúde na área de álcool e outras drogas para a atuação na rede assistencial (ALVES, LIMA, 2013).

Criou-se uma rede assistencial sensível às necessidades sociais de saúde comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania, sendo uma das alternativas terapêuticas a criação do CAPSad que oferece assistência multidisciplinar a esse público a fim de proporcionar abstinência dessa prática e reinserção social desses usuários (ALVES, LIMA, 2013).

Um dos projetos criados refere-se a redução de danos aos usuários. Os projetos para redução de danos constituem “medidas de natureza socio sanitária que buscam a não discriminação do usuário dependente”. As estratégias de redução de danos tem a finalidade de reduzir os efeitos físicos e psicossociais relacionados

ao consumo drogas, alinhando-se à perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos (ALVES, LIMA, 2013, p. 10).

A integralidade das ações, com a consequente definição de papéis entre os diversos níveis de governos requerem a construção de oportunidades de inserção das ações nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento das ações, além do repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização e da desconcentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios. Desta forma, observa-se a necessidade também de processos de formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, com investimento político e operacional para a mudança de conceitos (BRASIL, 2003).

A ESF deve fazer parte da rede de atenção de atendimento aos usuários de álcool e drogas, com um sistema atuante de referência e contra-referência entre CAPS, ambulatorios e Centros de Convivência ou outros serviços. As equipes de ESF devem ter mais informações a respeito do trabalho de redução de danos, trabalhar os preconceitos a respeito do uso de drogas e diferenciar entre os vários tipos de uso e abuso de álcool e outras drogas (QUEIROZ et al., 2014).

Configura-se como a instância em que se pode resolver de maneira mais oportuna às necessidades de saúde da população, pois é nela que os profissionais têm contato com grande número de pessoas que deveriam ser abordadas em relação à forma como usam álcool e outras drogas, pelo fato de já apresentarem algum tipo de problema relacionado ao consumo. Isto pode evitar que muitos deles evoluam para um quadro de dependência da substância ou problemas associados ao uso da substância (SOUZA, RONZANI, 2012).

Souza e Ronzani (2012) complementam que os profissionais da ESF devem promover a percepção do usuário quantos aos riscos do uso de tais substâncias e encorajá-lo a reduzir ou deixar o uso a partir de estratégias e metas construídas entre o profissional e o paciente.

Assim, torna-se prioridade que as equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica atuem conjuntamente às equipes de saúde da família, incorporando ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar de programas de educação permanente e formação continuada (QUEIROZ et al., 2014).

4 PLANO DE AÇÃO

A construção do plano de intervenção seguiu os 10 passos preconizados no PES, conforme podemos observar a seguir:

1. Definição dos problemas

Após reunião com a equipe para discussão da análise situacional a partir da atividade 1 deste módulo, tornou-se possível listar bem como priorizar os cinco maiores problemas relacionados à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo eles: uso abusivo de álcool e drogas; prostituição; alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*; alagamentos de residências no período de chuvas; e elevada incidência de dengue.

2. Priorização dos problemas

Segue abaixo a classificação das prioridades relacionadas aos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência do ESF Carmelo do município de Passos/MG segundo avaliação da equipe:

Quadro 1 – Classificação das prioridades dos problemas encontrados na área de abrangência da ESF Carmelo.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso abusivo de álcool e drogas	Alta	7	Parcial	1
Prostituição	Alta	7	Parcial	2
Alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>	Alta	5	Parcial	2
Elevada incidência de dengue	Alta	3	Parcial	2

Alagamentos de residências no período de chuvas	Alta	5	Fora	3
---	------	---	------	---

Fonte: Diagnóstico de saúde e observação ativa da área.

3. Descrição do problema selecionado

A partir do momento que se caracteriza um problema, ocorre uma melhor idéia as sua real dimensão.

No território da ESF Carmelo devido ao seu ponto forte de tráfico de drogas do município, observa-se por meio do atendimento multidisciplinar que a população dessa parte do território vive em condições de vida precárias tornando-se vulnerável ao consumo das substâncias psicoativas.

4. Explicação do problema

O uso abusivo de álcool e drogas pode ser explicada formação de um aglomerado de famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis que se alocaram em um ponto do território, a partir daí foram implantando pontos de tráficos de drogas no local e aumentando o consumo, tanto de álcool como de drogas ilícitas, entre os indivíduos que vivem no território, em especial aos próprios moradores do conhecido beco que viraram os maiores consumidores de tais substâncias.

A dependência de álcool e drogas pode ser compreendida pelos problemas que o indivíduo carrega e as influências, muitas vezes o uso abusivo dessas substâncias é um comportamento aprendido. Segundo Santos e Oliveira (2013), o aumento crescente do consumo de drogas deve-se, em especial, a sua utilização como fonte recreativa, a iniciação precoce do uso bem como a facilidade de acesso na obtenção dos produtos devido aos preços acessíveis.

Para Capistrano et al. (2013) torna-se inadequado considerar apenas os critérios a nível cerebral com a dependência de drogas, sendo que no contexto social no qual o usuário está inserido é essencial como fator condicionante da dependência.

Desta forma, observamos a influência socioeconômica do território como fator precursor para o uso de álcool e drogas.

5. Seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” relacionados ao problema principal considerado pela equipe estão listados abaixo:

- Nível de informação;
- Situação socioeconômica;
- Ausência de alternativas terapêuticas na comunidade;
- Facilidade de acesso às substâncias;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

6. Desenho das operações

Quadro 2 – Desenho das operações relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas no território da ESF Carmelo.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação.	Saiba + Melhorar o nível de informação da população.	Conscientizar a população sobre os riscos do uso abusivo do álcool e drogas.	Campanhas nas residências, escolas, pontos comerciais do território e meios de comunicação.	Organizacional: + planejamento da equipe. Político: articulação intersetorial e + espaço na rádio local. Cognitivo: + conhecimento sobre o tema. Financeiro: + recursos para a compra de materiais informativos.
-Situação socioeconômica.	+ Qualidade de Vida Buscar	Atender 80% dos usuários em situação de	Programa de apoio social.	Político: articulação intersetorial. Cognitivo: +

	apoio social para melhoria da qualidade de vida da população.	vulnerabilidade social e buscar reinserção social dos mesmos.		estratégias de enfrentamento. Financeiro: + recursos para o desenvolvimento do programa.
Ausência de alternativas terapêuticas na comunidade.	Cuidando + Melhorar o tratamento dos usuários de álcool e drogas.	Diminuir em 20% o consumo abusivo de álcool e drogas no território.	Programa de apoio terapêutico.	Organizacional: + estrutura de serviço. Político: articulação intersetorial. Cognitivo: + conhecimento da equipe sobre terapêutica. Financeiro: + recursos para o tratamento.
Facilidade de acesso às substâncias.	Viver Melhor Buscar apoio para autoridades para fiscalização dos pontos de obtenção de álcool e drogas no território.	Dificultar o acesso às substâncias no território.	Contato com as autoridades locais.	Político: articulação intersetorial.
Processo de trabalho da equipe de saúde.	Buscando + Capacitar a equipe e estruturar o atendimento aos usuários de álcool e drogas.	Capacitar 100% da equipe; Planejar o atendimento dos usuários.	Programa de capacitação e planejamento em saúde.	Organizacional: + estrutura e planejamento da equipe. Político: adesão dos profissionais. Financeiro: + para recursos audiovisuais e impressos de

				estudo da equipe.
--	--	--	--	----------------------

As operações foram construídas com base na realidade local bem como no processo de trabalho da equipe de saúde, visando a aplicabilidade prática das ações propostas.

Inicialmente, será realizada a capacitação da equipe frente aos aspectos importantes que envolvem o consumo abusivo de álcool e drogas e, posteriormente, a realização de um planejamento em saúde pela equipe visando a aplicação das demais operações propostas.

As ações que visam a maior conscientização da população sobre a problemática será realizada nas residências através da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, na sala de espera da unidade de saúde e em pontos importantes do território, como as escolas. Além disso, serão explorados os meios de comunicação local, como o rádio.

Já o programa de apoio social e terapêutico será executado em parceria com o NASF baseado em um tratamento multidisciplinar visando a reabilitação do usuário e sua reinserção na sociedade. O apoio da equipe do CAPS ad nesse momento também será importante para que as ações sejam efetivas.

A fim de melhorar a fiscalização dos pontos de tráfico no território será realizado contato com as autoridades locais mostrando a realidade do consumo de drogas da área adscrita bem como as consequências dessa prática na saúde da população em geral, com vistas a reduzir também a criminalidade que assombra parte da população local, contando com o apoio da Secretaria de Assistência Social do município.

7. Identificação dos recursos críticos

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do consumo abusivo de álcool e drogas.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Saiba + Melhorar o nível de informação da população.	Político: articulação intersetorial e + espaço na rádio local. Financeiro: + recursos para a

	compra de materiais informativos.
+ Qualidade de Vida Buscar apoio social para melhoria da qualidade de vida da população.	Financeiro: + recursos para o desenvolvimento do programa.
Cuidando + Melhorar o tratamento dos usuários de álcool e drogas	Organizacional: + estrutura de serviço. Político: articulação intersetorial.
Viver Melhor Buscar apoio para autoridades para fiscalização dos pontos de obtenção de álcool e drogas no território.	Político: articulação intersetorial.
Buscando + Capacitar a equipe e estruturar o atendimento aos usuários de álcool e drogas.	Financeiro: + para recursos audiovisuais e impressos de estudo da equipe.

Os recursos críticos que envolvem a problemática são na maioria dos casos de origem política, organizacional e financeiro, envolvendo assim a articulação intersetorial, a estrutura do serviço e a necessidade de recursos para compra de materiais informativos para a equipe e a orientação da população em geral.

8. Análise da viabilidade

Quadro 4 – Análise da viabilidade dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do consumo abusivo de álcool e drogas.

Operação / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Saiba + Melhorar o nível de informação da população.	Político: + espaço na rádio local. Financeiro: + recursos para a compra de materiais	Setor de comunicação social Secretário de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária.

	informativos.			
+ Qualidade de Vida Buscar apoio social para melhoria da qualidade de vida da população.	Financeiro: + recursos para o desenvolvimento do programa.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessária.
Cuidando + Melhorar o tratamento dos usuários de álcool e drogas	Organizacional: + estrutura de serviço. Político: articulação intersetorial.	Secretário de Saúde Secretário de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto de intervenção.
Viver Melhor Buscar apoio para autoridades para fiscalização dos pontos de obtenção de álcool e drogas no território.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de Assistência Social	Indiferente	Apresentar o projeto de intervenção.
Buscando + Capacitar a equipe e estruturar o atendimento aos usuários de álcool de drogas.	Financeiro: + para recursos audiovisuais e impressos de estudo da equipe.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessária.

A análise da viabilidade do plano mostrou-se favorável em todos os aspectos, com a necessidade apenas da apresentação prévia do projeto de intervenção.

9. PLANO OPERATIVO

Quadro 5 – Plano operativo para o enfrentamento dos "nós" críticos do consumo abusivo de álcool e drogas.

Operação	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
Saiba +	Conscientizar a população sobre os riscos do uso abusivo do álcool e drogas.	Campanhas nas residências, escolas, pontos comerciais do território e meios de comunicação.	ACS	6 meses
+ Qualidade de Vida	Atender 80% dos usuários em situação de vulnerabilidade social e buscar reinserção social dos mesmos.	Programa de apoio social.	Enfermeiro e Assistente Social do NASF	6 meses
Cuidando +	Diminuir em 20% o consumo abusivo de álcool e drogas no território.	Programa de apoio terapêutico.	Médico	6 meses
Viver Melhor	Dificultar o acesso às substâncias no território.	Contato com as autoridades locais.	Enfermeira e Médico	6 meses
Buscando +	Capacitar 100% da equipe; Planejar o atendimento dos usuários.	Programa de capacitação e planejamento em saúde.	Enfermeira, Médico e NASF	3 meses

O plano operativo será realizado com apoio da equipe multidisciplinar da ESF e do NASF, sendo que possui atividades programadas para 1 ano de execução, com início previsto em até 3 meses. Vale destacar que as atividades terapêuticas devem ser contínuas, se tornando um grupo operativo fixo da unidade de saúde como os outros de Hipertensão, Diabetes, dentre outros.

10. Gestão do Plano

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações/projeto.

Operação: Saiba +				
Coordenação: Enfermeiro da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Campanhas nas residências, escolas, pontos comerciais do território e meios de comunicação.	Enfermeiro	6 meses	Programa a ser implementado.	
Operação: + Qualidade de Vida				
Coordenação: Assistente Social do NASF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Programa de apoio social.	Assistente Social	6 meses	Programa a ser implementado.	
Operação: Cuidando +				
Coordenação: Médico da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Programa de apoio terapêutico.	Enfermeiro e Psicólogo do NASF	6 meses	Programa a ser implementado.	
Operação: Viver Melhor				
Coordenação: Médico da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Contato com as autoridades locais.	Enfermeiro e Assistente Social do	6 meses	Programa a ser implementado.	

	NASF			
Operação: Buscando +				
Coordenação: Enfermeiro da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Programa de capacitação e planejamento em saúde.	Médico e Enfermeiro	3 meses	Programa a ser implementado.	

A avaliação das atividades contribui para a adequação e aprimoramento das ações frente a sua aplicabilidade prática e dos resultados alcançados. Dentro do prazo de 6 meses todas as ações já estarão desenvolvidas, possibilitando uma avaliação geral do projeto no prazo de 1 ano.

É importante ressaltar que, apesar da definição de tempo de avaliação, as adequações necessárias identificadas pela equipe já podem estar sendo colocadas em prática diante de sua necessidade conhecida no decorrer do desenvolvimento do projeto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura permitiu a construção do plano de ação com base nos princípios do PES visando a redução do consumo abusivo de álcool e drogas no território da ESF Carmelo, município de Passos-MG.

Além de campanhas que visam a orientação da população na prevenção do uso de álcool e drogas, o apoio social e terapêutico se torna necessário para que usuários desses tipos de drogas possam ser assistidos e encaminhados ao serviço de referência adequado.

O apoio psicossocial, em conjunto com a equipe do NASF, é primordial para a instituição de alternativas terapêuticas efetivas aos usuários.

O apoio de gestores também é necessário visto a existência no território de um ponto forte de consumo e tráfico de drogas.

Assim, verifica-se também a necessidade de capacitação da equipe para orientação da população quanto aos riscos do consumo abusivo de álcool e drogas bem como para a assistência adequada do usuário visando a abstinência.

REFERÊNCIAS

ALVES; V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **RDisan**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, nov. 2012/fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>>. Acesso em 07 nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha sobre Maconha, Cocaína e Inalantes**. Série Por Dentro das Drogas. Brasília: SENAD, 2004. Disponível em: <<http://www.antidrogas.pr.gov.br/arquivos/File/cartilhas/DrogascartilhasobreMaconhaCocainaInalantes.pdf>>. Acesso em 07 nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Presidência da República. OBID - Observatório de Informações Sobre Drogas. **Informações sobre Drogas: Definição e histórico**. 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico>. Acesso em 07 nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em 07 nov. 2014.

CAMPOS, A. G. de. Planejamento Estratégico Situacional na Atenção Básica: solucionando problemas e reinventando ações. **RBPS**, v. 22, n. 3, p. 151-156, 2009. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/554>>. Acesso em 14 jul. 2014.

CAPISTRANO, F. C.; FERREIRA, A. C. Z.; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P; MANTOVANI, M. F. Impacto social del uso abusivo de drogas para dependientes químicos registrados en prontuarios. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 3, set. 2013. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 nov. 2014.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMEBC**, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/multidisciplinares/efeito_das_drogas_psicotropicas_no_snc.pdf>. Acesso em 07 nov. 2014.

DELGADO, P. G. O SUS e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P. **Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Organizadores. Edições CUCA / UPUB, Rio de Janeiro, 2002.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R; e colaboradores. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zzivab1phXwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=processo+de+depend%C3%Aancia&ots=pfNqDxpe9k&sig=A8KRj6txyYzyBTyojiQ84GRfJ3A#v=onepage&q=processo%20de%20depend%C3%Aancia&f=false>>. Acesso em 07 nov. 2014.

DIETZ, G.; SANTOS, C. G. dos; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 7, n. 2, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49577>>. Acesso em 07 nov. 2014.

GOMES, F. D.; ALVES, S. M. C. Os projetos de lei sobre drogas ilícitas e o princípio da dignidade da pessoa humana. Anais dos III Congressolberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Cad. IberAmer.Direito. Sanit.**, Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C.. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2014.

MINAS GERAIS, Prefeitura Municipal de Passos. **Diagnóstico de Saúde ESF Carmelo**. 2012.

MINAS GERAIS, Prefeitura Municipal de Passos. **Plano Municipal de Saúde de Passos-MG**. Gestão 2014-2017.

MINAS GERAIS, Prefeitura Municipal de Passos. **Relatório Anual de Gestão**. 2012.

PINHEIRO, A.; PICANÇO, P.; BARBEITO, J. A realidade do consumo de drogas nas populações escolares. **Rev Port Clin Geral**, v. 27, p. 348-355, 2011.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.4, n.1, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3449/283>>. Acesso em 07 nov. 2014.

SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**. Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153/651>>. Acesso em 07 nov. 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e Drogas na Atenção Primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, abr./jun. 2012.

QUEIROZ, I. S.; GOMES, A. P.; REIS, A. L.; KNUPP, D. F. D.; AQUINO, C. R. Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 80-93, jan.-mar. 2014.