

O uso e abuso de álcool e outras drogas é sempre motivo de preocupação nacional dos países. A América do Sul é uma região ainda mais sensível à questão por ser centro produtor e rota de passagem do tráfico de drogas ilícitas. Contudo, drogas lícitas como álcool e tabaco também causam enormes transtornos sociais e perdas na vida de usuários, familiares e de toda a sociedade. Apesar da enorme repercussão política a respeito do consumo de crack, ainda é o álcool o responsável pela maior quantidade de vidas perdidas devido ao uso de drogas. Este livro buscará avaliar tanto a severidade do problema quanto as diferentes ações de saúde pública de cada região do país frente às ameaças e transformações ocorridas na lógica da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

DESIGUALDADE REGIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS



Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas à Luz da Saúde Pública



Artur Zimerman (organizador)

Ana Maria Fernandes Pitta
Anapaula Martins Mendes
Andreza Lima
Delma Perpétua Oliveira de Souza
Helôisa Garcia Claro
Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes
José Gilberto Prates
José Luís da Cunha Pena
Keyle Medeiros Maia Silva

Luciane Prado Kantorski
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Maria Santíssima de Lima
Marina Noll Bittencourt
Michele Mandagará e Oliveira
Paula Hayasi Pinho
Rileny Mascarenhas Campos Albuquerque
Valéria Cristina Christello Coimbra

**USO E ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
À LUZ DA SAÚDE PÚBLICA**

ARTUR ZIMERMAN
(Organização)

Série:
DESIGUALDADE REGIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS



UFABC

Santo André

2017

EQUIPE EDITORIAL:

Realização

Pró-reitoria de Extensão - UFABC

Daniel Pansarelli – Pró-reitor

Adalberto Mantovani Martiniano de Azevedo – Pró-reitor adjunto

Lilian S. Leite Menezes – chefe da Divisão de Extensão e Divulgação Científica

Coordenação geral

Artur Zimmerman

Conselho Editorial

Ana Maria Dietrich, Bacharelado em Políticas Públicas (UFABC)

Gerardo Alberto Silva, Bacharelado em Planejamento Territorial (UFABC)

Guilherme Oliveira Lima Cagliari Marques, Bacharelado Economia (UFABC)

Luciana Pereira, Bacharelado em Políticas Públicas (UFABC)

Preparação de originais e revisão

Daniel Igor Crispim

Isabel Klug

Kevin Campos Correia

Leila Dias

Lucas do Vale Moura

Sabrina Mendes

Thaís Pereira Martins

Capa e Arte

Kevin Campos Correia

Johnny Seron Bispo

CATALOGAÇÃO NA FONTE
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC
Responsável: Marciléia Aparecida de Paula CRB: 8/8530

Uso e abuso de álcool e outras drogas à luz da saúde pública / Organizado por Artur Zimerman — Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017.

117 p. - (Desigualdade regional e as políticas públicas; v. 10)

Disponível em: http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104034

ISBN: 978-85-65212-60-1.

1. Abuso de Álcool - Brasil. 2. Drogas - Brasil. 3. Políticas Públicas. 4. Saúde Pública. 5. Desigualdade. I. Zimerman, Artur, org. II. Série.

CDD 22 ed. – 362.290981

AGRADECIMENTOS

Este livro é resultado do projeto de extensão Desigualdade Regional e as Políticas Públicas, que vem sendo realizado na Universidade Federal do ABC, desde o ano de 2012 até o presente, anualmente. A apresentação da mesa sobre Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas à Luz da Saúde Pública ocorreu em 28 de julho de 2016, na unidade de São Bernardo do Campo, São Paulo.

Tivemos vários colaboradores e apoiadores desta ideia que se tornou livro, além de filme, disponibilizado no *blog* do projeto, e acessado pelo [link linkdesigualdaderegionalufabc.wordpress.com](http://linkdesigualdaderegionalufabc.wordpress.com). A equipe da Pró-Reitoria de Extensão da UFABC foi fundamental nesse esforço, desde a figura do pró-reitor, professor Daniel Pansarelli, do pró-reitor adjunto Adalberto Mantovani, passando pelos servidores desse setor, Lilian Menezes, Glória Oliveira, Ronny Mattos, dentre outros.

Os membros da Editora da UFABC, por meio de sua coordenadora, professora Adriana Capuano de Oliveira, sucedendo Maria Gabriela Marinho, e de seus colaboradores Cleiton Klechen e Natália Gea, auxiliaram à continuidade de publicação dos livros no âmbito do Projeto de Extensão em destaque.

Os alunos Daniel, Isabel, Kevin, Leila, Lucas, Sabrina, e Thaís foram fundamentais para a execução do projeto no dia a dia e tiveram participação variada, desde o planejamento detalhado, seguindo para a preparação dos encontros, a logística, e o pós-preparo. Eles alimentaram o *blog* do projeto, que foi criado pelo Johnny Seron Bispo e Leonara Almeida (antigos bolsistas deste projeto) que serve como nosso cartão de visitas frente ao público geral. Apenas palavras não bastariam para agradecer aos alunos atuais e aos que os antecederam pois, com garra e coragem, ficaram frente a este inovador projeto.

O órgão da Universidade Federal do ABC (UFABC) que apoiou na aquisição de passagens aéreas e diárias para tornar real o encontro, que reúne especialistas do assunto, dos cinco cantos do país, e que foi fundamental para a concretização deste sonho ficou centrado na Pró-reitoria de extensão e cultura (PROEC). Além disso, o apoio de divulgação dos bacharelados da área de humanidades e ciências sociais, e dos programas de pós-graduação Políticas Públicas, Ciências Humanas e Sociais, e Planejamento e Gestão do Território,

engrandeceu ainda mais este projeto de extensão, já que serviu como ponte entre os pilares de nossa tarefa em ensino, pesquisa e extensão.

Os parceiros externos foram fundamentais para a criação do Projeto Desigualdade Regional e as Políticas Públicas, por várias razões e, dentre elas, a preocupação com a sociedade brasileira como um todo, o compromisso com seu desenvolvimento e com a redução das desigualdades via políticas públicas. Os longos encontros de mais de 4 horas foram regados a agradáveis *coffee breaks*, oferecidos generosamente pelo Sindicato dos Metalúrgicos do ABC (SMABC) e pela própria UFABC.

Juntamente com o SMABC, nos auxiliaram os parceiros do sindicato que tratam da mídia escrita e televisiva. O Jornal ABCD Maior e a TV dos Trabalhadores (TVT) fizeram matérias de coberturas destes eventos, chamadas ao grande público e reportagens após a realização das mesas. Foram importantes para que nossos encontros tivessem repercussão fora das portas da universidade.

Não poderíamos deixar de mencionar todos os professores e autores que participaram deste projeto de extensão, em especial este ocorrido em 28 de julho de 2016, cujo tema é o nome do livro, ou seja, Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas à Luz da Saúde Pública. Em ordem alfabética: Ana Maria Fernandes Pitta (Universidade de São Paulo/UCSal/UniCeuma), Artur Zimmerman (Universidade Federal do ABC/SP) como coordenador do projeto, Delma Perpétua Oliveira de Souza (Universidade Federal de Mato Grosso/MT), Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes (Universidade Federal do ABC/SP), Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira (Universidade de São Paulo/SP), Marina Nolli Bittencourt (Universidade Federal do Amapá/AP), Michele Mandagara de Oliveira (Universidade Federal de Pelotas/RS).

Espera-se que, com essa obra, possamos dar uma contribuição para a efervescente discussão sobre políticas públicas no Brasil e, por meio disso, reduzir as desigualdades nos e dos rincões mais distantes e mais próximos desse Brasil afora.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Artur Zimmerman.....8

PARTE I – REGIÃO NORTE

Cenário da Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas na Região Norte do Brasil

Marina Nolli Bittencourt, José Luis da Cunha Pena, Anapaula Martins

Mendes, Rileny Mascarenhas Campos Albuquerque.....10

1. Introdução
2. Características sociais e ambientais da região norte do Brasil
3. Perfil do uso, abuso e dependência de álcool na região norte do Brasil
4. Cenário atual da atenção às pessoas com transtornos mentais e com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas na região norte
5. Desafios atuais da região norte: Políticas relacionadas ao álcool e outras drogas e a rede de atenção psicossocial
6. Os desafios dos atendimentos no CAPSad, e os reflexos da implantação do “plano crack é possível vencer”: Um relato de caso do estado do Amapá
7. Conclusão
8. Referências bibliográficas

PARTE II – REGIÃO NORDESTE

Avaliação da Humanização do Cuidado em Saúde Mental e Drogadição em Centros de Atenção Psicossocial no Nordeste do Brasil: O Olhar do Usuário, do Familiar e do Profissional

Ana Maria Fernandes Pitta, Andrezza Lima.....28

1. Introdução
2. Metodologia
3. Resultados e discussão
4. Considerações finais/conclusões
5. Referências bibliográficas

PARTE III – REGIÃO CENTRO-OESTE

Saúde Pública: Uso, Abuso de Álcool e Outras Drogas no Contexto da Região Centro-Oeste

Delma Perpétua Oliveira de Souza, Keyla Medeiros Maia Silva, Maria Santíssima de Lima.....39

1. Introdução
2. Saúde pública para uso abuso de álcool e outras drogas na região centro-oeste
3. Considerações finais
4. Referências bibliográficas

PARTE IV – REGIÃO SUDESTE

Rede de Atenção Psicossocial e Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas nos Estados de Minas Gerais e São Paulo

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Heloísa Garcia Claro, Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes, José Gilberto Prates, Paula Hayasi Pinho.....55

1. Introdução
2. Histórico: Reforma psiquiátrica e construção da rede de atenção psicossocial
3. Novas políticas públicas e aspectos éticos e legais
4. Rede de atenção psicossocial
5. Dados epidemiológicos da região sudeste
6. Caracterização da raps na região sudeste
7. Conclusão
8. Referências bibliográficas

PARTE V – REGIÃO SUL

Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas À Luz da Saúde Pública no Sul do Brasil

Michele Mandagará De Oliveira, Valéria Cristina Christello Coimbra, Luciane Prado Kantorski.....82

1. Introdução
2. Redes de atenção psicossocial (raps) na região sul do Brasil
3. Resultados e discussão
4. Considerações finais
5. Referências bibliográficas

PARTE VI – FECHAMENTO

A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: Uma visão a partir das Regiões

Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes.....99

PREFÁCIO

O presente livro é o resultado do 13º encontro do Projeto Desigualdade Regional e as Políticas Públicas, ocorrido em 28 de julho de 2016, e que tratou do tema **USO E ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS À LUZ DA SAÚDE PÚBLICA**.

As políticas públicas são uma área emergente nas discussões locais, regionais e nacionais. Cada vez mais um número maior de pessoas se interessa por essa temática, quer seja pelo aumento da representação da sociedade civil na articulação de políticas, quer seja pelas demandas de grupos específicos na sociedade. Sentaram à mesa um especialista sobre drogas na perspectiva da saúde pública de cada região do país, para que pudessemos ter a diversidade e a representatividade de grande parte da realidade brasileira. Todos os que participaram do evento na UFABC têm doutorado e são pesquisadores ativos em instituições com as quais mantêm vínculos. Estes, foram auxiliados por colaboradores adicionais na redação deste livro.

O Brasil está num momento em que precisamos refletir nossa situação para, com isso, projetar novos horizontes e termos claro o que queremos para nosso futuro como sociedade brasileira, tanto a nível local, como regional e nacional, em áreas vitais como a discutida na mesa, drogas e saúde. O uso e abuso de drogas impacta várias áreas das políticas públicas, como saúde, assistência social, segurança, trabalho, renda, dentre outras. O Brasil está na rota do tráfico de drogas e é um dos países mais desiguais do planeta. Além disso, apresenta índices elevados de violência e consumo de drogas e álcool. Devemos, como sociedade e academia, refletir sobre estas questões e estudá-las, para propiciar elementos que possam contribuir com as políticas públicas neste tema, com impactos sobre segurança, saúde, moradia e afins.

O Brasil, desde seus primórdios, foi pautado pela divisão muito desigual de recursos. Autores da área de ciências sociais chamavam o país de “Brasis”, exaltando sua múltipla face em relação ao poder aquisitivo, social, político, econômico e cultural das diferentes camadas. A classe média sempre foi menor em proporção aos países desenvolvidos.

A proposta deste livro e dos outros da série Desigualdade Regional e as Políticas Públicas clama pela necessidade de refletir o país para dar condições e oportunidades às diferentes camadas, reduzindo o abismo entre os que têm e os que não possuem absolutamente nada.

A Universidade Federal do ABC (UFABC) foi criada principalmente para colaborar com a inclusão social e educacional na região do Grande ABC, reduzindo, assim, as desigualdades e proporcionando aos jovens uma educação superior gratuita e de qualidade. Não é à toa que fomos a universidade com a política de cotas mais agressiva do país, ou seja, metade das vagas destinadas a alunos menos privilegiados econômica e socialmente. Esta política está surtindo efeito e, agora, temos aprovada em âmbito nacional a nova “lei de cotas”, em que todas as universidades federais do país deverão se adequar a esta nova realidade com reserva da metade das vagas para alunos menos privilegiados. Isso prova que estamos no caminho certo, e que a única possibilidade de melhorarmos nossa sociedade é através da educação para todos, com excelência acadêmica.

Esta atividade realizada e transformada agora em livro aborda exatamente questões maiores de temas selecionados para discutir e rediscutir nosso país, os rumos que estamos tomando e como satisfazer diferentes camadas da população.

O projeto pedagógico da UFABC tem como diretriz a interdisciplinaridade, tanto é que os dois cursos de ingresso na graduação são bacharelados interdisciplinares, um de tecnologia e outro de humanidades. Esse livro, portanto, traz autores de diferentes formações acadêmicas, respeitando a interdisciplinaridade na temática das políticas de saúde pública no que tange às drogas. Temos profissionais formados em enfermagem, licenciatura em ciências, licenciatura em pedagogia, medicina, obstetrícia, relações internacionais, e serviço social.

A elaboração e a compilação deste volume foram regadas por momentos de prazer indescritíveis, visualizando nosso futuro como nação, almejando pela melhoria da condição da saúde pública para os usuários de drogas e para toda a população em geral. Sem saúde, não há qualidade de vida.

Artur Zimmerman
UFABC

PARTE I

REGIÃO NORTE

CENÁRIO DA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Marina Nolli Bittencourt

Professora Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Amapá. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições – Álcool e outras drogas (NEPEAA), da USP e do Grupo de Pesquisa Enfermagem em Saúde Mental/Psiquiatria da UFAP.

E-mail: marinanolli@unifap.br

José Luis da Cunha Pena

Mestre pela Universidade Castelo Branco.

Anapaula Martins Mendes

Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Rileny Mascarenhas Campos Albuquerque

Especialista em Gênero e Diversidade pela UFAP.

1. INTRODUÇÃO

Não diferente de outras regiões do país, a região Norte, ainda antes da criação de uma política específica para a atenção a usuários de álcool e outras drogas, no ano de 2006, apresentava dificuldades em estabelecer medidas de cuidado a estes indivíduos de acordo com suas especificidades. De maneira histórica, a implementação de cuidado a pessoas que caracteristicamente são inseridas em uma posição excludente, como no caso de usuários de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, é uma árdua tarefa para aqueles que se propõem a executá-la.

É certo que, desde a implantação da “Política Nacional de Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas” inúmeras ações e projetos relacionados ao “enfrentamento” das drogas têm sido frustradas ou tem apresentado resultados pouco significativos. Contudo a avaliação destas estratégias tem feito com que gestores reflitam em relação às necessidades de mudanças frente à situação apresentada no país.

Frente ao exposto, apresentaremos o cenário da atenção a usuários de álcool e outras drogas na região Norte do país, apontando as características sociais e ambientais, e desigualdades regionais da região Norte; o perfil do uso, abuso e dependência de álcool, tabaco e outras drogas na região; o cenário atual da atenção a pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nessa região; os desafios atuais da região Norte em relação às políticas relacionadas ao álcool e outras drogas e a rede de atenção psicossocial; e, por fim, será apresentado um relato de caso no estado do Amapá, sobre os desafios dos atendimentos no CAPSad, e os reflexos da implantação do “Plano Crack é Possível Vencer”:

2. CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E AMBIENTAIS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

A região norte é a maior região do Brasil em área territorial, com 3.869.638 km², e possui os dois maiores estados do país: Amazonas e Pará. Porém, a região Norte possui as menores densidades demográficas. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) apontaram que a região, composta por sete Estados, possui aproximadamente 15,5 milhões de habitantes, sendo o estado do Pará o mais povoado, e Roraima o menos povoado, com aproximadamente 488.000 habitantes.

É uma região coberta pela Floresta Amazônica, sendo, dessa forma, a principal área de preservação ambiental do Brasil. Uma peculiaridade dessa região é que quase todos os estados fazem fronteira com outros países, tanto da América Central, como Suriname e Guiana Francesa quanto países da América do Sul como Bolívia, o que, muitas vezes, pela falha no controle do fluxo de pessoas e mercadorias, faz com que o comércio de drogas esteja fortemente presente e o uso dessas drogas também.

A economia é composta basicamente por atividades industriais; atividades que incluem a prática de extrativismo vegetal e mineral; além das atividades turísticas. A grande preocupação é a expansão que tem ocorrido na fronteira agrícola brasileira e a remoção vegetal que é consequência dessa expansão, pois a Floresta Amazônica tem um papel essencial na regulação do clima em nosso continente. Além disso, as disputas pela terra que envolve grileiros e comunidades indígenas, muitas vezes, faz com que os indígenas tenham que seguir para cidades, acarretando mudanças bruscas em seu modo de viver e de se relacionar com os bens de consumo das cidades, e o uso/abuso de álcool aparece como uma questão de grande relevância nesse contexto.

De modo geral, na região Norte do Brasil, diferente das regiões Sul e Sudeste, os dispositivos de saúde se concentram nas capitais dos estados; já os demais municípios são, em geral, de pequeno porte e possuem logísticas peculiares de acesso. Dessa forma, existe uma precariedade em relação ao acesso a diversos serviços como os serviços de saúde principalmente nestes municípios mais longínquos em que a população necessita se deslocar à capital em diversas situações.

A diversidade cultural da região Norte é grande, uma vez que a população é bem miscigenada (indígenas, gaúchos, paranaenses, nordestinos, africanos, europeus e asiáticos). É uma região com grandes festejos religiosos, como o Círio de Nazaré que ocorre em Belém-PA, e do Marabaixo no Amapá, que trata-se de comemoração religiosa praticada por remanescentes de quilombos, os quais demonstram sua fé através da dança, do canto e do consumo da gengibirra, bebida feita à base de gengibre e álcool, e que durante os rituais é consumida por todos desde as crianças até os idosos.

Apesar das riquezas vegetais e culturais, a região Norte possui muitas desigualdades sociais, quando comparada às demais regiões do país o que é apontado pelas altas taxas de mortalidade infantil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014 a região Norte apresentou a segunda maior taxa de mortalidade infantil no Brasil, sendo o estado do Amapá o estado com as maiores taxas da região. Os dados mostram que para cada mil nascidos vivos no estado 23,7 crianças morreram, a média nacional foi de 14,4 óbitos por cada mil nascidos vivos. Além disso, a expectativa de vida do estado foi menor do que a média nacional (IBGE, 2015).

Essas altas taxas são um reflexo das precárias condições sociais da população na região Norte, na qual se inclui a situação em que a saúde de alguns estados do Norte se encontra caracterizada pela insuficiência para atender toda a população. Além disso, em relação ao Amapá, estado com a maior taxa de mortalidade infantil da região, apenas 19,7% das moradias são adequadas, percentual muito abaixo da média brasileira, registrada em 61,7% (IBGE, 2015).

Dessa forma, observa-se que a região Norte é uma região com diversas peculiaridades regionais, de acessibilidade e de cultura, e com grandes carências de serviços sociais básicos, como serviços de saneamento básico e serviços de saúde. Isso faz com que desigualdades sejam visíveis quando lançamos o olhar para as demais regiões do país, além de desigualdades dentro da própria região - entre os estados, e nas cidades.

3. PERFIL DO USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Dentre os estudos epidemiológicos realizados no Brasil sobre o uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, os principais levantamentos foram feitos com um olhar para as cinco regiões do país – Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e com um olhar as capitais brasileiras e as cidades mais populosas do Brasil.

O II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil publicado em 2006, envolveu as 108 maiores cidades do país. Em relação à região Norte o estudo apontou que o uso na vida de qualquer droga, exceto Tabaco e Álcool, foi de 14,4 %, tendo a menor estimativa do Brasil. As estimativas de uso da vida de álcool foi 53,9 e de tabaco 37,1; dentre os dependentes de Álcool e Tabaco as estimativas de uso na vida também foram as menores do País com os valores de 8,7% e 8,1%, respectivamente, sendo mais comuns no sexo masculino. Em relação ao tabaco, chama a atenção para um número significativo de dependentes na idade de 12 a 17 anos, sendo a maior taxa entre mulheres. O uso na vida de Orexígenos (medicamentos para estimular o apetite) foi semelhante ao uso da Maconha - 5,0% e 4,8% - respectivamente. Quando se comparou o uso na vida de todas as drogas psicotrópicas no Brasil, observou-se uma diminuição do uso de todas as drogas do I Levantamento para o II Levantamento, com exceção do álcool e tabaco, que tiveram um aumento (CARLINI et.al., 2006).

Conforme dados do Relatório Brasileiro sobre Drogas de 2009, as internações relacionadas ao uso de drogas na região Norte referem-se, em grande parte, a sujeitos entre 20 e 59 anos de idade, a maioria dos indivíduos internados por uso de drogas é do sexo masculino. Nessa região, o maior número de internações entre 2001 e 2007 foi na capital Rio Branco; já o número de óbitos associados ao uso de drogas, nesse mesmo período, foi estável na região. As taxas de óbito por 100.000 mil habitantes associadas ao uso de drogas em geral foram menores na Região Norte. Em relação aos acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, a Região Norte foi a que apresentou o menor número (DUARTE, STEPLIUK, BARROSO, 2009).

O Relatório Brasileiro sobre drogas ao mapear entre 2006 e 2007 as instituições com atividades de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, apontou que apenas 9% das instituições situam-se na Região Norte, a menor porcentagem de instituições com

atividades de prevenção mapeadas. Em relação às instituições que realizam estratégias de redução de danos a região Norte também apresenta o menor número de instituições, apontando a importância para a formação dos profissionais e sensibilização dos gestores estaduais sobre a importância de políticas que propunham a implantação de serviços essenciais para a ampliação e eficácia do cuidado direcionado a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (DUARTE, STEMPLIUK, BARROSO, 2009).

Em relação às crianças e adolescentes, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (2010) apontou que, dentre as capitais do Norte, 21,1% dos estudantes referiram uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 8,9% referiu uso no último ano, e 4,3% uso no mês, sem diferenças entre gêneros. A maioria referiu ter consumido drogas com idade maior de 16 anos, mas também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos (CARLINI et.al.,2010).

Ainda conforme o VI Levantamento na região Norte as drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco. Em relação às classes de drogas mais citadas foram observadas diferenças por gênero: maior proporção de meninos relatou uso de drogas ilícitas, enquanto maior proporção de meninas relatou uso de medicamentos sem prescrição. Entre os anos de 2004 e 2010 foi observada redução no número de estudantes que relataram consumo de álcool, o que levanta a necessidade da proposição de políticas estratégias específicas para crianças e adolescentes (CARLINI et.al.,2010).

Por fim, mais recentemente, dados do estudo de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2014) apontaram que na região Norte 7,5% dos adultos são fumantes, sendo 10,3% homens e 4,8% mulheres. O estudo apontou que há 12,5% de fumantes passivos em domicílio, sendo a maioria mulheres. Em relação ao álcool, o estudo apontou que 16% dos moradores das capitais do Norte do país - 26,8% entre homens e 7,4% entre as mulheres - consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias. As capitais Palmas e Porto Velho apresentaram as maiores frequências entre as capitais da região Norte (BRASIL, 2014).

Conclui-se com os dados das principais pesquisas que avaliam o uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas no Brasil, que o consumo de diversas drogas têm diminuído na região Norte. Porém, algumas drogas como o tabaco e o álcool na população adulta, e o crack entre crianças e adolescentes tem apresentando uma tendência crescente de consumo em alguns estados; somando-se a esse fato, observa-se que a região Norte foi apontada como a região em que há o menor número de serviços de assistência a essa população usuária/dependente de álcool, tabaco e outras drogas.

Dessa forma, levanta-se a importância de um olhar ampliado para as necessidades relacionadas ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas na região e se os poucos serviços existentes na região Norte são capazes de atender a essa demanda levantada em estudos nacionais prévios, para que, assim, estratégias e políticas sejam propostas.

4. CENÁRIO ATUAL DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E COM NECESSIDADES RELACIONADAS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO NORTE

Em 2015, foi lançado a 12ª versão do Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015), que são os dados mais atuais do cenário da atenção em saúde mental nos diferentes estados brasileiros. Este documento apresenta informações do processo de desinstitucionalização e da situação do processo de transição do modelo assistencial. Também apresenta a forma como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem assumindo o cuidado das pessoas com problemas com drogas, fortalecendo a temática dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos a todos os usuários da RAPS (BRASIL, 2015).

Dentre os serviços da RAPS direcionados às pessoas com problemas relacionados às drogas, os Consultórios na Rua (CR), que fazem atendimentos em saúde e usam de estratégias de redução de danos junto aos usuários de drogas, estão presentes na região Norte, porém diferente das demais regiões do país a presença desses dispositivos está aquém das necessidades locais. Dentre os estados que possuem esse dispositivo têm-se o

Acre que possui um CR na modalidade I; o Amapá que possui um CR na modalidade II sob supervisão da Secretaria Municipal de Saúde; e, por fim, o Amazonas que possui um CR na modalidade III. Dentre os diversos locais de passagem da equipe os locais onde ocorre o consumo de drogas nas cidades são visitados (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que devido às peculiaridades do território e da distribuição da população na região os Consultórios na Rua que se encontram nas capitais dos Estados não chegam aos locais mais remotos onde as demandas de saúde tem se mostrado importantes, em especial, os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Por isso, um dos estados da região Norte vai lançar um programa chamado “Saúde Mental Itinerante”, proposta que já havia sido colocada por gestões anteriores, no Amapá, e que visa trabalhar com a população de ribeirinhos, indígenas, quilombolas e detentos com o objetivo de suprir parte dessas desigualdades territoriais por meio de estratégias de prevenção e redução de danos à pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) álcool e drogas, que são os dispositivos de atenção especializada às pessoas com problemas com drogas, na região Norte, assim como nas demais regiões do Brasil, observou-se uma expansão da cobertura desses serviços que passou de 0,12 para cada 100.000 habitantes em 2002 para 0,61/100.000 em 2014. A cobertura atual é considerada boa, porém é a menor cobertura em relação às demais regiões do país, estando os estados do Amazonas, Acre e Amapá dentre os estados com menor cobertura no país e, diferente dos demais, com uma cobertura considerada regular/ruim (BRASIL, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) na sua modalidade I e II estão presentes em cinco dos sete estados da região Norte, dentre eles, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima, sendo o maior quantitativo - seis deles, no estado do Pará. Em relação aos CAPSad na modalidade III, dois estados – Acre e Pará possuem um desse serviço, e Tocantins possui dois desses serviços. Porém, esse total de quinze CAPSad na região Norte também está aquém das demais regiões do país, que possuem mais que o dobro desses serviços em seus territórios (BRASIL, 2015).

Dentre os municípios elegíveis para a presença de um CAPS na região Norte, com exceção dos estados de Roraima, Rondônia e Tocantins, todos possuem uma defasagem de mais de 50% na cobertura de CAPS, chegando a 71% de defasagem de CAPS nos municípios habilitados no estado do Acre e 66,7% no Amapá (BRASIL, 2015).

Demonstrando assim, a desigualdade presente nesses dois estados em relação aos investimentos em serviços que são colocados na 10.216/2001 como estratégias essenciais de cuidado a pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas com foco na Reabilitação Psicossocial e Redução de Danos.

Em relação aos leitos de saúde mental em hospital geral a região Norte é a segunda região com o menor número desses leitos habilitados. Com exceção dos estados do Acre, Tocantins e Rondônia, os demais não possuem leitos habilitados. Tal fato é negativo já que esses leitos se distinguem substancialmente dos leitos de psiquiatria em hospital geral e uma vez que, para eles, são definidos parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento no contexto da atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O fato positivo é que apenas três estados da região Norte -Acre, Pará e Amazonas- possuem Hospitais Psiquiátricos, totalizando 152 leitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015). No estado do Amapá tem-se, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, a enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas que conta, atualmente, com treze leitos em funcionamento, sendo a única referência do Estado para internação psiquiátrica. Em consonância com a Política Pública para a Saúde Mental, a equipe que atua na enfermaria defende a internação breve, entretanto, por abandono da família, existem três pacientes, cuja internação prolonga-se por anos.

Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que são dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas que passaram por longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, na região Norte, há dois desses serviços: um no Pará e outro em Tocantins estando apenas o último habilitado. Apesar da presença dos hospitais Psiquiátricos no Acre e no Amazonas e de haver egressos desses hospitais no Amapá não há a presença desses serviços nesses locais (BRASIL, 2015). No Amapá há três usuárias que moram há mais de três anos na enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da capital que se beneficiariam com a presença desses serviços, porém a falta deles fez com que o hospital se tornasse o lar dessas mulheres. Na região Norte, há apenas 36 beneficiários do Programa De Volta Para Casa o que também fica muito aquém das demais regiões do país (BRASIL, 2015).

Em relação às iniciativas de geração de trabalho e de renda para pessoas com transtornos mentais e com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, o

Saúde Mental em Dados apontou que há na região Norte um total de 79 das 1008 iniciativas cadastradas em todo o Brasil, representando 7,8% do total (BRASIL, 2015). O Amapá possui apenas uma dessas iniciativas que é o menor número em comparação com os demais estados do país. Tal fato nos leva a refletir até que ponto os Centros de Atenção Psicossocial presentes nas cidades do Norte têm assumido o seu papel de Reabilitação Psicossocial, o qual é a base da nossa política. Quando não se dá o devido olhar para a geração de renda dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial, deixa-se o indivíduo mais vulnerável e com o menor poder de contratualidade.

Dessa forma, considerando os sete componentes da Rede de Atenção Psicossocial - Atenção Básica, Atenção Psicossocial estratégica, Atenção de urgência e emergência, Atenção residencial de caráter transitório, Atenção hospitalar, Estratégia de desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial - e com os dados do levantamento Saúde Mental em Dados (2015) apresentados para a região Norte do Brasil, concluímos que há uma desigualdade de cobertura de serviços nos diversos componentes da RAPS quando comparamos com as demais regiões do país, além da inexistência de algumas estratégias essenciais para uma atenção integral das pessoas com transtornos mentais ou problemas relacionados ao uso de drogas em alguns estados da região Norte o que reforça, ainda mais, a urgência de políticas específicas direcionadas às questões relacionadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

5. DESAFIOS ATUAIS DA REGIÃO NORTE: POLÍTICAS RELACIONADAS AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nos últimos anos tivemos várias mudanças no modelo de Atenção à Saúde Mental no Brasil, e a região Norte vem compartilhando com essa idéia e com a proposta comunitária de atender o ser humano nos serviços ofertados na Rede de Saúde Mental e, portanto, reforçando os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em substituição ao modelo hospitalar. Porém, de uma forma mais lenta em relação às demais regiões do país, muitas vezes devido ao descompromisso dos gestores em propor políticas que acelerem essa expansão.

Entretanto, conforme os dados ainda observamos a presença de enfermarias psiquiátricas em hospital geral e de hospitais psiquiátricos na região por não haver CAPS III e CAPASad III suficientes em operacionalização que sejam capazes de realizar a internação breve, quando necessário, aos usuários em crises psicóticas e pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas que necessitam de desintoxicação. Isso faz com que haja o predomínio do modelo biomédico com centralização das ações e uma forte influência da indústria farmacêutica, refletindo em uma maior patologização e medicalização dos sujeitos que procuram os serviços de saúde ofertados à comunidade.

No dia-a-dia dos serviços de internação psiquiátrica, conforme relatos de profissionais do estado do Amapá, existem questões problemáticas a serem equacionadas pela equipe, dentre as quais: o atendimento das crises psicóticas, como a agitação psicomotora; alterações senso perceptivas; alto potencial de agressividade em alguns usuários; demandas que exigem investigação clínica; riscos de fuga, homicídio e suicídio, tendo consequências na organização diária da prática profissional, exigindo conhecimentos e habilidades. Sendo comum a intervenção da contenção física ou química do usuário, práticas restritas ao atendimento emergencial, que incluem o atendimento a pacientes que chegam intoxicados devido ao uso em excesso de substâncias psicoativas.

Outro grande desafio é o atendimento dos menores infratores que têm problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Relatos de profissionais do Amapá apontam que no período de 2004 a 2005 a enfermaria psiquiátrica do estado foi referência para a internação compulsória por ordem judicial de menores infratores com supostos problemas com álcool e/ou outras drogas. Isso fez com que esses adolescentes fossem tratados juntos com os demais pacientes em idade adulta com demandas psiquiátricas graves. Esses menores, com alto potencial de agressividade, tentavam manter relações, muitas vezes de forma violenta com as mulheres internadas. Isso fazia com que a equipe de saúde realizasse a contenção física destes menores sob o olhar do Educador que ficava como acompanhante dos referidos. Ressalta-se que a enfermaria supracitada é cadastrada para usuários na fase adulta, ou seja, tal ordem judicial ia contra as regras do serviço.

Estes menores faziam armas (estoques) das colheres plásticas para intimidar a equipe e os pacientes psiquiátricos e quebravam as paredes e o forro da Enfermaria quando estavam sem contenção física. Isso fez com que a equipe mantivesse esses menores permanentemente em contenção física no leito com membros superiores,

inferiores e região torácica contidos com faixas (Contenção Física Total) em virtude do Risco de auto e hetero agressividade apresentado pelos menores.

Foi um momento de intensos conflitos da equipe dessa enfermaria psiquiátrica com a Coordenação de Saúde Mental local que acatou os pedidos de saída desses menores apesar de a enfermaria ainda hoje ser a única referência de internação psiquiátrica do Estado. Após um ano de lutas e depois de várias discussões e posicionamentos junto ao judiciário, esses meninos foram transferidos para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) em outros estados da região Norte do Brasil, dentre eles, o estado do Pará que assim como o Amapá não possui leitos em serviços hospitalares de referência, apenas em hospital psiquiátrico.

Além disso, nos dias atuais, muitos desses adolescentes são encaminhados para tratamento devido aos problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas nos CAPSad e nos CAPSi nas cidades da região Norte. Porém, conforme relatos de alguns profissionais, além de chegarem algemados e acompanhados por policiais, o que causa um grande desconforto dentro dos serviços, o tratamento é imposto de forma compulsória e os profissionais não se sentem preparados a atender a essa demanda.

Outro desafio que tem sido lançado para as Coordenações de Saúde Mental da região Norte é o pedido de auxílio das DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) locais para a elaboração de projetos e políticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas na população indígena, que tem aumentado de forma alarmante. No estado do Amapá a primeira reunião da equipe técnica ocorreu em julho de 2016 e firmou-se o compromisso de promover estratégias de redução de danos e intervenção breve com os indígenas da área do Oiapoque e daqueles que vêm fazer tratamento em Macapá e ficam hospedados na Casa de Saúde do Índio – CASAI. Objetiva-se também capacitar os profissionais de saúde que atendem a população indígena da área Wajãpi, Oiapoque e Tumucumaque com auxílio da professora e pesquisadora da Escola de Enfermagem da UNIFAP, campus Oiapoque.

Observa-se que as Redes de Atenção Psicossocial dos sete estados da região Norte, apesar de estarem se articulando com maiores deficiências em estados como o Acre, elas têm dificuldades em exercer e entender o seu papel e os recursos que podem ser acessados pelos serviços. Além disso, observa-se a necessidade de ampliar e habilitar os CAPS II existentes em CAPS III, mas por falta de espaços/casas propícios para atender a esses serviços nas cidades e da morosidade das decisões políticas na região, essas mudanças

são realizadas de forma lenta. Por esse motivo, observa-se que muitos obstáculos precisam ser trabalhados, tanto na infraestrutura de imóveis nas cidades quanto no entendimento dos governos sobre a importância dos CAPS III que poderão no futuro diminuir cada dia mais o fluxo de pacientes nos hospitais e serviços de emergência.

Por fim, os municípios de Macapá-AP, Boa Vista-RO, Santarém-PA e Itaituba-PA estão recebendo o Projeto REDES, que se trata de uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-MJ em parceria com a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e com o Ministério do Desenvolvimento Social. Esse projeto tem como objetivo o desenvolvimento de metodologias de integração entre as políticas públicas dos municípios através da proposição de fóruns de gestão compartilhada, de canais de diálogo e de lugares de encontro entre os profissionais das diversas redes existentes nos municípios para que esses possam debater e avaliar de forma permanente como tem se dado a prevenção, a promoção, o cuidado à saúde, a inclusão e o exercício da cidadania das pessoas com problemas relacionados às drogas. E, para que isso ocorra, o trabalho tem sido feito por meio da mediação do articulador.

Os articuladores têm, inicialmente, realizado o mapeamento das redes existentes no município, e agora irão iniciar com a proposição de fóruns de discussão com a presença dos profissionais dessas diversas redes. O desafio do articulador encontra-se na morosidade política instituída nesses estados, o que dificulta a ampliação da Rede nos Estados, e a proposição de políticas que auxiliem nesse processo.

Apesar desses desafios e desigualdades educacionais e de amplitude da RAPS do Amapá, algumas Coordenações de Saúde Mental dos estados do Norte, assim como o caso de Macapá, têm trabalhado na proposição e desenvolvimento de cursos e assembleias de capacitação dos profissionais dos serviços que compõem a RAPS, e vem acelerando a abertura de serviços do componente da Atenção Psicossocial estratégica -CAPS, Atenção residencial de caráter transitório – Unidades de Acolhimento, e Estratégias de desinstitucionalização – Residencial Terapêutico, o que nos chama a atenção para a importância de uma gestão comprometida, pois a gestão tem um papel de grande importância para que sejam propostas políticas para que a rede de atenção psicossocial de uma determinada localidade funcione de forma eficaz.

6. OS DESAFIOS DOS ATENDIMENTOS NO CAPSAD, E OS REFLEXOS DA IMPLANTAÇÃO DO “PLANO CRACK É POSSÍVEL VENCER”: UM RELATO DE CASO DO ESTADO DO AMAPÁ.

6.1 ATENDIMENTOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DE MACAPÁ

Grandes desafios são impostos aos profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas em todo o Brasil. Isso porque são serviços que, diferente das demais modalidades de CAPS, atendem sujeitos com suas funções psíquicas muitas vezes preservadas, mas que demandam um olhar para a sua relação com a drogas, que vai além do olhar do psiquismo, mas que engloba também um olhar para a redução dos danos que a droga traz a esse sujeito; para as estratégias que trabalham as motivações; para o uso dessas substâncias; e para a mudança de seu comportamento. O que demanda a proposição de Planos Terapêuticos que atendam às necessidades específicas apresentadas por esses usuários e que o auxiliem em sua Reabilitação Psicossocial.

Em relação ao CAPSad presente na capital do Amapá - Macapá - são percebidas práticas, em alguns momentos, manicomial com a proposição de oficinas pouco terapêuticas, inclusive com recompensas aos usuários que participam de forma ativa; e a inexistência da proposição e construção de um Plano Terapêutico Singular, que se confunde com a discussão de casos clínicos na equipe, deixando de lado o olhar para o sujeito. Porém, vale ressaltar que essa forma de trabalhar nos CAPS está relacionada, muitas vezes, a deficiência na formação dos profissionais que muitas vezes não possuem em sua formação o olhar para a Reabilitação Psicossocial e para as políticas de saúde mental no Brasil.

Outra grande deficiência do Estado que acaba gerando conflitos nos CAPSad é a inexistência de um Albergue na cidade e de um restaurante popular com preço acessível aos moradores de rua. Isso, pois, grande parte dos usuários dos CAPSad são moradores de rua e acabam procurando o serviço com o objetivo principal de ter acesso a uma alimentação e de um local para banho e lavagem das roupas. A questão da procura por alimento cria grandes conflitos no serviço, uma vez que apenas é liberada quando os usuários participam de todas as oficinas propostas pela manhã, sem atraso. Aqueles que não participam brigam pelas refeições que sobram, o que cria conflitos e gera um

desconforto entre os profissionais e usuários. Como forma de contornar a situação os profissionais têm trabalhado a sensibilização da função do serviço nas assembleias e tem revisto os Planos Terapêuticos para conseguir trabalhar essas demandas. Além disso, a equipe vem tentando parcerias com os serviços de assistência social no Estado.

6.2 REFLEXOS DA IMPLANTAÇÃO DO “PLANO CRACK É POSSÍVEL VENCER”

No ano de 2010, dada à situação preocupante de informações relacionadas às consequências do uso abusivo de álcool e outras drogas, em especial o crack, a Secretaria Nacional de Álcool e outras Drogas (SENAD), apresentou proposta de adesão ao “Plano Crack é Possível Vencer” instituído com o objetivo de reduzir os reflexos do uso do crack e outras drogas em territórios específicos no país dada a situação considerada emergente diagnosticada pelo Ministério da Justiça onde está inserida a secretaria. No estado do Amapá a cidade de Macapá foi quem assinou o termo de adesão ao plano.

Com a adesão ao plano crack algumas ações foram então articuladas entre Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde com o objetivo de possibilitar a implementação de ações de prevenção, cuidado e combate ao tráfico, pensando principalmente no aumento na oferta de serviços e na redução do comércio de drogas ilícitas, disponibilizando também ações de reinserção social, educação e formação às pessoas vinculadas ao processo de cuidado, ou seja, para além dos profissionais também aos familiares e à sociedade de maneira geral.

O contrato firmado entre o município de Macapá, representando o estado, com as instituições federais vinculadas ao processo de implantação do plano crack, definiu a Secretaria Municipal de Assistência Social e do Trabalho (SEMAST) como a responsável, à época, em gerir este plano no Amapá. Esta gestão, porém deveria manter-se em processo de articulação com os demais setores para que assim se pudesse efetivar as proposições descritas no Termo de adesão ao Programa Crack é Possível Vencer, de acordo com o decreto n° 7.179 de 20 de maio de 2010.

Este termo compromete o município em fazer cumprir as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas com vistas a assegurar os direitos destes cidadãos e minimizar as situações de preconceito vinculados aos usuários, utilizando-se de estratégias que contemplem as especificidades locais e que abarquem não somente a área da saúde, mas

também as dimensões sociais, culturais e econômicas envolvidas na situação de abuso e suas consequências. Sempre respeitando a autonomia dos sujeitos e a participação social nas perspectivas da redução de danos e riscos a estas pessoas através do trabalho integrado entre diversos setores.

O fortalecimento das estratégias deveria se dar através da manutenção das discussões dentro de um Comitê Gestor, criado à época, com este intuito. Esse comitê faria uma espécie de vigilância e avaliação das ações pactuadas para que se pudesse pensar novas estratégias quando necessário. Este comitê gestor foi constituído por integrantes das secretarias municipais e estaduais de saúde e assistência social, guarda municipal e secretaria de educação, dentre outros setores, como as coordenadorias municipais da mulher e do adolescente.

À época da pactuação, os dispositivos da saúde mental estavam situados apenas no município de Macapá; quais sejam: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) álcool e drogas, gerido pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenação Estadual de Saúde Mental, e um CAPS infanto-juvenil, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação Municipal de Saúde Mental.

A partir desta realidade foram pactuadas a ampliação e habilitação de alguns serviços para que a meta de melhoria de acesso fosse alcançada. A proposta era de que até o ano de 2014 estivessem funcionando, no município, os serviços do CentroPop e mais um CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social - e ainda, um Consultório na Rua adequado às novas normativas propostas em 2010, mantendo este serviço inserido na Atenção Básica: um CAPS AD 24 horas, um CAPS II, um CAPS III, uma Unidade de Acolhimento infanto juvenil e vinte leitos especializados.

Apesar da morosidade política instituída nesse estado, o que retardou a ampliação dos serviços citados anteriormente, atualmente temos algumas das metas e propostas de habilitação e implementação de novos serviços já instituídos, por exemplo, a criação do Centro Pop e do CREAS e a inserção do Consultório na Rua no município de Macapá. Considerando que esses foram os serviços que melhor se estruturaram ao longo dos seis anos que se passaram desde a assinatura do plano, podemos observar que existe a articulação intersetorial proposta, porém essa não se efetivou com a força que necessitava para demandar resoluções mais amplas em relação às pactuações.

7. CONCLUSÃO

O processo de expansão dos serviços tem se mostrado um fator essencial na garantia do acesso aos serviços pelos usuários, mas não é a única ação necessária a melhoria no cuidado para com estas pessoas e na prevenção de danos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. A manutenção da articulação das ações com outros setores no sentido de se estabelecerem redes de atenção é essencial para que consigamos alcançar objetivos em relação à minimização das consequências geradas por esta situação. A inserção de outros setores - além da saúde, assistência social e segurança pública - como educação, cultura, lazer, economia solidária e moradia é essencial para vencermos especificidades que estão diretamente ligadas ao processo de experimentação e de manutenção do uso de drogas no país.

A descriminalização, manutenção dos direitos, reinserção social e redução de danos devem ser conceitos vislumbrados pelos profissionais vinculados aos processos de atenção direcionados aos usuários, assim como devem extrapolar à sociedade no sentido de conseguirmos que estes indivíduos sejam acolhidos de maneira integral. Para tanto processos formativos precisam ser instituídos para que possamos compreender que contextos estão envolvidos em cada território. A região Norte do país possui uma população indígena presente em alguns municípios em percentuais bastante significativos, como no caso de Oiapoque e norte do Pará. Processos de alcoolização e drogadição entre povos indígenas trazem intrínsecos enfoques culturais e antropológicos que necessitam ser contextualizados para que sejam pensadas estratégias e ações.

Situações como esta, relacionada à complexidade de atenção a usuários de álcool e drogas envolvida na execução de ações e estratégias em relação aos povos indígenas são bastante peculiares, mas não se restringem unicamente à esta população. Desconstruir conceitos e visões criados em nosso imaginário desde a infância e atravessando nosso processo de educação, não somente enquanto inseridos na escola, mas também em nosso cotidiano familiar e social não é tarefa fácil e não é resultado alcançado em pouco tempo, também se baseia em construção e que necessitamos estimular diariamente em todos os espaços para que possamos pouco a pouco desfazer estigmas e olhar o diferente como diferente, respeitando suas diferenças.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12. Ano X, nº 12*. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil, 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2014.

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: SENAD, 2006.

CARLINI, E. A. et al. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: SENAD, 2010.

DUARTE, P.C.A.V., STEPLIUK, V. A., BARROSO, L. P., organizadoras. *Relatório Brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Indicadores de desenvolvimento sustentável*. Coordenação de Recursos Naturais e Estudos Ambientais [e] Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 352p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tábuas Completas de Mortalidade*, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2014/default.shtm>
|>. Acesso em 20/06/2016.

PARTE II

REGIÃO NORDESTE

AVALIAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E DROGADIÇÃO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO NORDESTE DO BRASIL: O OLHAR DO USUÁRIO, DO FAMILIAR E DO PROFISSIONAL

Ana Maria Fernandes Pitta

Docente e Pesquisadora do NESC/CNPq, USP/UCSAL/UniCEUMA.

E-mail: ana.maria.pitta@gmail.com

Andrezza Lima

Graduanda de Medicina da EBMSp, Fundação para o Desenvolvimento da Ciência.

1. INTRODUÇÃO

As práticas de cuidados à saúde mental no Brasil refletiram por muito tempo a assistência voltada para o modelo asilar e para a medicalização da loucura. A contestação dessa prática de cuidado vigente iniciou-se por volta da década de 70 onde a ineficiência da assistência à saúde, as denúncias de maus-tratos aos pacientes internados em hospícios culminam em reivindicações e movimentos antimanicomiais que, nos anos seguintes, concretizaram-se no movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A reforma sanitária e reforma psiquiátrica ressignificaram o cuidado às pessoas e grupos populacionais usuários de instituições psiquiátricas e revolucionaram a assistência, voltando-se para um olhar singularizado sobre esses sujeitos adoecidos, onde questões relacionadas à família, reinserção social, moradia, emprego, lazer e práticas relacionadas à saúde mental e física também foram consideradas. Dessa forma, estabelece um novo olhar para o entendimento do papel do indivíduo na percepção da doença e uma nova possibilidade de modificá-la, à medida que esse indivíduo está inserido no meio social e pode adequar-se e modificá-lo. *(Campos RO. Pesquisa avaliativa em saúde mental)*

No Brasil, o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira estabeleceu-se, sobretudo, após as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987,1992, 2001, 2010), a Declaração de Caracas (1992), as portarias ministeriais do SUS, as leis estaduais e municipais que culminam com a Lei Federal nº 10.216 de 2001, onde passa a haver uma redução de leitos psiquiátricos e simultânea implantação de serviços substitutivos tipo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse cenário, o CAPS apresenta-se como um modo de operar o cuidado territorial e não somente como um estabelecimento de saúde.

Os CAPS são referência para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, e também às relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Esses serviços de saúde possibilitam acesso a uma rede de serviços, dando suporte clínico e buscando promover a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. *(MS, saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial)*

Os vários tipos de CAPS são implantados segundo as decisões das políticas estaduais e de acordo com a distribuição populacional (CAPS I, CAPS II e CAPS III) e

os grupos de riscos tais como crianças e adolescentes e usuário de álcool e drogas (CAPSi, CAPSad). De acordo com a série histórica de implantação dos CAPS no Brasil, o Nordeste é a segunda região com maior índice de cobertura no país, perdendo apenas para a região Sul.

Nesse contexto, O Projeto *AVALIAR-CAPS NORDESTE* consistiu em um estudo multicêntrico de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial de cinco Estados da Região Nordeste do Brasil (Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba), considerando esses serviços como estratégicos no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa para melhor conhecer as características do CAPS, como se dá a gestão e a assistência, seu perfil de oferta de serviços e de demanda dos usuários, principais tendências, alcances e limites, visando aprofundar o conhecimento e percepção de sobre o cuidado à saúde, e explicar as causas dos fenômenos encontrados, na perspectiva dos gestores, trabalhadores e os usuários / familiares (*Pitta AMF. Relatório técnico*).

Esta comunicação é um recorte desse estudo, focando na avaliação da humanização do cuidado através do olhar de usuários, familiares e profissionais com o intuito de apontar as tendências predominantes, fraquezas, desafios e, por fim, desenvolver ações que possam proporcionar superação de problemas e aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do cuidado.

2. METODOLOGIA

O Projeto *AVALIAR-CAPS NORDESTE* tratou-se de um projeto bifásico abrangendo cinco estados onde a metodologia da pesquisa desenvolveu-se com estratégias distintas: FASE I – Conhecer para avaliar – e FASE II – Estudo Etno-epidemiológico de Avaliação dos CAPS. Fase II que buscou avaliar a efetividade dos CAPS na atenção aos problemas de saúde mental e uso prejudicial de substâncias psicoativas no território, de crianças, adolescentes, adultos e idosos, valorizando a humanização do cuidado através da percepção singularizada de sujeitos que se utilizam dos serviços e os operam. Diante da impossibilidade de uma avaliação qualitativa para o universo total de CAPS, utilizou-se uma sub-amostra por conveniência e por tipologia dos serviços para tal fim. Os instrumentos construídos (observações diretas e

questionários) encontraram forte identidade com o Programa *Quality Rights* da Organização Mundial de Saúde de 2012 na avaliação quali-quantitativa da efetividade dos CAPS no Nordeste do Brasil. A segunda fase consistiu, portanto, em observações diretas de cinco CAPS em cada região metropolitana nos estados participantes e a aplicação de questionário etno-epidemiológico construído para tal fim, contando com 05 usuários, 05 familiares e 05 profissionais em cada cinco CAPS de cada estado participante. Numa amostra de 75 entrevistados em cada estado, se indagou especificamente sobre garantia de direitos e exercícios de cidadania ativa nesses serviços. Este artigo pretende analisar a avaliação da humanização do cuidado em centros de atenção psicossocial nos estados da Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba no nordeste do Brasil através de um recorte do estudo qualitativo etno-epidemiológico, utilizando dos instrumentos avaliativos da observação direta e dados referentes humanização do cuidado segundo os usuários, familiares e profissionais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Humanização do cuidado foi composta por indicadores que incluem: acolhimento, atendimento recebido, técnico de referência, visita domiciliar, atendimento em crise e incentivo para acompanhamento dos familiares. Estes foram respondidos em questionário por usuários, familiares e profissionais e correlacionados com as Observações Diretas de cada CAPS. Os dados da tabela abaixo (Tabela 1) são referentes à porcentagem de sujeitos que avaliam como satisfatória a categoria estudada.

Tabela 1. Avaliação da humanização do cuidado segundo usuários, familiares e profissionais. 2012.

Variável		Alagoas	Bahia	Paraíba	Pernambuco	Sergipe
		% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Acolhimento	Usu.	88,0(22)	76,0(19)	96,0(24)	93,0(23)	92,0(23)
	Fam.	61,5(16)	92(17)	73,1(19)	96,0(24)	96,0(24)
	Prof.	8,0(2)	100(25)	38,7(12)	90,3(28)	90,3(28)
Atendimento recebido	Usu.	76,0(19)	92,0(23)	88,0(22)	80,0(19)	80,0(19)
	Fam.	-	65(15)	100,0(26)	56,0(14)	56,0(14)
	Prof.	50,0(13)	-	-	-	-
Técnico de Referência	Usu.	91,7(22)	100,0(25)	88,0(22)	100,0(25)	100,0(25)
	Fam.	80,0(20)	100,0(25)	69,2(18)	84,0(21)	84,0(21)
	Prof.	79,2(19)	92(22)	77,4(24)	90,6(29)	90,6(29)
Visita Domiciliar	Usu.	28,0(7)	32,0(8)	52,0(13)	36,0(9)	36,0(9)
	Fam.	34,6(9)	20,83(5)	57,7(15)	16,0(4)	16,0(4)
	Prof.	-	-	-	-	-
Atendimento em crise	Usu.	79,2(19)	85,0(20)	96,0(24)	88,0(22)	88,0(22)
	Fam.	95,8(23)	91,3(21)	92,3(24)	92,0(23)	92,0(23)
	Prof.	84,0(21)	96(23)	80,6(25)	90,6(29)	90,6(29)
Incentivo para acompanhamento dos Familiares	Usu.	80,0(20)	88,0(22)	80,0(20)	93,0(23)	92,0(23)
	Fam.	95,8(23)	79,17(19)	100,0(26)	92,0(23)	92,0(23)
	Prof.	92,0(23)	100(25)	77,4(24)	75,0(24)	75,0(24)

Fonte: AVALIAR CAPS NORDESTE, UCSAL/MS/CNPQ/UFBA, 2012.

Legenda: **Usu** (Usuários); **Fam** (Familiares); **Prof** (Profissionais).

1) Acolhimento

Em relação ao acolhimento, a maioria dos usuários e familiares e profissionais concorda que é satisfatório. Entretanto, apenas 8,0% e 38,7% dos profissionais de

Alagoas e da Paraíba, respectivamente, consideraram o acolhimento satisfatório. Em fragmentos dos relatórios de Observação Direta, no estado de Alagoas ***“o acolhimento na unidade é realizado por profissionais de nível superior com tempo disponível [...]”*** (AL- OD 1). Na Paraíba foram observados CAPS que a ***“Atividade de acolhimento com 1º Atendimento realizado pela psicóloga, assistente social e enfermeira... disponível em todos os turnos/dias de funcionamento do serviço. Conforme demanda e avaliação do caso, há possibilidade de agendamento para outro turno/dia...”*** (PB- OD 1). E, em outros CAPS ***“A admissão para uso do Acolhimento 24 horas é realizada pela equipe de enfermagem e demais membros da equipe de plantão no serviço. A admissão é realizada somente se houver a presença de profissional médico na unidade. Caso não tenha médico na unidade, o usuário é encaminhado ao Pronto Atendimento de Saúde Mental para avaliação médica e retorna ao CAPS para admissão...”*** (PB- OD 2).

É importante destacar que no estado de Pernambuco o acolhimento de um CAPS observado ***“(...) É realizado em cada turno, com a participação de toda a equipe (...). São apresentadas as atividades a serem realizadas, realiza-se a organização do turno, assim como é verificada a situação em que cada usuário se encontra, com os devidos procedimentos para a resolução das questões apresentadas.”*** (PE- OD 3). Outros relatos mostraram que ***“A definição da modalidade de tratamento e inclusão efetiva do usuário no CAPS é feita após a sua participação no Grupo de Acolhimento.”*** (PE- OD 5).

Os dados apresentados correlacionados com as observações realizadas mostram a diferença de organizações e processos do manejo do cuidado em muitos serviços. Não foi possível observar as razões que se possam explicar essas diferenças, entretanto é importante levantar questionamentos referentes à qualidade do acolhimento no CAPS. Existe uma capacitação do profissional e da unidade de saúde mental na maioria das unidades no momento do acolhimento? O acolhimento está de acordo com demanda do usuário ou está associada somente a disponibilidade do profissional?

Em relação ao atendimento recebido pelos usuários foi considerado satisfatório pela maioria dos usuários em todos os estados. É importante destacar que essa distribuição também é satisfatória para os familiares, porém em uma porcentagem maior quando comparada com os usuários.

2) Técnico de referência

O Técnico de referência foi avaliado por usuários e familiares de forma geral como satisfatório. Ao questionar os profissionais se eles atuam como técnicos de referência, a maioria afirmou que sim. Nas Observações Diretas de Alagoas, *“O profissional de referência é escolhido diante da discussão e definição nas reuniões de equipe mensal [...]”* (AL- OD 1). Na Bahia *“Os profissionais de referência são os mesmos que fizeram a admissão com possibilidade de troca devido à formação do vínculo.”* (BA- OD 1). No estado da Paraíba há *“Critério para definição de profissionais de referência por usuários, conforme local de moradia, assim como ações de matriciamento...”* (PB- OD 2). Ocorre também *“Organização da equipe em 03 mini-equipes de Referência para territórios definidos. A partir dessa organização, define-se o profissional de referência para cada usuário e as ações de matriciamento”* (PB- OD 2). No estado de Pernambuco *“O técnico de referência é definido a partir das discussões de caso nas reuniões de equipe”* (PE- OD 2). Além disso, o técnico de referência *“É o profissional responsável pela atividade grupal que o usuário está indicado para participação é designado, em geral, para exercer a função de seu profissional de referência.”* (PE- OD 4). No estado de Sergipe *“Cada usuário tem um profissional de referência que compõe a mini equipe de Referência de seu bairro de moradia / polo de saúde”* (SE- OD 1).

3) Visita domiciliar

A visita domiciliar não é considerada satisfatória pela maioria dos familiares e usuários. A Paraíba foi o único estado que pouco mais da metade dos usuários e familiares considerou a visita domiciliar satisfatória. Nas Observações Diretas, apenas uma unidade do estado de Alagoas descreveu a existência de visita domiciliar. *“É realizada visita domiciliar”* (AL- OD 3). No estado da Bahia *“As atividades de visita domiciliar são realizadas por todos os técnicos e são consideradas pela equipe uma atividade rotineira na unidade.”* (BA- OD 1). No estado de Pernambuco *“Atividades que constam no cronograma fornecido: (...) visita domiciliar.”* (PE- OD 1). E em Sergipe *“As atividade de visita domiciliar são consideradas ainda insuficientes pela equipe”* (SE- OD 2). *“Há visitas domiciliares”* (SE- OD 1). *“Todos os dias são previstas visita domiciliar, havendo um carro à disposição. Entretanto nem sempre é feita por falta ainda de técnicos de apoio”* (SE- OD 4)

4) Atendimento em crise

O atendimento em crise foi considerado existente e satisfatório pela maioria dos usuários, familiares e profissionais. No estado de Alagoas foi observado que *“As intervenções em crise são atendidas pelo médico ou técnico de enfermagem ou encaminhadas para o Hospital Psiquiátrico Portugal Ramalho”* (AL- OD 3). *“Não temos crise”* (AL- OD 1). Na Bahia *“Intervenções em crise são de responsabilidade de toda a equipe, o CAPS dispõe de uma sala de observação com leito. Quando são esgotadas as possibilidades, os técnicos de referência os acompanham até a unidade de emergência.”* (BA- OD 1). Na Paraíba *“A intervenção às crises é realizada de forma rotineira, a partir do uso do acolhimento 24 horas... existência de intervenção em crise dos usuários com equipe superior a mínima... as intervenções em crise denominada corpo a corpo, onde um profissional acompanha o usuário...”* (PB- OD 1). *“Em cada turno/dia é designado previamente e um profissional de nível superior responsável pelas intercorrências e cuidado aos usuários em crise... participação do “apoiodor”, profissional de segurança, no cuidado as situações envolvendo crises de usuários”* (PB- OD 2). Em Pernambuco *“Durante a pesquisa, identificamos uma usuária com agudização dos sintomas sendo cuidada pela equipe do CAPS na unidade”* (PE- OD 2). *“Sem relatos. No momento da avaliação não identificamos situações que se configuram como crise”* (PE- OD 4). Em Sergipe foram também encontrados relatos que *“Não há médico 24 horas (sic)”* (SE- OD 1). Além disso, *“quando ocorrem crises, os usuários são encaminhados para o hospital de referência”* (SE- OD 3). Outras observações mostraram que *“Os antigos funcionários foram substituídos por novos que foram selecionados por concurso e uma grande maioria desses é inexperiente, o que dificulta uma adequada intervenção à crise e mesmo otimização das atividades em grupo”* (SE- OD 2)

A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 reconhece que os CAPS são serviços especializados que devem oferecer atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, além de estarem aptos para receber pacientes em crise. Problemas de álcool e drogas sempre estiveram incluídos especialmente nos municípios de menor porte onde não se coloca CAPS especializados em AD. Entretanto, muitos serviços ainda encaminham esses casos para o hospital psiquiátrico de referência e outros não apresentam profissionais capacitados para atender a essa demanda. Em contrapartida foram observadas unidades que apresentam uma equipe capacitada e sala de observação com leitos. É importante destacar que mesmo instituído para substituir o modelo

hospitalocêntrico, alguns CAPS ainda se apresentam incapacitados para o acolhimento em crise e remetem ao hospital manicomial.

5) Incentivo para acompanhamento dos familiares.

O incentivo para acompanhamento dos familiares é considerado satisfatório pela maioria dos usuários, familiares e profissionais. Em Alagoas “[...] *Observamos que os familiares têm pouco envolvimento com a instituição, a sua ida ao CAPS é condicionada a entrega de medicamento...*” (AL- OD 4). É “*Sugestivo que não exista trabalho com familiares [...] Tem atenção individual e grupal com os familiares através de reunião de família, assembleia com usuários e familiares.*” (AL- OD 2). Na Bahia “*A participação da família ocorre em dois momentos recorrentes no CAPS: assembleia mensal e grupo de família semanal. Caso necessário, este familiar tem escuta individual por um dos técnicos.*” (BA- OD 1). “*A adesão e participação efetiva da família são consideradas boas e participam das avaliações por meio da assembleia, sendo elas conjuntas entre familiares e usuários.*” (BA- OD 1) No estado da Paraíba há “*grupos com familiares realizados com regularidade... atenção individualizada aos familiares*” (PB- OD 1). Em Pernambuco a “*Atenção à Família em Grupos está suspensa temporariamente. Houve Familiares presentes no CAPS no momento da pesquisa. Atenção individualizada a familiares.*” (PE- OD 3). Observou-se a “*Presença constante da família na unidade durante a realização das atividades com os usuários e envolvidos com seu tratamento. Há realização de Grupo de Família duas vezes por semana. Os atendimentos individuais são frequentes e conforme demanda de cada caso. Há atividades com participação conjunta de usuários e familiares. Desenvolvem estratégias de implicação e participação dos familiares no tratamento.*” (PE- OD 5). Em Sergipe “*Mesmo havendo uma participação limitada da família em relação às atividades do CAPS, observou-se uma maior adesão dos familiares ao grupo de alfabetização, sendo que alguns já se voluntariaram para atividades*” (SE- OD 4). Em outra unidade “*Os atendimentos aos familiares são realizados no sentido da atenção ao usuário. Os usuários entrevistados referem que não são feitos contatos com seus familiares*” (SE- OD 1). Em outro CAPS os servidores “*Consideram que os familiares não investem no tratamento e que comparecem apenas quando temem perder o tratamento do seu familiar, sobretudo médicos e remédios*” (SE- OD 3)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÕES

O Projeto *AVALIAR-CAPS NORDESTE* consistiu em um estudo multicêntrico de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial de cinco Estados da Região Nordeste do Brasil que possibilitou identificar características comuns, limitações, fraquezas e desafios nos diferentes CAPS avaliados. Entretanto, é importante destacar suas limitações em avaliar qualitativamente os diversos serviços estudados, considerando a complexidade e abrangências desses serviços.

Mesmo sendo encontrada uma percepção positiva de práticas e serviços pela maioria dos profissionais, familiares e usuários, ainda se apontam limitações e desafios que devem ser superados para que se possa considerá-los suporte adequado para as demandas de saúde mental, mais destacadamente aquelas derivadas do uso prejudicial de álcool e outras drogas.. Muitos serviços não estão preparados para o atendimento de crise invocando o modelo hospitalocêntrico nessas ocasiões. Observou-se que muitos familiares não participam efetivamente do processo do cuidado. E, a maioria dos usuários e familiares consideram insatisfatórias as visitas domiciliares.

Focando especificamente no cuidado à drogadição se observa uma rigidez de comportamento das equipes, assumindo muitas vezes práticas proibicionistas, mesmo assumindo defesas de tolerância e redução de danos para os seus usuários.

O território não é ainda o espaço do cuidado em liberdade! Necessário se faz desenvolver uma cultura ética de solidariedade, compartilhamento para que as equipes de cuidado não se sintam tão fragilizadas e isoladas e possam contar com a força das redes de atenção intersetoriais presentes nos territórios concretos que lhes dêem potência e sustentabilidade nas ações.

Cuidar em liberdade... o território liberta...a liberdade é terapêutica!

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade. Editora Hucitec. 2008.

Pitta AMF, Coutinho DM. Avaliação da qualidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial nos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe no Nordeste do Brasil – AVALIAR-CAPS. Universidade Católica do Salvador – UCSal, 2014, 118p.

Ministério da Saúde. Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial. Brasília – DF. 2004

PARTE III

REGIÃO CENTRO-OESTE

SAÚDE PÚBLICA: USO, ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA REGIÃO CENTRO-OESTE.

Delma Perpétua Oliveira de Souza

Professora Programa Pós-Graduação Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá (MT) e Coordenadora do CRR/UFMT.

E-mail: souzadpo@terra.com.br

Keyla Medeiros Maia Silva

Egressa Curso de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá (MT), Brasil.

Maria Santíssima de Lima

Jornalista, técnica da Coordenação de Jornalismo e Imprensa da Secomm/UFMT.

1. INTRODUÇÃO

O uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas na sociedade atual constitui um problema multifatorial e complexo requerendo intervenções ampliadas para a compreensão, a assistência e reinserção social necessária do usuário e ou dependente frente às políticas públicas, entre elas a da saúde.

A questão das drogas lícitas e ilícitas tem sido preocupação dos organismos internacionais e nacionais, dadas as consequências que podem desencadear, como a violência, óbitos, desestruturação familiar, bem como, na saúde pública, em decorrência de internações, sobrecarga dos atendimentos de emergência, constituindo-se um problema social no Brasil (SOUZA e KANTORSKI, 2007), marcado pelas diferenças entre as regiões brasileiras quanto ao comportamento do uso abusivo e dependência de drogas psicoativas lícitas e ilícitas, assim como pela implementação das políticas públicas de saúde em todos os municípios que compõem cada uma das regiões brasileiras.

A região Centro-Oeste, formada pelos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, faz limite com todas as demais regiões brasileiras, possuindo 466 municípios e população total de 15.442.232 habitantes (IBGE, 2015), apresenta peculiaridades além do consumo de drogas. Os estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul fazem fronteira com a Bolívia e Paraguai, países produtores de cocaína e maconha, respectivamente. Relatório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), do período de 2001-2014, aponta que o Brasil serve de corredor para a droga produzida nos países andinos. O estudo de Machado (2009, pg.129) mostra percentualmente as apreensões de pasta base nas regiões brasileiras. A região Centro-Oeste ocupou o 2º lugar no período de 1993 a 2006. O estudo realizado por Procópio Filho e Vaz (1997) sobre o crescimento entre 1993 e 1996 das apreensões de cocaína, pasta básica e maconha no Centro-Oeste indica a região como importante espaço para o tráfico de entorpecentes interno e externo, evidenciando o que viria a ser, no século seguinte, a rota interna e internacional de drogas.

Os estados da região Centro-Oeste também albergam uma população de consumidores, sendo, as apreensões realizadas, apenas a ponta de um *iceberg*, envolvendo, além da mercadoria/substância, as subjetividades humanas, corroboradas pela sociedade de extremo consumo. Neste sentido, todos os discursos, quer sejam

pautados em uma ideologia, em dogmas religiosos e ou nas ações proibicionistas, não têm coibido a procura e a demanda por drogas, haja vista que o uso, abuso e dependência garantem a circulação das drogas psicoativas, evidenciando que elas têm se tornado negócio altamente lucrativo (ROCHA, 2013, p.567).

Em relação às drogas lícitas, representadas pelo tabaco e pelas bebidas alcoólicas, a região Centro-Oeste, segundo pesquisa do IBOPE (2013), é a região do Brasil de maior consumo de cerveja. Quanto ao seu local de consumo, a residência é onde os participantes afirmaram ter o maior consumo, numa frequência de 84%, ficando “os botecos” com apenas 22%. Tendo em vista este espaço geográfico abrigar indústria de bebidas alcoólicas - que embora movimentem bilhões em reais gerando empregos, movimentando a economia - tem contribuído para elevar o índice de agravos à saúde, entre eles, a violência, os acidentes por causa externa e outras morbidades crônicas não transmissíveis.

Quanto ao tabagismo, atualmente estima-se a presença de 1,3 bilhão de pessoas que usam o tabaco fumado no mundo, consumindo-se cerca de 6 trilhões de unidades de cigarro/ano (WHO, 2011). Segundo a OMS, um terço da população mundial maior de 15 anos é fumante, com uma prevalência de 29% (WHO, 2007). Em todo o mundo, cerca de 30 milhões de jovens adultos começam a fumar todos os anos, sendo cerca de 50% homens e 10% de mulheres (JHA et al, 2013).

O tabagismo vem crescendo nos países de baixa e média renda, principalmente entre os adolescentes, através de estratégias da indústria para atrair nova clientela, fazendo de adolescentes e jovens seu principal alvo (WHO, 2010). Pesquisa conduzida pela OMS e pelo Centro para o Controle de Doenças - CDC, EUA, entre os anos de 2000 e 2007, em escolares de 151 países, revelaram que 9,5% dos estudantes entre 13 e 15 anos fumam cigarros regularmente (WARREN et al, 2008). Estima-se que cerca de 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos de idade. Juntamente com o álcool, constituem-se as primeiras drogas na vida dos usuários de substâncias psicoativas, tendo sua iniciação na adolescência (MALCON et al, 2003; MYERS e KELLY, 2006). Trata-se, portanto, de uma iniciação na fase de vida pediátrica, o que merece atenção na prevenção (INCA, 2004), tendo em vista ser o tabaco o único produto que, se usado exatamente como indicado pelo fabricante, matará aproximadamente 50% de seus clientes (WHO, 2008).

Relatório Mundial sobre Drogas, divulgado em junho/2016 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2016), informa que 5% da população

mundial na faixa etária entre 15 e 64 anos fez uso de alguma droga psicoativa em 2014, evidenciando que não houve alterações nos últimos oito anos (2006-2014). Informa também o aumento dos transtornos relacionados ao consumo de drogas, entre eles, diagnóstico positivo para HIV e outras doenças crônicas não transmissíveis, como a Hepatite C.

Em relação à situação de uso, abuso de álcool e outras drogas na região Centro-Oeste, com a população de estudantes da Educação Básica da rede pública de ensino no período de 2004 e 2010, houve aumento de usuários de outras drogas na vida para todos os estados que compõem a região, sendo mais elevada para Brasília (16,5% para 31,0%). A proporção dos padrões de uso no ano, no mês, frequente e pesado teve decréscimo. De modo geral, o uso no ano, no mês, frequente e pesado teve redução em todas as capitais, exceto Brasília, com leve aumento de usuários com padrão de uso no ano (Tabela 1).

O álcool apresenta (Tabela 1), em todas as capitais, as maiores proporções de usuários na vida, no ano, no mês e frequente, mas com redução do número de usuários, exceto para a cidade de Brasília, observado no levantamento de 2002 comparado com o de 2005, que teve leve aumento para usuários com padrão do ano (43,2 para 43,9).

Outros estudos realizados na região Centro-Oeste foram os levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005 em cidades acima de 200 mil habitantes, por Carlini et al., (2005), que observaram um decréscimo de uso na vida, de outras drogas, de 2005 (17,0%) em relação aos dados de 2001 (18,9%). No entanto, verifica-se que o uso na vida, do álcool, aumentou de 2001 (65,5%) para 2005 (73,6%), assim como da maioria das substâncias psicoativas. Houve aumento de usuários para ambos os sexos, do segundo levantamento em relação do primeiro, como, também, uma tendência de aumento substancial da faixa etária de 12 a 17 anos (7,7%) em relação a 18-24 anos (16,7%).

Tabela 1. Uso de álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas por 7.829 estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual da região Centro-Oeste, 2004 e 2010.

Ano 2004/2010	Drogas	Tipos de Uso				
		<i>Vida</i>	Ano	Mês	Frequente	Pesado
Brasília	Álcool	46,1/ 64,3	43,2/ 43,9	31,5/ 20,7	9,1/ 2,0	5,6/ 1,3
	Tabaco	17,1/17,8	12,6/ 8,9	9,6/ 4,8	1,8/ 0,8	1,3/ 1,2
	Outras	16,5/31,0	13,0/ 13,1	10,6/ 6,0	2,1/ 1,0	1,5/ 1,2
Campo Grande	Álcool	68,7/ 67,0	67,5/ 47,0	46,4/ 24,3	11,4/ 3,7	6,3/ 2,0
	Tabaco	24,2/ 21,7	14,2/ 12,1	8,9/ 8,2	3,7/ 0,8	2,2/ 1,9
	Outras	20,4/ 24,1	17,7/ 10,1	13,8/ 5,0	3,1/ 0,7	2,0/ 1,0
Cuiabá	Álcool	59,3/ 57,7	57,3/ 39,8	44,1/ 18,7	11,9/ 2,1	7,1/ 1,6
	Tabaco	18,0/ 17,6	12,3/ 10,9	7,9/ 6,5	3,0/ 1,1	1,6/ 1,0
	Outras	22,2/ 22,5	19,3/ 9,0	14,1/ 3,7	2,7/ 0,7	1,5/ 1,1
Goiânia	Álcool	69,8/ 61,8	67,7/ 40,0	47,2/ 18,7	13,9/ 2,2	7,8/ 2,2
	Tabaco	25,9/ 16,7	14,5/ 8,0	9,7/ 5,1	3,8/ 0,7	2,9/ 1,7
	Outras	28,9/ 29,6	26,3/ 10,2	19,4/ 5,4	4,6/ 1,0	3,2/ 0,9

Fonte: E. A. Carlini et al., 2010; Galduróz et al., 2004

Em relação à dependência do álcool, observou aumento de usuários de 2001(15,2%) para 2005 (23,1%). O mesmo ocorreu para com o uso na vida, de álcool (CARLINI, et al., 2005).

De modo geral, os dados obtidos no II Levantamento Domiciliar sobre Drogas em cidades com mais de 200 mil habitantes na Região Centro-Oeste, em comparação com os obtidos no I Levantamento, mostram aumento de usuários de 10,4% para 12,7% no geral, e uma diminuição de 5,7% para 5,2%, entre o sexo feminino.

Mais recentemente, levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz verificou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram crack, pasta base, merla e oxi nas capitais, em 2012. A região Centro-Oeste ocupou o 3º lugar entre as regiões brasileiras de consumo regular de crack e ou substâncias similares (FIOCRUZ, 2012). Isto significa expor o usuário, família, e sociedade à violência, a desagregação familiar e, conseqüentemente, elevação dos índices de acidentes por causa externa, incapacitação para o trabalho, aposentadorias precoces, e elevação da população carcerária, remetendo a questionamentos sobre as **Políticas Públicas de Saúde** para álcool e outras drogas psicoativas na região Centro-Oeste.

2. SAÚDE PÚBLICA PARA USO ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO CENTRO-OESTE

2.1. ANTECEDENTES

A Política de Estado de Saúde Pública no Brasil para usuário de álcool e outras drogas é recente. Embora ela estivesse presente em ações de programas e projetos de prevenção, se dava no campo prático, desarticulada e sem continuidade, consubstanciada por um aparato jurídico-institucional que perdurou durante todo o Século XX para o controle do consumo de drogas ilícitas. Neste sentido, o país seguia os compromissos assumidos frente à comunidade internacional quanto à repressão às drogas consideradas ilícitas, por atos legislativos.

Entre os atos legislativos a Lei 6.368/76 dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinam dependência. Há substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas”, conferindo atribuições para a Saúde e Previdência Social no tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar (MORAIS, 2007). Durante o período de vigência da referida lei, mudanças econômicas, políticas, culturais e tecnológicas significativas ocorreram no mundo e o aumento do uso de drogas alcançou proporções elevadas com consequências para a família, a sociedade e o Estado, não pela substância em si, mas pelas relações estabelecidas na produção, distribuição e consumo.

A preocupação com o uso, abuso e dependência de drogas psicoativas, as mudanças que vários países haviam tomado em relação ao fenômeno drogas, a implementação do Projeto de Redução de Danos em 10 (dez) cidades brasileiras na década de 90 com maiores índices de HIV/AIDS por droga injetável, entre elas Cuiabá, impulsionaram a criação do Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS-ad. Também de importância para a política pública de saúde na temática em questão, foram a Reforma Sanitária Brasileira (Lei 10.261/2001) e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que em seu relatório (BRASIL, 2001) evidenciou a necessidade de elaboração de estratégias para consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas com atendimento pelo SUS, não restringindo a responsabilidade pelo problema multifatorial ao sistema de saúde, mas incluindo outros sistemas para a reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2003).

Neste sentido, os fatores citados acima e outros, contribuíram para que o governo brasileiro, em 2004, embasado em dados epidemiológicos atualizados, efetuasse o processo de realinhamento e atualização da Política Nacional vigente. A política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas – PNAD e, em 2006, foi aprovada a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Com a Lei em vigor, usuários e dependentes passam a não ser penalizados, mas a ter a oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo. Nesta perspectiva, a justiça retributiva (castigo) é substituída pela justiça restaurativa (ressocialização através de penas alternativas), conforme o art.28, caput e §1º:

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, LEI 11.343/2006).

Em relação às drogas lícitas tabaco e álcool, e seus efeitos na saúde da população, também são criadas leis e programas educativos visando mudanças para comportamentos saudáveis. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool, tabaco e outras drogas como um problema de saúde pública, atendendo assim, as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

A visibilidade a que a população em situação de rua é exposta pelos meios de comunicação como usuária de crack e outras drogas psicoativas nas crackolândias, bem como, os dados epidemiológicos fornecidos pelas pesquisas realizadas, como a violência associada ao consumo de drogas constituíram fatores para o lançamento, pelo governo federal, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, uma ação integrada que envolve três frentes: prevenção, cuidado e autoridade (BRASIL, 2010).

Entre as ações do Plano Integrado, destaca-se a implantação, em 2011, dos Centros Regionais de Referência para a capacitação permanente de profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde, de Assistência Social e do Sistema Judiciário com usuários de crack e outras drogas e seus familiares (CRR`s), sendo a região Centro-Oeste

contemplada. Outra ação refere-se à criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde que incluiu em suas ações o atendimento às demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas através da Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, da Atenção de Urgência e Emergência, da Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

2.2. O CONTEXTO

A Política de Saúde Pública em Atenção ao Usuário de Álcool, outras Drogas no contexto nacional está institucionalizada por leis, decretos e portarias, sendo que no momento, está sendo viabilizada pela Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Transtorno Mental e com necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (RAPS), no âmbito do SUS, estando em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente, preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde, com respaldo da Lei Federal 10.216 (MS, 2002).

Neste sentido, observa que recentemente o Brasil vem assumindo uma política de saúde pública do uso, abuso de álcool e outras drogas. Até então, contava-se com ações isoladas e precariedade na assistência. As transformações histórico-culturais e as inovações científicas e tecnológicas das últimas décadas mostraram a necessidade de novos conceitos e práticas de intervenção tendo como centro o homem, para responder com eficácia a questão complexa, sendo necessária a capacitação e formação dos profissionais de diferentes áreas em novas abordagens científicas.

Acredita-se que os Centros Regionais de Referência (CRR`s) para capacitar e formar profissionais que lidam com usuários de crack, álcool, outras drogas criados no âmbito do Programa Crack, é Possível Vencer, nas universidades públicas pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ) veio suprir o pouco conhecimento da temática drogas nos currículos de diversos cursos de graduação.

Neste contexto, a transmissão de conhecimentos sobre farmacologia, epidemiologia e outros, não são suficientes para a apropriação de uma totalidade que envolve a questão. A região Centro-Oeste conta com CRR`s em todos os seus estados e

no Distrito Federal. Entre eles o da Universidade Federal de Mato Grosso, que através de processos formativos e o emprego de metodologia ativa (FREIRE, 1975, BORDENAVE & PEPREIRA, 1989), bem como, no processo de intervenção, aplicou pesquisa-ação (THIOLLENT, 1987) ensinando aos participantes a buscarem soluções para os seus problemas no seu campo profissional numa perspectiva de mudanças de comportamento. E, os princípios do trabalho profissional em rede, concebido como movimento da relação com profissionais de diversas áreas do conhecimento e instituições com suas políticas de atuação, possuem como fio comum o usuário de crack, outras drogas e sua família (ACIOLI, 2007).

Esta abordagem metodológica oferece suporte para a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, possibilitando leitura e intervenção consistente sobre o contexto profissional (MITRE et al., 2008), bem como, favorece a articulação intersetorial observada por Oliveira et al., (2015) no desenvolvimento de ações de um CRR da região Centro-Oeste:

“Pode-se perceber que as estratégias utilizadas puderam se adequar à demanda dos diversos grupos e a metodologia tem sido extremamente favorável, pois tem permitido que o grupo apresente uma participação ativa, aproximando os debates da realidade dos serviços. A equipe que integra o projeto tem se fortalecido e se constituído como um grupo permanente, gerando diversos desdobramentos do CRR-UnB/FCE. (OLIVEIRA et al. 2015. pg. 227).

No campo da prática/serviço na região Centro-Oeste, o componente de assistência psicossocial para atender a demanda com problemas decorrentes do álcool e outras drogas, dispõe de 20 (vinte) CAPS-ad e 05 (cinco) CAPS-ad III (Tabela 2). Os estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul ainda não possuem serviços 24 horas habilitados no CAPS III. Em relação a leitos de saúde mental em Hospitais Gerais por UF, a o Centro-Oeste possui 08 (oito) hospitais e 49 (quarenta e nove) leitos credenciados pelo SUS nos territórios do Distrito Federal e Goiás. Os Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul não oferecem às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, este serviço, o qual se destina à atenção às comorbidades clínicas

decorrentes de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental, em articulação e corresponsabilização do CAPS e demais pontos de atenção da RAPS (BRASIL, 2015, pg.20).

Embora a cobertura dos CAPS-ad tenha recebido avaliação boa para a maioria dos estados que compõem a região Centro-Oeste (Tabela 2), exceto para o Distrito Federal (regular/baixa), sugere-se que esta análise seja feita com cautela, considerando que a cobertura não atinge a todos os municípios e alguns não dispõem de todos os componentes da RAPS.

Tabela 2. Centros de Atenção Psicossocial por tipo, indicador 100 mil hab, Região Centro-Oeste, 2014.

UF	Pop (IBGE 2014)	CA PS I	CA PS II	CAP S III	CA PSi	CAP Sad	CAPSa d III	Total	Cobertura*
Distrito Federal	2.852.372	1	13		1	4	3	12	0,46
Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
Mato Grosso Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
Mato Grosso	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
Total	15.219.608	72	26	2	8	20	5	133	0,66

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2015, pg.13.

***Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes:** Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20), BRASIL, 2015, pg.11.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da primeira década do Século XXI que o Brasil, através do Ministério da Saúde, (em conformidade com os princípios da atual Política de Saúde Mental (Lei 10216/2001) e Portaria GM 336/2002 estabelece normas e diretrizes para a organização dos serviços), vem se estruturando em relação a questão uso, abuso de álcool e outras drogas pautada em quatro diretrizes: intersetorialidade, atenção integral, prevenção, promoção e proteção da saúde.

Embora a Política Nacional de Saúde de Álcool e outras Drogas, sejam comuns a todos as regiões, estados e municípios, na região Centro-Oeste ainda há lacuna na cobertura de todos os serviços de assistência, bem como, recursos humanos qualificados (SOUZA e CORRADI-WEBSTER, 2012) para atuarem em rede intersetorial, ou seja, na interação entre as áreas saúde, justiça, educação, assistência social e articulação com a sociedade civil.

Em relação à capacitação e formação de recursos humanos numa perspectiva interdisciplinar as ações didáticas pedagógicas adotadas pelo CRR/UFMT, região Centro-Oeste, evidenciaram a necessidade de educação continuada, para que os profissionais possam estar em exercício constante de uma práxis transformadora do agir profissional para com os usuários de álcool e de outras drogas, em ações interativas entre as áreas do sistema judiciário, educação, da saúde e serviço social, associadas à rede de serviço hospitalar, extra-hospitalar, articulados à rede de saúde mental sem perder os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, pode-se afirmar que a educação permanente em saúde, a integração ensino-serviço, a aplicação de pesquisa-ação para apropriação do contexto e a produção de conhecimento crítico, colaborativo são instrumentos necessários para o desenvolvimento de um novo pensar sobre uso, abuso de álcool e outras drogas. E, principalmente, contribuir para que toda a população dos municípios da região Centro-Oeste do Brasil tenha a informação, o acesso e a assistência relacionada à solução dos problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. **Redes sociais e teoria social:** revendo os fundamentos dos conceitos. Inf.Inf., Londrina, v. 12, n. esp., 2007.

BORDENAVE, JD; PEREIRA, AM. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** Petrópolis: Vozes; 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, **Álcool e Outras Drogas.** *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015.* Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

BRASIL. Portal Brasil. **Observatório Crack:** é possível vencer. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>. Acesso em: 20 de Julho, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088/2011.** Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL, 2010. Casa Civil. Decreto Nº 7.179 de 2010. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em 17 jul de 2016

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 11.343/2006.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, 2001. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

Carlini ELA, Galduróz, JCF. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** Estudo Envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2005.

Carlini ELA, et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino** nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: CEBRID; 2010.

FIOCRUZ. 2012. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Disponível: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/senad/senad_pesq_crack_total_17set2013.pdf. Acesso em 15 julho 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, FONSECA AM, CARLINI EA. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2015**. Disponível: http://www.suapesquisa.com/geografia_do_brasil/populacao_centro_oest, Acesso [acesso 02 Jul 2016]. Brasília: 2015.

IBOPE.2013. **Consumo de cerveja e vinho no Brasil**. Disponível <http://www.sobrevinho.net/curiosidades/vinhos-entre-as-bebidas-mais-consumidas-no-brasil>. Acesso em 23 jul 2016

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Dados sobre tabaco e pobreza: um círculo vicioso. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/dados.doc.

Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, MD, Anderson RN, McAfee T, and Peto R, FRS. **21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States**. N Engl J Med 2013; 368:341-350. January 24, 2013.

MALCON MC, MENEZES AMB, CHARTKIN M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes: estudo de base populacional, no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2003 fev;37 (1):1-7.

MACHADO, L.O. **Trafico de drogas ilícitas y território**: el caso de Brasil. Em Colectivo Maloka/Generalitat de Catalunya. La economia de las drogas ilícitas. Escenarios de conflictos y derechos humanos. Barcelona: Generalitat de Catalunya/Transnational Institute. 2009. Disponível: <http://justica.gov.br/sua->

[seguranca/seguranca-publica/analise-pesquisa/download/estudos/sjcvolume8/trafico_drogas_ilicitas_territorio_caso_brasil.pdf](#). Acesso em 15 jul de 2016.

MITRE, SM; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. Sup. 2, p. 2133-2144. 2008.

MORAES, RUM. **Nova Lei Antidrogas**: Principais inovações da Lei nº. 11343/06. (2007). Disponível em: <http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-penal/574-nova-lei-antidrogas-principais-inovacoes-da-lei-no-113432006>. Acesso em: 10/07/2016.

MYERS MG, Kelly FJ. Cigarette Smoking Among Adolescents With Alcohol and Other Drug Use Problems. **Alcohol Res Health**. 2006; 29(3): 221–227.

OLIVEIRA FM, SANTOS V, SANTOS JE, SILVA, MNNRMO, NOGUEIRA DJ, DUARTE M, GALLASSI AD. Centro Regional de Referência sobre Drogas e Vulnerabilidades Associadas da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 227-234, 2015

PROCOPIO FILHO, A, VAZ, ACa. O Brasil no contexto do narcotráfico internacional. **Rev. bras. polít. int.**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 75-122, June 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73291997000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-73291997000100004>.

ROCHA, AP. Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 115, p. 561-580, jul./set. 2013

ROSA, SES, COSENZA, JP, LEÃO, LTS. Panorama do Setor de Bebidas no Brasil. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 101-150, mar. 2006.

SOUZA, DPO e CORRADI-WEBSTER, CM. Percepções de profissionais de um serviço aberto para álcool e outras drogas sobre a assistência oferecida. In: **Saúde Coletiva**: múltiplos olhares em pesquisa (Org. GUIMARAES LV, PIGNATTI MG, SOUZA DPO). Cuiabá: EdUFMT, 2012. 353-386.

SOUZA, J e KANTORSKI, LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, ago. 2007. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200003. Acesso em 03 ago. 2016.

THIOLLENT, M. (1987). Notas Para o Debate Sobre Pesquisa-Ação. Em C. Brandão (Org.), **Repensando a Pesquisa Participante** (3a. ed.; pp.82-103). São Paulo: Brasiliense.

UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2016 http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2016/06/numero-de-adultos-que-apresentam-dependencia-de-drogas-sobe-pela-primeira-vez-em-seis-anos--agora-sao-29-milhoes_-relatorio-mundial-sobre-drogas-2016-do-unodc.html

Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Silva VC, Awa F, Tsouros A, Khalil Rahman K, Fishburn B, Bettcher DW, Asma S. **Global Youth Tobacco Surveillance, 2000--2007** CDC MMR 01/22/2008. MMWR Surveillance Summary, 2008; 57(1):1-28.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol and Health**, 2011: Geneva: WHO; 2011. Disponível em:http://www.who.int/substance_abuse/wha_resolution_58_26_public_health_problems_alcohol.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**: Geneva: WHO; 2010. Disponível em:http://www.who.int/tobacco/nmh/publications/ned_report_full_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASES. **Monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics**. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596220eng.pdf>.

World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic**, 2008: The MPOWER package. Geneva: WHO; 2008. Disponível em:http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

PARTE IV
REGIÃO SUDESTE

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AVALIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E SÃO PAULO

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Enfermeira. Pós-Doutora em Estudos Sociais pela Universidade de Coimbra. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da USP.

E-mail: marciaap@usp.br

Heloísa Garcia Claro

Enfermeira. Doutora em Saúde Mental e Professora da Escola de Enfermagem/USP.

E-mail: helo_gclaro@hotmail.com

Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes

Cientista Político. Doutor em Ciência Política pela USP. Professor Adjunto da UFABC.

E-mail: ivanfilipe@gmail.com

José Gilberto Prates

Enfermeiro. Doutor em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da USP.

E-mail: jprates@hc.fm.usp.br

Paula Hayasi Pinho

Psicóloga. Doutora em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da USP. Professora da UNIFESP – Santos.

E-mail: phpinho@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

O cuidado ao usuário de álcool e outras drogas – AOD, no Brasil, está inserido dentro da área temática do cuidado em Saúde Mental, no Sistema Único de Saúde. A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conjunto de serviços para o cuidado das necessidades do indivíduo usuário de AOD, busca identificar as necessidades de saúde de forma integral, em todas as fases da vida, desde os serviços de atenção primária a saúde, até os serviços especializados. Alguns dispositivos da RAPS que trabalham para a efetivação da reabilitação psicossocial são os consultórios na rua, unidades de acolhimento, empreendimentos de economia solidária, Centros de Convivência e Cooperativa - CECCOs, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, entre outros.

Frente ao cenário e os desafios existentes é relevante discutir a constituição de políticas públicas de saúde mental no Brasil. Contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira, mostrar as consequências dos modelos de cuidado anteriores e como as novas práticas em saúde mental e AOD são ferramentas poderosas, compreendendo as atuais políticas de cuidado ao usuário de AOD com vistas à Reabilitação Psicossocial, reconhecendo o usuário como ser ativo de seu processo de cuidado.

O objetivo deste texto é apresentar e discutir as Políticas Públicas de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, com ênfase à região Sudeste, bem como falar sobre a importância da avaliação dos serviços de cuidado a estes indivíduos, e apresentar dados de estudo recente a respeito da avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas – CAPSad.

2. HISTÓRICO: REFORMA PSIQUIÁTRICA E CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No ano de 2015 o Ministério da Saúde brasileiro divulgou o dado de que existem 2.209 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em nosso país. Esse número vem crescendo constantemente desde 1998. Além disso, temos atualmente 289 Serviços Residenciais Terapêuticos no país (170 na região sudeste), 4.349 beneficiários do

Programa de Volta pra Casa, e o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de mais de 50.000 para 26.000 desde 2002 até 2014 (BRASIL, 2015).

Sem a devida contextualização e conceituação, esses números pouco dizem. Aliás, muitas vezes observamos a diminuição dos leitos psiquiátricos na mídia e somos levados erroneamente a acreditar que há um retrocesso na área da saúde. Um objetivo secundário deste texto é fazer com que, ao final da leitura, seja possível perceber que esses números representam quantitativamente evidências da Reforma Psiquiátrica Brasileira, culminando nas atuais políticas públicas de saúde mental e de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em nosso país com objetivos humanizados e defensor da cidadania.

Vale destacar que entendemos Políticas Públicas como o conjunto de leis, estratégias do governo, decretos, portarias, diretrizes e práticas institucionalizadas que possuem como objetivo atender às necessidades da população em determinados assuntos. No caso da saúde, políticas de saúde visam à atenção integral do cidadão, com equidade, de forma universal – como determinado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. No caso específico da saúde mental e AOD, as políticas públicas visam direcionar a forma que cuidamos dos indivíduos nos mais diferentes setores e dispositivos de cuidado à saúde.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de luta por melhores direitos e cuidado humanizado em saúde mental e ao usuário de AOD. Reforma significa dar um formato novo, e a reforma psiquiátrica significa reformatar, dar uma forma nova ao cuidado em saúde mental e ao usuário de AOD. Isso inclui também mudar a forma pela qual chamamos essa ciência, de psiquiatria, que focaliza principalmente a patologia e seus sintomas, à saúde mental, que se refere a um conceito mais amplo dentro do processo saúde-doença. A Reforma Psiquiátrica discute questões relacionadas à inserção das pessoas no mundo, tendo a defesa da cidadania como principal tarefa, entendida como projeto aberto às singularidades e especificidades de diversas formas de expressão da condição humana (BARROS; EGRY, 2001).

Para contextualizar a reforma psiquiátrica - RP e dar sentido às atuais políticas públicas que direcionam o cuidado em saúde mental e AOD no Brasil precisamos entender um pouco sobre eventos históricos importantes. Isto porque, a RP busca transformar o modelo assistencial em saúde mental e AOD e visa construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão. Não pretende acabar com o tratamento clínico,

mas eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social das pessoas com transtornos psíquicos e transtornos decorrentes do uso de AOD (OLIVEIRA, M., 2002).

Ao longo da história, aqueles que eram tidos como loucos, inebriados, bêbados, drogados, e etc. eram exilados em instituições totais, denominadas manicômios ou hospitais psiquiátricos, onde intervenções desumanas eram realizadas. Estas pessoas eram excluídas da sociedade por ser improdutivas ou fugir da norma de comportamento adequada ditada pela maioria. Os loucos e os drogados eram excluídos com o objetivo, dentre outros, de não atrapalhar o funcionamento da sociedade, e durante décadas sofreram os mais diferentes abusos e violência em instituições de portas fechadas, isolados de suas vidas, comunidades, de sua rede social. A Declaração de Caracas de 1990, adicionada ao relatório sobre a saúde no mundo da OMS, de 2001, são marcos mundiais para a desinstitucionalização psiquiátrica. Eles destacam que a desinstitucionalização de pessoas há longo tempo internadas em hospitais constitui exigência ética, institucional, técnica e social para viabilizar a garantia da reconstrução de cidadania, restituição do direito a moradia e do acesso à atenção psicossocial em serviços de base comunitária, territorial, que promovam cuidado eficaz e promotor de inclusão social (OMS; OPAS, 2001)

Em resposta a este movimento mundial de luta pelos direitos humanos e direitos em saúde mental, o Brasil passou a repensar a forma de tratar os portadores de transtornos mentais e usuários de AOD. Destacam-se alguns eventos nacionais abaixo que delinearão esse processo no território nacional.

Em novembro de 1963 foi realizada a III Conferência Nacional de saúde, onde diversas discussões sobre a reforma sanitária foram realizadas. Dentre os pontos importantes dessa conferência, destacamos a importância da rede municipalizada de saúde. Na época, o objetivo era dar cobertura aos trabalhadores e seus dependentes (OLIVEIRA, M., 2002). Em 1978 o Movimento dos trabalhadores de saúde mental fazia reivindicações trabalhistas, e por meio de um discurso humanitário, (até por conta do momento político de redemocratização que o país vivia) teve grande repercussão e avanço na luta antimanicomial (OLIVEIRA, M., 2002).

Aconteceram também quatro conferências nacionais de saúde mental (em 1987, 1992, 2001 e 2010), que tiveram como objetivo chamar a sociedade a discutir e reconstruir a relação com pessoas com necessidades de saúde mental ou decorrentes do

uso de AOD. A pauta dessas reuniões era os direitos dos usuários à atenção integral e cidadania, reorientação do modelo assistencial, organização de uma rede de atenção psicossocial que substituísse os hospitais psiquiátricos, e que tivesse como objetivo a Reabilitação Psicossocial dos indivíduos (DA SILVA; BARROS; DE OLIVEIRA, 2002).

Em resposta à insatisfação com a assistência ainda muito centrada no hospital, o congresso nacional aprovou em 2001 a lei 10.216, após 11 longos anos de tramitação. Esta lei reconhece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção psicossocial no Brasil, que passa a ser, de forma regulamentada, um modelo não hospitalocêntrico. A partir dessa lei, portarias e resoluções foram instituídas para o redirecionamento e financiamento do modelo da RAPS, desativação dos leitos hospitalares, capacitação dos trabalhadores, etc. Essas novas normas e regulamentações e aspectos éticos e legais que as envolvem estão descritas a seguir.

3. NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Graças a mobilização de usuários, trabalhadores, familiares e da sociedade como um todo, mesmo a Lei 10.216 demorando mais de uma década, passando por três gestões federais para ser aprovada, surgiu em 1987 em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, marco importante do rompimento com o modelo anterior de cuidado hegemônico, centrado no hospital psiquiátrico.

Nesse contexto de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde - SUS, com a mudança do modelo de atenção, o rompimento com as práticas hegemônicas e manicomialistas surgem os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS. OS CAPS são serviços de suma importância na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, e o preparo do enfermeiro para a prática na RAPS deve ser foco. Este profissional deve ser preparado para o acolhimento, afirmação da cidadania, produção de novas subjetividades e para a efetivação da reabilitação psicossocial. (Amarante, 2003) A reabilitação Psicossocial consiste em orientar o cuidado aos usuários em três eixos principais: trabalho, moradia e rede social. Os CAPS representam um novo modelo institucional de tratamento do paciente em saúde mental com o objetivo de fornecer o cuidado ao indivíduo sem retirá-lo do convívio social e da vivência plena de seus direitos de cidadania.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS hoje é uma expressão contundente da Reforma Psiquiátrica para o fortalecimento do SUS. Deve-se dar continuidade ao trabalho para efetivar e qualificar a RAPS na Reabilitação Psicossocial, protagonismo dos usuários, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos. Nesse sentido a participação dos trabalhadores é decisiva para o projeto coletivo da RP (BRASIL, 2015).

Para que a Reabilitação Psicossocial se efetive da forma descrita acima, algumas leis, decretos e portarias foram de extrema importância para a construção da RAPS. São essas:

- A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências que visam à assistência terapêutica integral; (BRASIL, G. F., 1990).
- Portaria 106 de 2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, que são serviços que acolhem em moradias pessoas que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica em hospitais (BRASIL, M. D. S., 2000a);
- Portaria 1.220 de 2000, que institui como é realizado o acompanhamento dos moradores dos SRTs (BRASIL, M. D. S., 2000b);
- Lei 10.216, de 2001, que lei reconhece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção psicossocial no Brasil, que passa a ser, de forma regulamentada, um modelo não hospitalocêntrico; (BRASIL, 2001)
- Portaria 251 de 2002, que redireciona e normatiza a assistência hospitalar; (BRASIL, 2002)
- Portaria 336 de 2002, que dá novas diretrizes para o funcionamento dos CAPS; (BRASIL, 2002).
- Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o Programa de Volta pra Casa - PVC, que beneficia os egressos de internações também de longa duração para que se vinculem novamente à sua comunidade de origem, família, etc; (BRASIL, 2003a)
- Lei 3.090 de 23 de dezembro de 2011, que estabeleceu modalidades para a habilitação das moradias dos Serviços Residenciais Terapêuticos; (BRASIL, 2011a).

Os tipos de CAPS atualmente regulamentados pelas leis e portarias acima citadas estão abaixo descritos (BRASIL, 2011b):

- CAPS I, para população de 20.000 a 70.000 habitantes, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis;
- CAPS II para população de 70.000 a 200.000, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis, podendo comportar 3º turno em horário estendido;
- CAPS III para população acima de 200.000 habitantes deve comportar equipe para acolhimento noturno, 24h diariamente, todos os dias úteis, finais de semana e feriados;
- CAPSi (infantil) atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, para população acima de 150.000, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis, podendo comportar 3º turno em horário estendido;
- CAPSad, (álcool e outras drogas) para população acima 70.000, 8 as 18, funcionando normalmente das 8 às 18, nos cinco dias úteis, podendo comportar 3º turno em horário estendido;
- CAPSad III (álcool e outras drogas) para população acima de 200.000 habitantes deve comportar equipe para acolhimento noturno, 24h diariamente, todos os dias úteis, finais de semana e feriados.

Essas leis e portarias, bem como a forma de funcionamento dos CAPS, que são serviços de extrema importância da RAPS, visam o atendimento do usuário de forma integral (desde a infância até a vida adulta), em sua comunidade, de forma a garantir direitos básicos de moradia e cuidados em saúde, principalmente, de forma humanizada.

Além da moradia, da reintegração social e dos cuidados em saúde e rede social, na nova lógica de cuidado regulamentada da forma descrita acima, o trabalho também deve ser destacado. Como explanado por Silva, o trabalho do usuário passa a ocupar o seu lugar devido, não restrito a um dispositivo de tratamento como no modelo moral, nem como dispositivo de adaptação social proposto pelas ciências do comportamento, nem como mecanismo de acesso por excelência no jogo das contratualidade sociais, como na psiquiatria democrática italiana. O trabalho é um dos vários outros dispositivos eficazes de inclusão social que podem contemplar as necessidades diferenciadas dos usuários,

como a organização social e política, atividades de lazer, religião e vida afetiva (SILVA, 1997). O trabalho deve ser compreendido neste novo modelo como um instrumento de intervenção que busca a ampliação no nível de contratualidades sociais do usuário, se alinhando a uma perspectiva de superação da tradição psiquiátrica (SILVA, 1997).

Destacam-se também as ações de saúde mental na atenção básica, que é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Os usuários do SUS recebidos e avaliados nas Unidades de Atenção Básica - UBS como portadores de necessidades de saúde mental, podem ter as mesmas trabalhadas pela equipe interdisciplinar na própria unidade, quando de baixa complexidade. Em alguns casos, conta-se com o apoio matricial, que consiste em um atendimento conjunto da UBS e do CAPS a usuários do território, que garante, mais uma vez, o cuidado integral a este indivíduo, unindo as especificidades do cuidado na atenção primária (UBS) com a atenção especializada (CAPS).

Em outros casos de maior complexidade, é necessário que o usuário seja encaminhado a um CAPS. Estes serviços são portas abertas e de demanda espontânea, ou seja, os próprios usuários podem busca-los mesmo sem encaminhamento e serão acolhidos e iniciarão naquele (ou em algum outro CAPS mais próximo de seu território) o seu plano terapêutico singular.

Além disso, em momentos de agudização dos sintomas (crise), de acordo com as atuais políticas públicas, o cenário de cuidados do usuário em crise é a enfermaria de saúde mental em hospital geral. O objetivo deste local é realizar um atendimento compartilhado do usuário com os outros dispositivos da rede pelos quais ele transita (CAPS, UBS, etc.).

Equipamentos da comunidade como os Centros de Convivência e Cooperativa, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Serviços de atenção à população de rua, Consultório na rua, entre outros, devem ser acionados e utilizados pelos usuários da RAPS de acordo com as suas necessidades, e cabe à equipe interdisciplinar conhecer o território e garantir o acesso do usuário a estes equipamentos. Em 2003 foi publicada “A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, do Ministério da Saúde. Essa política enfatiza a redução de danos como o caminho a ser seguido para o cuidado ao usuário de AOD (BRASIL, 2003b). A portaria 3.088 de 2011 da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS também dá ênfase à redução de

danos e ao cuidado ao usuário de AOD como importante objetivo dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Considerando a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a RAPS é um conjunto de serviços e espaços públicos, que tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

Modificando a ideia ultrapassada de que apenas um serviço de base comunitária deveria substituir o hospital psiquiátrico - local onde antes os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas eram asilados, a condição de rede de serviços traz consigo uma ideia de que os indivíduos precisam de uma oferta variada de intervenções e ações em suas vidas para efetivar a sua reabilitação psicossocial. Em contraste a uma lógica reducionista de que o usuário de álcool e outras drogas necessita apenas de terapia e medicação, a Rede mostra que os indivíduos precisam conquistar direitos como cidadãos, ter acesso a lazer, trabalho, moradia, saúde integral, rede social, e conquistar os espaços das cidades de onde foram, por muitas décadas, excluídos.

Esta portaria 3.088 dá ênfase à necessidade do respeito aos direitos humanos como uma forma de garantia da liberdade e autonomia. Faz menção aos princípios do SUS como equidade e integralidade. Além de prezar pela assistência interdisciplinar, e não mais centrada unicamente na nosologia médica e intervenção medicamentosa. Incentiva a diversificação das estratégias de cuidado, abrindo espaço para práticas complementares e ações psicossociais (BRASIL, 2011b). Faz-se necessário que as ações sejam de base territorial e comunitária, trabalhando com os indivíduos o empoderamento, reconhecimento e uso ativo dos recursos de sua comunidade. Outro ponto importante é o destaque à educação permanente que deve acontecer nos serviços, com o objetivo de capacitar a equipe interdisciplinar para que possa, a cada dia, atender melhor às necessidades de sua população (BRASIL, 2011b).

4.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE USO DE DROGAS

Estima-se que 2,5 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de causas relacionadas ao álcool somente em 2004. Muito preocupante é o dado de que mais de 300 mil deste total pertencem à faixa etária de 15 a 29 anos. Este número estimado de mortes chega a 3,8% de todas as mortes no mundo no mesmo ano, bem como mais de 4% da carga global de doenças, que é medido com base nos anos de vida perdidos por incapacidades (WHO, 2010).

No Brasil, estudo que comparou dados de 2006 e 2012 detectou um aumento de 20% no número de bebedores frequentes, destacando-se que o aumento entre estes seis anos foi maior do que o reportado anteriormente por pesquisas com mulheres, uma vez que o número de bebedores frequentes neste grupo aumentou 10% (LARANJEIRA, 2014). O mesmo estudo aponta que 32% dos indivíduos entrevistados tiveram ao menos um episódio de descontrole relacionado ao ato de beber, relatando que não conseguiram interromper o consumo, uma vez iniciado, da bebida alcoólica (LARANJEIRA, 2014).

Por sua vez, a cannabis, conhecida popularmente como maconha, é a substância sob controle internacional globalmente mais usada. Em 2013, um número estimado de 181,8 milhões de pessoas com idade entre 15 a 64 anos fizeram uso de cannabis para fins não terapêuticos. Essa substância demanda atualmente estratégias de tratamento aos problemas de saúde associados a seu uso, bem como necessidade de diálogo entre os países sobre políticas internacionais mais efetivas de controle da produção e circulação desta substância (WHO, 2016). A prevalência de uso de cannabis nos últimos 12 meses no Brasil é de 2,5% na população adulta e de 3,5% na população adolescente, uma taxa semelhante à de outros países da América Latina (LARANJEIRA, 2014). Cerca de 3.4 milhões de pessoas no Brasil fizeram uso de cannabis nos últimos 12 meses (LARANJEIRA, 2014).

Em 2013, estima-se que 5,2% da população mundial fez uso de cocaína e seus derivados. Destes, 0,59% fazem uso problemático da substância (WHO, 2015b). Estudo recente indica que 244 mil brasileiros fizeram uso de crack, cocaína ou outros derivados de cocaína nos últimos 12 meses. Além disso, 70% dos usuários de cocaína e derivados fazem uso conjunto de maconha (LARANJEIRA, 2014).

Em 2015, mais de 1,1 bilhão de pessoas fumavam tabaco no mundo. A prevalência ainda é maior em homens, e embora esteja em declínio em todo o mundo, a prevalência do tabagismo parece aumentar na Região do Mediterrâneo Oriental e Região Africana (WHO, 2015a). Assim como na maior parte do mundo, houve uma redução entre os anos de 2006 a 2012 de 20% no consumo de tabaco em adultos. A redução foi ainda maior em adolescentes, alcançando 45%. Pouco mais de 11% da população estudada é composta de ex-fumantes (LARANJEIRA, 2014).

5. A REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

5.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA REGIÃO SUDESTE

A prevalência do tabagismo na região Sudeste do Brasil baixou de 21,8% em 2006 para 17,7% em 2012. A prevalência do uso de cocaína na região foi de 2,2%, concentrando o maior número absoluto de usuários da substância no país (1,4 milhões de pessoas que relataram ter usado a droga no último ano, o que corresponde à metade dos usuários de cocaína brasileiros) (LARANJEIRA, 2014).

Na região sudeste, a prevalência do uso regular de álcool passou de 46% em 2006 a 60% em 2012. O beber em binge (uso de 5 ou mais doses de álcool em uma mesma ocasião) na mesma região passou de 41% em 2006 a 56% em 2012 (LARANJEIRA, 2014). A região sudeste é a segunda região brasileira em maior proporção de casos confirmados de infecção pelo vírus da hepatite B, em decorrência do uso de drogas, ficando atrás somente da região Sul. Entre 2001 e 2007, a região que apresentou o maior número de mortes relacionadas a uso de drogas foi a região Sudeste. Esse número de óbitos decresceu discretamente na região sudeste entre 2001 a 2007. Além disso, Minas Gerais é segundo estado do país com maior número de mortes em estradas decorrentes de acidentes onde um dos condutores estava embriagado (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

As Regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maior número de afastamentos do trabalho e aposentarias por invalidez em decorrência do consumo de drogas. A região

Sudeste possui as duas maiores porcentagens de crimes de posse para uso de drogas ilegais sobre o total de crimes entre 2004 a 2007, correspondendo a 1,5% tanto em Minas Gerais como em São Paulo (DUARTE et al., 2009).

Entre 2001 a 2007, foram apreendidos 25.699,3 quilos de cocaína na região Sudeste, o que corresponde a 33% do total de apreensões nacionais. No que tange ao crack, o peso apreendido na região Sudeste foi de 333,4 quilos, o que corresponde a 25,5% do total nacional. Considerando a maconha, foram apreendidos 275.658,6 quilos, correspondendo a 24% das apreensões no país (DUARTE et al., 2009).

6. CARACTERIZAÇÃO DA RAPS NA REGIÃO SUDESTE

A respeito das equipes de consultório na rua, que são parte das estratégias da Atenção Básica em Álcool e outras drogas, 3 equipes estão no ES, 13 em MG, 9 no RJ e 35 em SP. Um total de 60 na região sudeste, somando 54% das equipes de consultório na rua do total brasileiro (111 equipes) (BRASIL, 2015). Somando todos os tipos de dispositivos CAPS, a região sudeste possuía, em 2014, uma cobertura de 0,79 CAPS por 100 mil habitantes, estando abaixo do Nordeste (1/100.000) e do Sul (1,07/100.000). A cobertura acima de 0,70 é considerada como “muito boa” pelo ministério da saúde. As regiões Norte (0,61/100.000) e Centro-Oeste (0,66/100.000) encontram-se abaixo desse nível estabelecido como muito bom. Todas as regiões do país apresentaram positiva taxa de crescimento de cobertura de CAPS de 2002 a 2014(BRASIL, 2015).

A região Sudeste (763) é a segunda região com maior número de CAPS no total, estando atrás da região Nordeste (781), apesar de ser a mais populosa do país. Um dos estados que ainda não possui CAPS III, ou seja, CAPS na modalidade 24 horas é o estado do ES. Este estado conta atualmente com apenas 23 CAPS no total, tendo a menor taxa de cobertura da região Sudeste (0,46/100.000) e estando atrás somente dos estados do Acre (0,44/100.000) e Amazonas (0,39/100.000) mostrando a necessidade de expansão do número de CAPS na região Sudeste (BRASIL, 2015).

No caso específico dos CAPSad, a região Sudeste possui 133 CAPSad, equivalente a 43% do total nacional e 25 CAPSad III, equivalente a 36% do total nacional. Em número absoluto, é a região com maior número de CAPSad em ambas as modalidades. Quando contabilizados os municípios elegíveis em cada estado e quantos destes possuem CAPS, somente o estado do Piauí possui 100% de cobertura. Na região Sudeste, apenas 60,5% dos municípios elegíveis possuem CAPS. O estado da região com melhor cobertura é o estado do RJ, com 94,6% de cobertura e o pior o do ES, com 37% (BRASIL, 2015). O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostrou que 58% das pessoas da região sudeste já haviam procurado o CAPSad para tratamento para AOD (LARANJEIRA, 2014).

Quando pensamos em dispositivos mais novos da RAPS, como é o caso da Unidade de Acolhimento, existem apenas 34 em território nacional. Destas, 11 estão em SP e 6 em MG. Os estados do RJ e ES não contam com este dispositivo (BRASIL, 2015).

O dado sobre leitos em hospital geral para a região Sudeste é de grande preocupação. Em São Paulo, apenas 1 hospital foi habilitado com 20 leitos para saúde mental e álcool e outras drogas no período de 2012 a 2014. Um total de 323 leitos em hospital geral foram habilitados na região Sudeste neste período, correspondendo a 44% dos leitos habilitados no período no país. A maior parte destes (176) encontra-se no estado de MG (BRASIL, 2015).

6.1 AVALIAÇÃO DE CAPSAD

Como dito anteriormente, os CAPSad, parte da RAPS, podem ser do tipo III (com funcionamento de 24 horas, ou II, funcionando durante a semana, em horário normal ou estendido). Mais recentemente, na Portaria 3.088 publicada em 2011, designou-se aos CAPSi também a função de cuidado às necessidades específicas dos usuários de AOD ainda em sua infância e adolescência (BRASIL, 2011b).

Desde o surgimento dos CAPSad, em 2002, estes serviços foram alvo de estudos avaliativos apenas recentemente. Estes estudos recentes preocuparam-se em avaliar os serviços com base em entrevistas com usuários e seus familiares, trabalhadores e os

gerentes destes CAPSad (BARBOSA et al., 2015; LIMA, 2013; OLIVEIRA, M. A. F. D. et al., 2014; PINHO, 2014)

É preciso avaliar os serviços de saúde para garantir que o cuidado às necessidades dos indivíduos esteja sendo atendidas. Uma avaliação efetiva de serviços da RAPS inclui não somente dados sobre cobertura e número de atendimentos, mas também opiniões dos interessados no funcionamento do serviço (usuários, familiares, comunidade do entorno, trabalhadores, etc) sobre o tratamento oferecido e sua efetividade (OLIVEIRA, M. A. F. D. et al., 2014).

Além disso, busca-se também, em estudos de avaliação, mensurar os resultados das intervenções realizadas nos serviços. Na área da saúde, escalas validadas que façam a mensuração dos resultados do cuidado são comumente utilizadas, com o objetivo de avaliar a percepção auto-relatada do indivíduo a respeito de sua melhora, recuperação ou melhoria de suas condições gerais de saúde para acompanhamento do tratamento (CLARO et al., 2011; OLIVEIRA, M. A. F. D. et al., 2014).

6.2 RESULTADOS DOS ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DOS CAPSAD NOS ESTADOS DE SÃO PAULO E MINAS GERAIS

No período de 2013 a 2015 foi realizada uma pesquisa de corte transversal, de caráter quantitativo, com os usuários de CAPSad nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá. Para a presente análise, serão apresentados os dados dos usuários pertencentes à região Sudeste (SP e MG).

Foram entrevistados 647 usuários na região, sendo 330 do estado de MG e 317 do estado de SP. Dos 28 CAPSad da região Sudeste que fizeram parte da pesquisa, 15 estão localizados em SP e 13 em MG. Os CAPS em São Paulo estão localizados nos municípios de São Paulo, Bauru, Botucatu e Taboão da Serra, enquanto os CAPS mineiros foram sorteados de modo que a pesquisa foi realizada em ao menos um CAPSad por município que possui esse serviço. Foram sorteados 30 usuários de cada um dos CAPSad para participação na pesquisa, o que totaliza 840 usuários sorteados. Destes, 77% foram entrevistados. Motivos para perdas de usuários foram impossibilidade de contato no

CAPSad e via telefones e endereços encontrados nos prontuários e usuários que recusaram participar da pesquisa.

Para condução da coleta de dados, os usuários responderam a entrevistas que compreendiam questionário sócio-demográfico e duas escalas validadas no Brasil, a escala de Satisfação dos Pacientes com Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR (BANDEIRA, M.; PITTA; MERCIER, 2000; BANDEIRA, M.; SILVA, 2012) e a Escala de Mudança Percebida – EMP (BANDEIRA, M. D. B. et al., 2011). A primeira escala avalia a satisfação dos usuários com os serviços de forma global e em três subescalas: Competência da equipe e do terapeuta principal, Ajuda recebida no serviço e Condições físicas do serviço. A escala EMP avalia a mudança percebida pelo usuário em sua vida após o início do tratamento no CAPSad, bem como a mudança percebida em três subescalas: Atividades e Saúde Física, Aspectos Psicológicos e Sono e Relacionamentos e estabilidade emocional.

Como pode ser percebido na Tabela 1, a maior parte dos entrevistados declarou-se como do sexo masculino. Além disso, quanto à idade, a média foi de 44,27 anos (IC 95% 43,36-45,18), com mediana de 44 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 76. Pode-se verificar também que a maior parte dos usuários entrevistados possui baixa renda, apresentando renda familiar de até 2 salários mínimos. Quanto ao uso de AOD, a idade média na qual os indivíduos perceberam que este tornou-se prejudicial com idade média de 32,63 anos (IC 95% 31,62- 33,65), mediana de 30 anos, idade mínima de 5 e máxima de 70. A maior parte refere ter conhecimento a respeito de seu diagnóstico e a comorbidade de saúde mental mais relatada foi a depressão, 19% da amostra, seguida por transtorno de ansiedade (14,2%).

Tabela 1: Perfil dos usuários dos CAPSad de São Paulo e Minas Gerais. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	355	54,9%
	Feminino	292	45,1%
	Total	647	100,0%
Raça/Cor	Não informado	1	,2%
	Branca	279	43,1%
	Negra	267	41,3%
	Parda	100	15,5%
	Total	647	100,0%
Renda familiar no último mês	Até 2 salários mínimos	458	70,8%
	de 2 a 4 salários mínimos	138	21,3%
	de 4 a 10 salários mínimos	43	6,6%
	de 10 a 20 salários mínimos	5	,8%
	Acima de 20 salários mínimos	3	,5%
	Total	647	100,0%
Usuário sabe qual o seu diagnóstico?	Não	53	8,2%
	Sim	594	91,8%
	Total	647	100,0%
Transtorno Bipolar do Humor	Não	569	87,9%
	Sim	41	6,3%
	Não informado	37	5,7%
	Total	647	100,0%

Depressão	Não	486	75,1%
	Sim	123	19,0%
	Não informado	38	5,9%
	Total	647	100,0%
Esquizofrenia	Não	574	88,7%
	Sim	35	5,4%
	Não informado	38	5,9%
	Total	647	100,0%
Transtorno da ansiedade	Não	517	79,9%
	Sim	92	14,2%
	Não informado	38	5,9%
	Total	647	100,0%

Quando questionados a respeito das drogas para as quais consideram que fazem tratamento atualmente, é relatado que as drogas mais prevalentes são álcool em primeiro lugar, seguido de cocaína, com maconha em terceiro, crack em quarto e tabaco (cigarro) em quinto, como pode ser observado na tabela 2. Esses dados são compatíveis com estudos de prevalência nacional, que mostram a droga de maior preocupação na atualidade é o álcool (LARANJEIRA, 2014). Assim como nestes levantamentos nacionais, as drogas ilícitas mais comumente utilizadas e para as quais se busca tratamento são a cocaína e seus derivados, dentre eles o crack, e a maconha (LARANJEIRA, 2014).

Tabela 2: Uso de drogas que consideram estar em tratamento no CAPSad, São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Tabaco	Não	410	63,40%
	Sim	201	31,10%
	Não informado	36	5,60%
	Total	647	100,00%
Álcool	Não	146	22,60%
	Sim	477	73,70%
	Não informado	24	3,70%
	Total	647	100,00%
Outras drogas	Não	319	49,30%
	Sim	296	45,70%
	Não informado	32	4,90%
	Total	647	100,00%
Maconha	Não	421	65,10%
	Sim	226	34,90%
	Total	647	100,00%
Cocaína	Não	409	63,20%
	Sim	238	36,80%
	Total	647	100,00%
Crack	Não	445	68,80%
	Sim	202	31,20%
	Total	647	100,00%
Solventes	Não	602	93,00%
	Sim	45	7,00%
	Total	647	100,00%
Heroína	Não	645	99,70%
	Sim	2	0,30%
	Total	647	100,00%
Anfetaminas	Não	634	98,00%
	Sim	13	2,00%
	Total	647	100,00%
LSD	Não	624	96,40%
	Sim	23	3,60%
	Total	647	100,00%
Ecstasy	Não	628	97,10%
	Sim	19	2,90%
	Total	647	100,00%
Hipnóticos	Não	639	98,80%
	Sim	8	1,20%
	Total	647	100,00%
Sedativos	Não	625	96,60%
	Sim	22	3,40%
	Total	647	100,00%

Alucinógenos	Não	628	97,10%
	Sim	19	2,90%
	Total	647	100,00%
Opióides	Não	641	99,10%
	Sim	6	0,90%
	Total	647	100,00%

Apesar de apenas 201 usuários referirem que fazem tratamento para o uso de tabaco, 416 fumavam na data da coleta dos dados, o que indica que muitos deles não procuraram ajuda do CAPSad para o uso desta droga específica ou não viam esse consumo como um problema. Apesar dos altos índices de usuários que relatam fazer tratamento para o uso de álcool, cocaína, crack e maconha, percebe-se, por meio dos

Tabela 3: Uso de álcool e outras drogas no último mês. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Uso de maconha no último mês	Não	583	90,10%
	Sim	64	9,90%
	Total	647	100,00%
Uso de crack e/ou cocaína no último mês	Não	539	83,30%
	Sim	108	16,70%
	Total	647	100,00%
Uso atual de cigarro	Não	231	35,70%
	Sim	416	64,30%
	Total	647	100,00%
Uso atual de álcool	Não	387	59,80%
	Sim	260	40,20%
	Total	647	100,00%

dados apresentados na tabela 3, que a maior parte dos usuários obteve algum sucesso na redução do uso das drogas nos últimos 30 dias, resultado este obtido a partir da comparação da tabela 3 com a tabela 2. Os resultados da tabela dois mostram que 9,9% usou maconha, 16,7% usou crack e/ou cocaína e 40,2% usou álcool Nos últimos 30 dias. As drogas com maior prevalência de uso no último mês, como pode ser verificado, são o álcool e o tabaco.

O CAPSad tem, portanto, um impacto positivo na redução do consumo de drogas por parte dos usuários. A redução da quantidade de drogas utilizada está associada às práticas de redução de danos, o que mostra que os CAPSad conseguem auxiliar os indivíduos que buscam tratamento de forma compatível com as atuais políticas para o cuidado ao usuário de AOD no Brasil (BRASIL, 2003b).

Quanto a comorbidades clínicas, podemos observar na tabela 4 abaixo que a doença mais prevalente nesta população é a hipertensão arterial, seguida por diabetes e DST/AIDS. O álcool, principalmente, é associado na literatura a problemas de saúde clínica como a hipertensão, diabetes e também o risco para doenças sexualmente transmissíveis (DA COSTA et al., 2004; GONDIM, 2006; HARTMANN et al., 2007). É necessário, portanto, que os CAPSad contem com o apoio de uma RAPS efetiva, onde as necessidades clínicas dos usuários sejam encaminhadas às unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e também a serviços especializados. Infelizmente, a interação entre os serviços da RAPS ainda não é apontada pela literatura como suficiente para o cuidado às necessidades do indivíduo em diversas localidades brasileiras (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DE SOUSA SILVA et al., 2014). Intersetorialidade e maior investimento na articulação dos serviços mostram-se de grande relevância frente aos dados aqui expostos.

Tabela 4: Comorbidades clínicas dos usuários. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

Variável	Categorias	n	%
Hipertensão arterial	Não	507	78,4%
	Sim	140	21,6%
	Total	647	100,0%
Diabetes	Não	604	93,4%
	Sim	43	6,6%
	Total	647	100,0%
Obesidade	Não	632	97,7%
	Sim	15	2,3%
	Total	647	100,0%
Problemas oncológicos	Não	639	98,8%
	Sim	8	1,2%
	Total	647	100,0%
DST/AIDS	Não	619	95,7%
	Sim	28	4,3%
	Total	647	100,0%

Quanto à avaliação dos usuários a respeito do cuidado que receberam no CAPSad, podemos verificar que a maior parte deles se encontra satisfeito. Os escores de satisfação para todas as subescalas do instrumento SATIS-BR aproximam-se do valor 5, que é a pontuação máxima da escala. O item com pior avaliação por parte dos usuários é “Condições físicas do serviço”, o que mostra que os usuários têm uma visão melhor a respeito do cuidado que recebem e de seu relacionamento com a equipe quando comparado a elementos da estrutura física do CAPSad. Do outro lado, a satisfação quando à “Competência da equipe e do terapeuta principal” e sobre a “Ajuda recebida no serviço” mostrou-se bastante alta.

Tabela 5: Satisfação com o tratamento recebido e Mudança Percebida. São Paulo e Minas Gerais, 2013-2015.

	Variável	Média	Mediana	IC 95% LI	LS	Min	Max
Satisfação dos usuários com o CAPSad	Competência da equipe e do terapeuta principal	4,44	5,00	4,40	4,49	2	5
	Ajuda recebida no serviço	4,61	5,00	4,57	4,66	1	5
	Condições físicas do serviço	3,91	4,00	3,85	3,97	1	5
	Satisfação global	4,37	4,00	4,32	4,42	2	5
Mudança Percebida	Atividades e Saúde Física	2,58	3,00	2,54	2,62	1	3
	Aspectos Psicológicos e Sono	2,69	3,00	2,65	2,73	1	3
	Relacionamentos e estabilidade emocional	2,58	3,00	2,54	2,62	1	3
	Mudança percebida Global	2,66	3,00	2,62	2,70	1	3

A avaliação subjetiva de usuários dos serviços públicos é, com frequência, apontada como idealizada pela literatura (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Os usuários, especialmente os de classes sociais mais baixas e/ou mais vulneráveis, com frequência associam o serviço e a sua experiência como positiva, simplesmente por sentirem-se gratos pelo caráter “*gratuito*” do serviço. Além disso, a literatura menciona o medo dos

usuários em perder o serviço, o que também pode enviesar a sua avaliação dos mesmos (GOMES et al., 1999).

Finalmente, quanto à mudança percebida em suas vidas, desde que iniciaram o tratamento no CAPSad, os usuários também possuem uma visão bastante positiva, uma vez que os escores para todas as subescalas do instrumento Escala de Mudança Percebida aproximam-se do valor 3, pontuação máxima da escala. Desta forma, é possível afirmar que o cuidado no CAPSad está associado a uma percepção global de melhora por parte dos usuários, tanto no que tange a saúde física, aspectos psicológicos e relacionamentos, como pode ser observado na tabela 5.

Posto isto, podemos concluir que os usuários do CAPSad em São Paulo e Minas Gerais estão satisfeitos com o serviço recebido e percebem que as atividades realizadas no CAPSad estão promovendo mudanças em diversos aspectos de suas respectivas vidas. Temos, portanto, alguns indícios que apontam para a qualidade do serviço prestado com a implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda que saibamos das diversas lacunas existentes na construção de uma RAPS adequada, capaz de dar conta das demandas e necessidades da população atendida.

7. CONCLUSÃO

Os CAPSad configuram-se como serviços de extrema importância na RAPS no Brasil. Nos estados de São Paulo e Minas Gerais da região Sudeste, estes serviços são muito bem avaliados pelos usuários. Entretanto, avanços que objetivem uma maior integração da rede de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, bem como políticas intersetoriais, com a participação principalmente da área de educação, cultura e trabalho, são de extrema importância para o cuidado às necessidades destes indivíduos.

Além disso, faz-se necessário um maior investimento em estudos avaliativos, que pesquisem não somente o CAPSad mas a articulação entre os serviços da RAPS e os outros dispositivos por onde os usuários de AOD circulam, com o objetivo de verificar se a integralidade ao cuidado deste usuário vem sendo atingida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação de satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=275816&indexSearch=ID> >.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. D. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012.

BANDEIRA, M. D. B. et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BARBOSA, G. C. et al. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 31-37, 2015.

BARROS, S.; EGRY, E.

O louco, a loucura ea alienação institucional: o ensino de enfermagem Sub Judice. São Paulo: Cabral 2001.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

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. SAÚDE, M. D. 2001.

_____. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial.** SAÚDE, M. D. Brasília, DF 2002.

_____. **LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.** SAÚDE., M. D. 2003a.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** SAÚDE, M. D.;EXECUTIVA, S., *et al.* Brasília: Ministério da Saúde: 60 p. 2003b.

_____. **Lei 3.090 de 23 de dezembro de 2011.** SAÚDE, M. D. 2011a.

_____. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** SAÚDE, M. D. Brasília, DF 2011b.

_____. **Saúde Mental em Dados 12.** Brasília - DF: Ministério da Saúde. Governo Federal. 2015.

BRASIL, G. F. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, a Organização EO Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências.** Brasília-DF, Brasil, 1990.

BRASIL, M. D. S. **PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000.** SAÚDE, M. D. Brasília, DF. 2000a.

_____. **Portaria nº 1220/GM de 7 de novembro de 2000.** Brasília, DF 2000b.

CLARO, H. G. et al. Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 7, n. 2, p. 71-77, 2011.

DA COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

DA SILVA, A. T.; BARROS, S.; DE OLIVEIRA, M. A. [Health and mental health policies in Brazil: social exclusion/inclusion as intention and action]. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 1, p. 4-9, Mar 2002.

DE SOUSA SILVA, L. et al. A ARTICULAÇÃO ESF/CAPS AD III NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DO PET-SAÚDE. 11º Congresso Internacional da Rede Unida, 2014.

DUARTE, P. D. C. A. V.; STEMPLIUK, V. D. A.; BARROSO, L. P. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, DF.: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2009.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 789-797, 1999.

GONDIM, R. C. **Comportamento sexual e uso de álcool e drogas entre homens que fazem sexo com homens no Ceará: tendências e práticas de risco para as DST/AIDS**. 2006. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1857-66, 2007.

LARANJEIRA, R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)-2012. **São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD).**[Links], 2014.

LIMA, F. C. Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD: estudo de caso de um município da região sul do Brasil. 2013.

OLIVEIRA, M. **Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio**. São Paulo: Selecta Editorial 2002.

OLIVEIRA, M. A. F. D. et al. Assessment procedures of mental health services: an integrative review. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014.

OMS, O. M. D. S.; OPAS, O. P.-A. D. S. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: 2001.

PINHO, P. H. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo**. 2014. Universidade de São Paulo

SILVA, A. **Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à reprodução de vida. São Paulo, 1997. 161 p.** 1997. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.[Links]

WHO, W. H. O. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 2010.

_____. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015a. ISBN 978 92 4 156492 2

_____. **World Drug Report, 2015.** Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime 2015b.

_____. **The health and social effects of nonmedical cannabis use.** Geneva, Switzerland.: WHO Document Production Services, 2016. ISBN 978 92 4 151024 0.

PARTE V

REGIÃO SUL

USO E ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS À LUZ DA SAÚDE PÚBLICA NO SUL DO BRASIL

Michele Mandagará de Oliveira

Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: mandagara@hotmail.com

Valéria Cristina Christello Coimbra

Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

Luciane Prado Kantorski

Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: kantorski@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

O Brasil durante os últimos anos vem investindo na criação e ampliação de políticas públicas direcionadas às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (SPA), isso se deve em parte a constatação do aumento do número de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, como por exemplo, o uso de álcool e de outras drogas como podemos observar em diferentes pesquisas realizadas no território brasileiro (CARLINI, 2006, LARANGEIRA, 2012, BASTOS; BERTONI, 2013). Entretanto, também é necessário considerar que além da preocupação do governo federal com a saúde e qualidade de vida das pessoas usuárias de substâncias psicoativas, foco nas ações relacionadas à justiça também foi mantido e ampliado (GARCIA, LEAL, ABREU, 2008).

No ano de 2005 foi aprovada a Política Nacional Sobre Drogas por meio da Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD que considerou a elaboração de estratégias e diretrizes para a redução da demanda e da oferta de drogas que estão apresentadas em cinco capítulos: Prevenção; Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; Redução de danos Sociais a Saúde; Redução da Oferta; Estudos, Pesquisas e Avaliações (BRASIL, 2005).

No ano seguinte, foi instituído por o Sistema Nacional de Políticas Públicas (SISNAD), que orienta quanto as medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito, define crimes e dá outras providências (BRASIL, 2006).

Contudo, foi com a implantação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) Portaria nº 3.088, que surge um instrumento favorável a garantia da rede de cuidados das pessoas usuárias, uma vez que "*as ações de saúde do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas estão inseridas no âmbito da formação da RAPS*" (BRASIL,2011, p.;1). A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

"I - Atenção Básica em Saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência; II - Atenção Psicossocial Especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - Atenção

de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - Atenção Residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - Reabilitação Psicossocial" (BRASIL, 2011, p.1).

Quando analisamos as informações públicas disponíveis das três Secretarias Estaduais de Saúde da Região Sul do Brasil, observamos que em todas elas a RAPS aparece como lógica assistencial que acolhe entre outras necessidades em saúde, as necessidades de saúde de pessoas usuárias de SPA.

2. REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NA REGIÃO SUL DO BRASIL

No estado do Paraná a implantação da RAPS se deu por meio da Deliberação da CIB nº 228-19/07/2012 que instituiu o grupo condutor e também pela Deliberação nº 149 08/04/2014 que considera aprova a criação da rede de saúde mental (PARANÁ, 2016). E no estado de Santa Catarina Deliberação 093/CIB/14 de 27 de março de 2014 aprova o Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (SANTA CATARINA, 2016). Já no estado do Rio Grande do Sul foi criado o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas mediante a Resolução Nº 592/13 – CIB/RS publicada em 11 de novembro de 2013.

E em relação ao município de Pelotas/RS (estudado pelo nosso grupo de pesquisa) foi criado o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial por meio do Decreto nº 5.546, de 02 de julho de 2012, e que teria por objetivo contribuir para a resolutividade e qualidade da gestão das ações e dos serviços oferecidos à população (PELOTAS, 2012).

Algumas destas estratégias governamentais nas últimas décadas consideraram a situação do uso abusivo de drogas como um problema social e de saúde pública e

viabilizaram a aproximação com diferentes setores da sociedade, entendendo que o fenômeno do uso abusivo, não deveria ser tratado de forma excludente e higienista, mas sim de forma inclusiva, com atenção interdisciplinar e intersetorial.

Existem produções sociais e de saúde positivas a respeito do resultado destas ações, como por exemplo: a aproximação com serviços da Atenção Básica; o acolhimento de usuários com necessidades também relacionadas ao uso abusivo de SPA na Estratégia Saúde da Família, o reconhecimento da Estratégia de Redução de Danos como instrumento de reabilitação; a liberação de recursos para a realização de pesquisas que pudessem realizar um diagnóstico do perfil e do tipo de uso; a criação dos Centros Regionais de Referência; as Escolas de Redutores de Danos; a ampliação no número dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas tipo III (CAPS AD III); a criação de Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil e Adulto; a criação de leitos para desintoxicação em hospitais gerais; e a criação dos Centros de Referência de Assistência Social, são alguns exemplos que tem facilitado o acesso dos usuários aos diferentes serviços.

No entanto, outras estratégias, se mantiveram na contramão dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, e da reabilitação psicossocial, podemos citar dois exemplos clássicos, como a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, e o apoio à criação, implantação e implementação de comunidades terapêuticas.

Há que se permitir refletir a respeito da oferta destes dois modelos distintos de tratamento que continuam disponíveis na rede, e que sim independente da situação de internação ser voluntária, involuntária, compulsória, são espaços que pela forma de tratamento oferecido, restringem a pessoa em tratamento do convívio social, e isso, precisa ser considerado, quando pensamos na execução de políticas públicas que preveem a reinserção social. E por isso, enquanto profissionais, pesquisadores, gestores, usuários e familiares precisamos aprofundar a discussão a respeito da atenção que queremos e que podemos vivenciar e experienciar.

Existe a necessidade de manter a realização periódica do diagnóstico do perfil dos usuários, conhecer os padrões de uso, planejar a oferta dos serviços na rede, organizar os serviços na lógica do acolhimento e do cuidado integral e ao final avaliar a efetividade dos mesmos, pois as necessidades são constantes, as demandas crescentes, e os recursos algumas vezes escassos, a depender da prioridade das gestões municipais, estaduais e

gestão federal. Além disso, é preciso considerar o contexto de vulnerabilidade social de algumas pessoas usuárias, o estigma, e o julgamento moral.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por isso, o presente artigo tem por objetivo refletir sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas e as políticas públicas implantadas no Sul do Brasil, e para isso precisamos relatar uma breve história do envolvimento do nosso grupo com a temática, bem como os resultados encontrados em diferentes pesquisas realizadas, que podem colaborar nos diferentes momentos de planejamento e implantação de políticas públicas.

Nosso intuito nesse momento é poder facilitar ao leitor o entendimento de nosso percurso a partir do momento que decidimos escrever um projeto sobre o uso de substâncias psicoativas para concorrer ao Edital 41/2010 CNPq/MCT, projeto este intitulado: "Perfil dos usuários de crack e padrões de uso". Cabe salientar que participamos de um grupo de pesquisa intitulado: "Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva" que está cadastrado no CNPq desde o ano 2000, e que vem desenvolvendo ao longo dos últimos anos importantes trabalhos de referentes a avaliação da rede de saúde mental adulto e infantil. Dentro deste grupo, desde o ano de 2010 somos responsáveis pela produção do conhecimento a respeito do contexto social que envolve as pessoas usuárias de SPA, processos de prevenção, de tratamento, de reabilitação e de avaliação da rede.

Quando nosso grupo de pesquisa foi contemplado com recursos para realização da pesquisa foi necessário realizar o levantamento das políticas públicas nacionais vigentes a época, bem como verificar a organização da rede de atenção as pessoas usuárias de substâncias psicoativas no Estado do Rio Grande do Sul e no município estudado e como eles se organizavam, até mesmo para definirmos quais seriam as decisões metodológicas a cerca da logística da execução do trabalho. O presente projeto foi iniciado no ano de 2011 e após aprovação do CNPq para a prorrogação do mesmo, finalizamos o relatório no ano de 2014.

Logo no início do ano de 2011, ao tempo que iniciávamos nosso envolvimento com o tema foi preciso contar com o apoio de diferentes atores, três professoras pesquisadoras do Grupo de Pesquisa "Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva" da

Faculdade de Enfermagem da UFPEL, uma professora responsável pelo Centro Regional de Referência para Formação de Profissionais sobre Crack e outras drogas (CRR-UFPEL) e vários profissionais da Secretaria Municipal de Saúde como por exemplo: a coordenadora da Saúde Mental do município; a coordenadora da Estratégia de Redução de Danos e os redutores de danos; a coordenadora e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial AD; a coordenadora de saúde mental da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde responsável por vinte e dois municípios da região sul do estado do Rio Grande do Sul. O trabalho foi organizado através de reuniões semanais com toda a equipe do grupo de estudos em substâncias psicoativas, que contava com profissionais enfermeiros, psicólogos, biólogos e com estudantes dos cursos de enfermagem, medicina, psicologia e educação física, além dos agentes redutores de danos. Estes nos ajudaram no processo de seleção dos estudantes para participar da pesquisa.

Além disso, foram realizadas visitas aos diferentes territórios de circulação dos redutores de danos e também foram realizadas visitas e reuniões com a equipe do CAPS AD, o que nos possibilitou estar mais próximo de pessoas usuárias de SPA e de suas vidas.

Foram realizadas cinco oficinas de sensibilização sobre o projeto com a parceria da equipe de redução de danos e com pesquisadores da Faculdade de Enfermagem/UFPEL. Durante estes encontros aconteceram muitas trocas de ideias e informações a respeito do uso e abuso de SPA, os redutores nos ajudaram a enxergar a temática também pelo ponto de vista das pessoas que usavam SPA e isso contribuiu muito para organização e condução do projeto. E por outro lado também trouxemos informações a respeito da elaboração de projetos acadêmicos, rigor científico, incentivamos a vinda dos profissionais para manterem seus estudos na pós-graduação. Discutíamos sobre dados oriundos de artigos e, conversávamos sobre a importância de desenvolver o projeto e poder conhecer as verdadeiras demandas das pessoas usuárias, respeitá-las, respeitar sobretudo, suas decisões e modos de vida. Foi um momento rico de discussão teórica associada a prática dos agentes redutores de danos. As oficinas duravam em média duas horas, e em diferentes momentos saímos todos juntos para realizar visita aos cenários de trabalho dos redutores.

Paralelo a isso um grupo de estudantes também se reunia para nos ajudar com a revisão bibliográfica. Em junho precisávamos finalizar as alterações logísticas para a coleta dos dados e encaminhar para o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de

Enfermagem da UFPel, que em agosto de 2011 liberou parecer favorável a realização da pesquisa, tendo sido aprovado sob o nº301/2011.

Na época a coordenadora do CAPS AD nos passou o contato de uma antropóloga que havia participado de um evento no nosso município e fomos nos reunir a primeira vez com esta antropóloga na cidade de Salvador-BA, uma vez que a mesma realizava seus estudos na Universidade Federal da Bahia, em outros momentos a antropóloga visitou novamente o município para participar das discussões do projeto e para também realizar visitas ao campo junto conosco e com os redutores de danos. Nossa parceria com a antropóloga nos ajudou a metaforicamente a "*abrir as cortinas da mente*" a respeito das práticas em saúde para poder compreender o contexto cultural e social que permeia a vida das pessoas usuárias de SPA e, com isso, tentar entender suas necessidades sociais e de saúde.

Avançamos para além da discussão de dependência química, o que epistemologicamente significa dizer que conseguimos avançar e ampliar a construção do objeto de pesquisa procurando olhar para o fenômeno do uso abusivo de drogas em pessoas poliusuárias de SPA, inclusive o crack.

Outras importantes colaborações também bastante positivas foram a de um antropólogo da UFPel, que nos aproximou de pessoas em situação de rua e de suas redes sociais, e isso possibilitou ao grupo repensar muitos preconceitos já estabelecidos socialmente.

A pesquisa intitulada "Perfil dos usuários de crack e padrões de uso" constituiu-se de estudo qualitativo e quantitativo. A combinação de abordagens quantitativas e qualitativas pode ser produtiva, porque muitas vezes um estudo pode iluminar o caminho a ser seguido por outro, por exemplo, nas pesquisas sobre o uso de substâncias psicoativas, a epidemiologia pode chamar a atenção para as implicações e práticas da área da saúde pública e os estudos qualitativos podem contribuir para explorar melhor os significados culturais atribuídos a essas práticas (MACRAE, 2004).

Para o estudo quantitativo contamos com a colaboração de uma professora do grupo de pesquisa, e solicitamos consultoria de uma estatística vinculada a Universidade Federal da Bahia. Na proposta quantitativa foi utilizado um estudo epidemiológico do tipo transversal. Foi realizado cálculo amostral a partir dos dados disponibilizados pelos serviços de redução de danos e do CAPS Ad. Tivemos um total de 681 participantes usuários de uma ou mais drogas, sendo que 505 concordaram em responder as questões

do instrumento de pesquisa e 176 se recusaram a participar. Do total de entrevistas válidas, 436 sujeitos eram pertencentes ao RD e 69 eram pertencentes ao CAPS Ad. Dos participantes 136 usavam crack, destes 118 eram pertencentes a redução de danos e 18 do CAPS AD. As análises foram realizadas no software STATA, incluindo análise univariada e bivariada, conforme a qualidade das variáveis.

Os usuários da estratégia redução de danos foram acessados por meio de visita ao domicílio. As visitas aos domicílios foram realizadas por um pesquisador e um redutor de danos que fazia a apresentação do pesquisador e explicava os objetivos da pesquisa. Com os usuários do CAPS AD primeiramente foi realizado contato telefônico solicitando ou a presença dele no serviço, ou a liberação para que fossemos até a sua casa apresentar os objetivos do estudo, ou quando os usuários não tinham contato telefônico íamos de carro diretamente até a casa dos usuários sorteados.

Dos dados encontrados sobre o perfil podemos identificar na população estudada que 84% dos participantes eram homens, 48 % dos participantes tinha idade entre 30 e 49 anos, 49% se auto declarou não branco, 53% relatou estar solteiro, 65% com ensino fundamental incompleto, 79% recebeu mensalmente valores entre menos que um salário a dois salários mínimos. 44,4% relatou que o álcool foi a primeira droga utilizada (OLIVEIRA, COIMBRA, 2014).

Sobre o uso específico de crack, é necessário dizer que o crack apareceu em último lugar no ranking como a primeira droga experimentada.

Em relação a frequência que os usuários utilizavam o crack, 37% fazia uso diariamente, 5,9% usava de 4 ou mais vezes por semana, 5,9% usava de 2 a 3 vezes por semana, e 11,8% consumia 1 vez por mês ou menos. Observamos que 86,3% apresentou fissura de modo moderado a grave. Quanto as estratégias de redução de danos, 51,5% dos usuários procura diminuir o número de pedras fumadas, 41,9% não compartilhava o cachimbo, 72.1% lembrava de beber água, 54.4% procurava dormir, 60.3% procurava alimentar-se e 50.0% já havia trocado o crack por outra droga (OLIVEIRA, COIMBRA, 2014).

Após a finalização e entrega do relatório ao CNPq continuamos com a orientação de trabalhos de iniciação científica, trabalhos de extensão, trabalhos de conclusão de curso de graduação e dissertações de mestrado e doutorado. Todavia nesse artigo iremos refletir apenas sobre dados produzidos a partir do projeto matriz finalizado em 2014 e de outros projetos que foram elaborados e defendidos até dezembro de 2015.

3.1 TRABALHOS REALIZADOS

No quadro abaixo podemos observar alguns resultados de trabalhos que podem ser considerados no momento do planejamento e implementação de estratégias de cuidado na organização de políticas públicas.

Quadro 1. Revisão de trabalhos quantitativos e qualitativos realizados pelo grupo de pesquisa.

Autor/título	Abordagem Metodológica	Tipo/ano	Alguns Resultados
Cássia Vieira Weiss/ A caminhada na perspectiva dos redutores de danos	Qualitativa	TCC - Graduação em Educação física/2011	Os redutores identificaram que é importante a caminhada realizada durante seu trabalho, porque é o único exercício realizado pela maioria deles, mesmo em alguns momentos não tendo uma condição adequada de caminhada
Suélen Cardozo Leite/ Autopercepção de saúde sob a ótica do usuário de crack	Qualitativa	TCC- Graduação em enfermagem /2012	Após o início do uso do crack, foi observado por alguns usuários emagrecimento, problemas respiratórios, depressão e déficits de memória, mesmo assim avaliaram de maneira positiva sua situação de saúde. Procuraram serviços de saúde por outras queixas, que não o uso de SPA.
Vânia Dias Cruz, Raquel Ziemann Campos, Patrick Mattos Silva, Maria do Carmo Lesdesma Al Alan, Gilberto Lucena Goulart, Michele Mandagará de Oliveira/	Qualitativa	Artigo - Curso de Especialização/2012	A família e o(a) companheiro(a) do(a) usuário (a) de crack apareceram nos depoimentos como os principais pontos de apoio dos usuários. O PRD foi o serviço de saúde mais citado pelos usuários de crack. Alguns entrevistados citaram ocorrência de

Rede de apoio social dos usuários de crack em Pelotas-RS			eventos relacionais desfavoráveis em relação ao vínculo familiar que poderiam ter contribuído para o início do uso das drogas.
Maria do Carmo Ledesma Al Alam, Gilberto Lucena Goulart, Vania Dias Cruz, Patrick Mattos SILVA, Raquel Ziemann Campos, Michele Mandagará Oliveira/ Relato de experiência do Programa de Redução de Danos de Pelotas/RS	Qualitativa	Artigo - Curso de Especialização/2012	O PRD tem como sua principal diretriz trabalhar na lógica de redução de danos ampliada, que contempla um maior número de ações aplicadas nas diferentes demandas sociais que não apenas na saúde. Considera-se que o PRD trabalha visando o resgate da cidadania e a reinserção social das pessoas que usam drogas, estimulando a dinâmica da rede necessária para o cuidado integral dos sujeitos acessados
Vânia Dias Cruz/ Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas-RS	Qualitativa	Mestrado/2012	Os dados mostram que o consumo de crack pelas entrevistadas esta relacionado com uma busca para enfrentar as diferentes formas de opressão e as poucas perspectivas de mudanças em suas vidas, geradas, sobretudo, por situações de desigualdades sociais e pelo consumo de álcool e outras drogas entre familiares.
Roberta Zafallon Ferreira/ O sentido antropológico de dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras drogas	Qualitativa	Mestrado/2013 Trabalho premiado em 1º lugar no ENPós/UFPel no ano de 2014	Esta etnografia desvelou que os usuários de crack possuem diferentes formas de viver, de se adaptar e de se organizar como grupo. As cenas de uso criadas por esta população não são configuradas apenas como local único e exclusivo de consumo de drogas, elas também servem como abrigo e ponto de encontro entre pessoas. São locais onde se sentem protegidos

			do estigma social. Se observou a preocupação que alguns usuários tinham com a saúde de seus conhecidos.
Carin Vieira Weiss/ Dependência de álcool em usuários de drogas	Quantitativa	TCC- Graduação em enfermagem /2014	Neste estudo se observou CAGE positivo em (33,2%) dos participantes, pode-se observar que aproximadamente mais de um terço da população estudada faz uso frequente de álcool, mesmo considerando o fato de que se trata de uma população que é poliusuária de drogas.
Karine Langmantel Silveira/ Transtornos psiquiátricos menores em usuários de drogas: um estudo epidemiológico	Quantitativa	TCC - Graduação em enfermagem/ 2014	Obteve-se prevalência de (28,7%) de TPMs, sendo superior entre as mulheres (32,9%). Quando analisado o tipo de droga que utiliza, verificou-se um escore maior entre os usuários de benzina (43,7%), seguidos dos usuários de crack (43,0%)
Paola Camargo de Oliveira/ A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade: vivência entre mãe e filho	Qualitativa	Mestrado/2014	Encontrou-se durante as interpretações dos depoimentos e dos diários de campo que alguns fatores podem influenciar nessa relação entre mãe e filho e na experiência da maternidade para essas mulheres, como o planejamento ou não da gestação, o desejo ou não de ser mãe, a colaboração ou não da família e do companheiro nesse processo,
Kathleen Andrea Rosa/ Profissionais do SAMU diante da abordagem de urgência e emergência à pessoas sob o uso de	Qualitativa	TCC - Graduação em enfermagem/ 2015	Os resultados mostram que, o medo de sofrer violência apareceu em alguns momentos como uma das maiores dificuldades em relação ao atendimento do SAMU. A emergência ou urgência psiquiátrica não

substâncias psicoativas			foi identificada como demanda para o SAMU.
Liene Herrera Fredo/ Estratégias sócio afetivas utilizadas por familiares de usuárias de crack durante o processo da maternidade	Qualitativa	TCC - Graduação em enfermagem/ 2015	Os resultados nos mostram que os familiares entrevistados não deixaram em nenhum momento de prestar apoio as usuárias e que quando as usuárias descobriram a gestação foi a família que prestou o acolhimento e apoio necessário. Surgindo aí a figura das avós maternas.
Suelen Cardozo Leite/ O processo saúde doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas	Qualitativa	Mestrado/2015	A percepção do uso de drogas como doença pelos participantes deste estudo levou-os a adotar a abstinência e a reclusão como estratégia de se manterem saudáveis e preservarem a saúde, havendo uma contradição de sentimentos e ações, pois na busca pela libertação acabam se tornando prisioneiros do próprio medo de recair.

Fonte: Grupo de estudos sobre substâncias psicoativas FEN/UFPel.

A maioria destes resultados também foram apresentados e discutidos no 1º Seminário sobre Substâncias Psicoativas que foi realizado com a finalidade de devolver os resultados para os usuários, familiares, associação dos usuários e familiares profissionais e gestores da secretaria municipal de saúde, e comunidade acadêmica. O evento foi realizado durante os dias 1 a 3 de junho do ano de 2015 e durante os três dias participaram do evento aproximadamente 150 pessoas de todos segmentos acima e mais profissionais da área da assistência social do município. Além de divulgar os resultados dos trabalhos desenvolvidos pelo grupo a população em geral, era esperado que com o tempo os dados pudessem ser por eles analisados, discutidos e se possível que pudessem contribuir com as políticas públicas no âmbito local.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora estejamos a aproximadamente seis anos desenvolvendo estudos na área da saúde coletiva e saúde mental relacionados às temáticas transversais ao uso e abuso de substâncias psicoativas, temos apenas a certeza que o foco precisa ser direcionado às necessidades singulares e também coletivas das pessoas que em algum momento de suas vidas irão vivenciar o uso das diferentes substâncias, e que não cabe mais julgamento moral no tratamento e tão pouco na prevenção.

Desde o ano de 2012 estamos desenvolvendo o projeto de extensão intitulado "*Promoção de saúde no território: acompanhamento de crianças filhas de usuários de drogas*", e durante o acompanhamento das mães, e das crianças temos conseguido aproximar as famílias das Unidades Básicas do seu território, realizamos acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, da situação vacinal, tivemos a oportunidade de inserir algumas das mulheres nas consultas de rotina do pré-natal, participamos de chás de bebê e todo final do ano realizamos uma atividade de encerramento ano, contamos com a colaboração de acadêmicas de enfermagem e de uma psicopedagoga que é doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Temos produzido vida, não só para as alunas da graduação, pós-graduação e professoras envolvidas, mas também nas famílias e nas crianças que já nos conhecem e aguardam nossa chegada. Por diferentes razões que não estão relacionadas ao projeto todas as mães suspenderam por conta própria o uso do crack, algumas tiveram recaídas, outras resolveram usar técnicas de redução de danos e outras optaram pela abstinência. E assim, continuam a caminhada de suas vidas, junto com seus filhos e filhas, umas contam mais com o apoio da família, outras do companheiro, outras com as próprias bolsistas do projeto, mas o acompanhamento no território tem sido muito rico do ponto de vista prático e teórico, o que sugere que é possível o cuidado de equipes de estratégia saúde da família.

Por isso, consideramos a RAPS um importante avanço no sentido da busca pela qualidade da oferta dos serviços, observamos durante o artigo que vários serviços foram disponibilizados na rede de saúde nos últimos anos, mas o investimento na criação e ampliação dos serviços deve vir acompanhada, de educação permanente dos profissionais e gestores de saúde, atenção e o cuidado a pessoas usuárias de SPA devem transpassar os desenhos curriculares das instituições de ensino fundamental, médio e superior, pode e deve ser conversado sobre esta temática nas escolas para que efetivamente se possa

fortalecer e qualificar o processo de trabalho dos profissionais da rede, facilitando com isso, retomar os princípios do Sistema Único de Saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos brasileiros sem nenhum tipo de discriminação, sendo eles o acesso universal, a atenção integral, e a participação social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL ALAM, M.C.L.; GOULART, G.L.; CRUZ, V.D.; SILVA, P.M.; CAMPOS, R.Z.; OLIVEIRA, M.M. Relato de experiência do Programa de redução de danos de Pelotas-RS. **J Nurs Health**.;V(2). Suppl:S 258-264. 2012.

BASTOS, F.; BERTONI, L. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Editora ICICT/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2014. 224p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Brasília, 2011

BRASIL. Política nacional sobre drogas. **Resolução nº3/GSIPR/CONAD de 27 de outubro de 2005**. Brasília, 2005.

BRASIL. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. **Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006**. Brasília, 2006.

CAMARGO, P. O. **A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade**: vivência entre mãe e filho. 2014. 121f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013

CARLINI, E. A. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo: São Paulo, 2006.

CRUZ, V.D.; CAMPOS, R.Z.; SILVA, P.M.; AL ALAN, M.C.L.; GOULART, G.L. OLIVEIRA, M.M. Rede de apoio social dos usuários de crack em Pelotas-RS. **J Nurs Health**.;V(2). Suppl:S258-264. 2012.

CRUZ, V. D. **Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas/RS. 2012.** 112f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

FERREIRA, R. Z. **O sentido antropológico de dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras drogas.** 2013. 102f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F. X.; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**; n.20; v 2, p 267-276, 2008.

HERREIRA, L. F. **Estratégias sócio afetivas utilizadas por familiares de usuárias de crack durante o processo da maternidade.** 2015 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015

LARANJEIRA, R. **I Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LEITE, S. C. Autopercepção de saúde sob a ótica do usuário de crack. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

LEITE, S. C. O processo **saúde doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas.** 2015. p. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B.; NERY FILHO, A. (Orgs.) **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.** CETAD/UFBA. EDUFBA. Salvador-BA, 2004.

OLIVEIRA, M. M.; COIMBRA, V. C. C. **Perfil dos usuários de crack e padrões de uso.** Faculdade de Enfermagem. UFPEL. Pelotas, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA. Comissão Intergestores Bipartite. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná - COSEMS/PR. **Deliberação nº 228-19/07/2012.** Curitiba-PR, 2012.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 5.546, de 02 de JULHO de 2012.** Pelotas-RS, 2012.

ROSA, K. A. **Profissionais do SAMU diante da abordagem de urgência e emergência à pessoas sob o uso de substâncias psicoativas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 093/CIB/14 de 27 de março de 2014.** Florianópolis-SC, 2014.

SILVEIRA, K.L. **Transtornos psiquiátricos menores em usuários de drogas: um estudo epidemiológico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

WEISS, C. V. **A caminhada na perspectiva dos redutores de danos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

WEISS, C. V. **Dependência de álcool em usuários de drogas no município de Pelotas -RS.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

PARTE VI

FECHAMENTO

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA VISÃO A PARTIR DAS REGIÕES

Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes

Doutor em Ciência Política pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do Bacharelado em Políticas Públicas da Universidade Federal do ABC (UFABC).

E-mail: ivanfilipe@gmail.com

Os objetivos deste livro e do Seminário Desigualdade Regional e as Políticas Públicas – Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas à Luz da Saúde Pública foram duplos. De um lado, os desafios de implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹ em todo o território nacional, enfrentando as barreiras das diferenças regionais e, do outro, os desafios e problemas existentes na esfera do discurso e da imaginação social – sobretudo dos profissionais de saúde – para a conclusão dos objetivos e utopias da ainda não completa Reforma Psiquiátrica brasileira (ver Hirdes, 2009; Oliveira et al, 2010; Pinho et al, 2016).

Foram destacados ao longo dos capítulos regionais e das apresentações no seminário realizado no dia 28 de julho de 2016 no Campus de São Bernardo do Campo da Universidade Federal do ABC (UFABC) tanto a importância da ampliação da cobertura do atendimento em saúde mental quanto os desafios enfrentados na implantação da RAPS.

O cuidado em álcool e outras drogas (AOD) está inserido na temática do cuidado em Saúde Mental e passa pelos desafios de transformação do saber psiquiátrico biomédico, alienante e estigmatizante em um saber interdisciplinar, voltado para a reinserção social do indivíduo, para o atendimento centrado na própria comunidade e no território, do qual o cidadão faz parte e não por meio da intervenção de uma única instituição total, assentada em conceitos de normalidade e desvio, e (não)capaz de cumprir com todas as necessidades *biosociopsicossociais* do indivíduo (Pinho et al, 2008).

A temática é de importância fundamental uma vez que a temática do uso e abuso de AOD, tanto lícitas quanto ilícitas, configura problema de grande importância nas sociedades contemporâneas, tanto do ponto de vista da saúde do indivíduo, quanto da manutenção do tecido social, quanto também da própria dinâmica da segurança pública e internacional, envolvidas nos conflitos decorrentes da luta / guerra contra o narcotráfico.

Dados levantados pelos autores deste livro apontam que cerca de 2,5 milhões de pessoas morreram em 2004 (3,8% do total de mortes no mundo) de causas relacionadas ao álcool, sendo que 300 mil pertenciam à faixa etária de 15 a 29 anos. Além disso, 4%

¹ A RAPS tem o objetivo de ampliar o acesso a atenção psicossocial, promovendo vínculos sociais das pessoas com transtornos mentais com suas famílias aos serviços de atenção, garantir a articulação e integração dos serviços no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo (Amarante, 2007). Para uma completa descrição da RAPS e de seu histórico de formação ver os capítulos sobre as regiões SUL e SUDESTE.

dos anos de vida perdidos por incapacidade em 2004 foram também resultados de causas relacionadas ao uso e abuso de álcool. Nada menos do que 1,3 bilhões de pessoas usaram tabaco de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo que 1/3 da população mundial pode ser considerada como fumante, sendo estimado que 90% destas pessoas começam a fumar antes dos 19 anos de idade. O Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) de 2016 indica que 5% da população mundial (faixa etária de 15 a 64 anos) fez uso de alguma droga psicoativa em 2014, sendo que o uso de cannabis para fins não terapêuticos atingiu a marca de 181,8 milhões de pessoas, segundo dados da OMS.

No Brasil, 32% das pessoas já tiveram ao menos um episódio de descontrole relacionado ao ato de beber. Cerca de 3.4 milhões de pessoas fizeram uso de cannabis, uma prevalência de 2,5% da população adulta e 3,5% na faixa dos adolescentes, taxa semelhante a de outros países da América Latina. Segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz, cerca de 370 mil brasileiros moradores das capitais fizeram uso de crack, pasta base, merla e oxí² nos últimos anos.

Além das dificuldades na implementação da rede de atendimento aos usuários de AOD, foram também debatidos os desafios e problemas existentes na esfera das atitudes dos profissionais de saúde e de todos os envolvidos com a temática de AOD de forma a tornar a atenção humanizada e defensora da cidadania dos usuários. Para tanto, foram discutidos os meios e as formas de atualização dos métodos de tratamento e assistência com a consideração primordial do paciente como um cidadão portador de direitos e o uso de estratégia de Redução de Danos (RD) como elemento central do sistema de atenção; promovendo o resgate da cidadania do usuário, sua reabilitação psicossocial em lugar do julgamento moral na prevenção e tratamento; superando, assim, o dogmatismo do paradigma psiquiátrico – proibicionista³ (Pinho et al, 2009; Fonseca e Bastos, 2005).

No que se refere aos problemas relacionados à implementação da RAPS, foram expostas quais são as desigualdades em termos da amplitude da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas (AOD) em todo o território nacional. Nesta seara é importante apontar que somente em 2005 foi aprovada a Política Nacional de Saúde para

² Ver os capítulos sobre as regiões Centro – Oeste e Sudeste.

³ RD é uma alternativa às abordagens que tem como meta apenas a abstinência do uso de drogas, correspondendo a um conjunto de estratégias que tem por objetivo reduzir e/ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas (Fonseca e Bastos, 2005). A RD se consolidou nos últimos anos como um movimento nacional que promove a construção de uma política de drogas mais democrática, gerando nova proposta de atenção em saúde (Passos e Souza, 2001).

Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, que incluiu de maneira clara a Redução de Danos como estratégia fundamental para o atendimento do uso abusivo de álcool e outras drogas (AOD)⁴. E apenas em 2011 foi instituída como lei a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organizou o atendimento na comunidade por meio de uma série de serviços especializados, destinados à assistência dos transtornos relacionados ao uso abusivo de AOD em suas diversas facetas. Desta forma, os diversos serviços complementares da RAPS encontram-se em fase de articulação territorial, havendo ainda elementos residuais do paradigma asilar anterior, tanto no que refere-se à disponibilidade de leitos e serviços quanto no imaginário das práticas e atitudes dos cuidados em AOD.

A importância da análise e da avaliação da implementação da RAPS decorre do fato de que é por meio delas que podem ser identificadas as necessidades de saúde do cidadão de forma integral, desde os serviços de atenção primária à saúde até os serviços terciários mais especializados; incluindo os serviços voltados para a efetivação da reabilitação psicossocial, objetivo do sistema de saúde mental fundado a partir do paradigma da reforma psiquiátrica (OLIVEIRA et al, 2014).

Podemos pensar a RAPS como um avanço no próprio objetivo inicial da reforma psiquiátrica de desmanicomialização da atenção em saúde mental, incluindo os problemas relacionados ao AOD, uma vez que a RAPS prevê não apenas o atendimento de base comunitária e territorializado, mas também a articulação em diversos pontos de atenção, consolidando uma oferta variada de serviços, intervenções e ações para a efetivação da reabilitação psicossocial, incluindo serviços preventivos e também de cuidados intensivos.

Dado seu caráter polissêmico, o uso e abuso de AOD envolve questões concernentes ao campo do indivíduo, da família e da sociedade, tornando sua solução bastante complexa. O uso e abuso de álcool e outras drogas é, tal como os outros transtornos mentais, uma questão multifacetada, requerendo estratégias de intervenção diversas para possibilitar a assistência e reinserção do usuário e dependente na sociedade. Podem ser elencados inúmeros problemas decorrentes deste uso abusivo como as questões de saúde, de desestruturação familiar ou mesmo de violência social. A Política

⁴ O pilar legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi aprovada apenas 2001 – Lei 10.216; estabelecendo a superação do modelo hospitalocêntrico e propondo a criação de uma rede de atendimento integrada e inserida na comunidade. Não obstante, vale ressaltar que o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi criado em 1987, marcando o início do processo de criação da RAPS (Amarante, 1998).

Nacional sobre Drogas prevê, portanto, a estruturação do serviço segundo quatro diretrizes essenciais; intersetorialidade; atenção integral; prevenção; e promoção / proteção da saúde; de forma a garantir a efetividade do atendimento e a reabilitação do indivíduo.

Região Sul

Na região Sul, capítulo escrito por Oliveira et al (2017), foi demonstrado que as RAPS estaduais foram organizadas legalmente entre os anos de 2013 (Rio Grande do Sul) e 2014 (Paraná e Santa Catarina)⁵. Tais dispositivos legais colocavam em perspectiva crítica o fenômeno do uso abusivo de AOD como um problema de saúde pública, com repercussões sociais importantes, e cuja assistência não deve ser conduzida a partir de atitudes e políticas excludentes e higienistas por parte do Estado e do saber médico psiquiátrico, mas sim, conforme já exposto, deve incluir a redução de dano como estratégica principal e organizar a atenção por meio da RAPS em caráter interdisciplinar e intersetorial. A atenção na região Sul passou a incluir também a estratégia de Saúde da Família e inúmeros outros serviços para completar o círculo da RAPS. No entanto, apesar das inovações produzidas em anos recentes, permanecem ativos alguns serviços de caráter manicomial, como hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, cujas estratégias de atenção são ainda marcadas pela exclusão e não reinserção social do indivíduo em sua comunidade.

O estudo sobre a região Sul também mostrou algumas evidências no sucesso da abordagem de redução de danos com os usuários de crack. Atitudes reducionistas encontradas como a tentativa diminuição do número de pedras consumida, o não compartilhamento de cachimbo, a ingestão de água antes do uso, dormir e se alimentar, além de um em cada dois usuários de crack terem trocado o consumo desta substância por outra droga.

Região Centro - Oeste

No capítulo escrito por Souza et al (2017) sobre a região Centro-Oeste foi apontada que esta região tem a peculiaridade de ser uma zona geográfica essencialmente

⁵ Resolução nº 592/2013 da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, Deliberação nº 093/2014 da CIB/SC, e Deliberação nº 149/2014 da CIB/PR.

de fronteira, sendo parte de algumas das principais rotas do narcotráfico internacional. Além disso, possui como marca ser a região na qual há a maior quantidade de consumo de bebidas alcoólicas per capita no país. Uma questão apontada como desafio na região Centro – Oeste é concernente ao problema do uso e abuso de crack no âmbito do programa *Crack, é possível vencer*, cujas atividades envolvem, entre outras, a capacitação dos profissionais para lidar com o usuário de crack, AOD por meio de parcerias com universidades públicas e a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas do Ministério da Justiça por meio dos Centros Regionais de Referências (CCRs). Inclusive, foi ressaltada pelas autoras do capítulo que o déficit em recursos humanos na região configura o maior desafio a ser enfrentado, evidenciando a necessidade da articulação da educação continuada para a articulação dos serviços e o exercício de uma *práxis* transformadora do agir profissional.

No campo da prática e serviços, a região possui cerca de 20 CAPS – ad e 05 CAPS – ad III. Os estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul não possuem serviços de 24 horas nos CAPS III. Além disso, a região possui 08 hospitais e 49 leitos credenciados pelo SUS para internação devido à comorbidades clínicas decorrentes do uso abusivo de AOD⁶, concentrados apenas em Goiás e no Distrito Federal, não havendo esta oferta de serviços em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. De outro lado, como demonstrado no capítulo sobre a Região Centro – Oeste a cobertura dos serviços na região é considerada boa – 133 CAPS em toda região – para GO, MS e MT e regular para o DF, apesar de a RAPS ainda não ter sido disponibilizada em sua integridade para todos os municípios da região, fato que se repete em todas as outras regiões analisadas.

Região Nordeste

No âmbito do projeto *Avaliar – CAPS NORDESTE*, apresentado no capítulo escrito por Pitta et al (2017), foram verificadas algumas questões fundamentais referentes ao atendimento das necessidades concernentes ao uso e abuso de AOD na região. Em primeiro lugar, o estudo apontou satisfação geral dos usuários, familiares e profissionais de saúde envolvidos nas atividades dos CAPS em relação a temas como acolhimento, atendimento recebido, técnico de referência, atendimento em crise e incentivos para o acompanhamento dos familiares. O único tema pior avaliado foi o tema das visitas

⁶ Especialmente em relação a crises de abstinência e intoxicações graves.

domiciliares, em relação às quais a maioria de usuários e familiares encontra-se insatisfeita.

Outros elementos interessantes encontrados no exercício de avaliação do serviço base da estruturação da RAPS foi que os profissionais ainda são bastante influenciados pela lógica psiquiátrica, referindo os pacientes em crise para hospitais psiquiátricos ou mesmo os serviços não possuem profissionais treinados para o atendimento de pacientes em crise. Além disso, foi percebido a não efetividade do incentivo para a participação dos familiares no processo de cuidado e a temática das visitas domiciliares que foi considerada como não satisfatória pela maioria de usuários e familiares. Desta forma, é importante o prosseguimento de avanços no sistema de atendimento matricial, incluindo o investimento em capacitação e educação continuada, para possibilitar a superação por parte das equipes profissionais das atitudes convergentes com o paradigma psiquiátrico – proibicionista, mesmo quando envolvidos em atividades de redução de danos e em defesa da tolerância para com os usuários.

Região Sudeste

O estudo sobre a região Sudeste, escrito por Aparecida et al (2017), por sua vez, levantou informações muito relevantes sobre o uso e abuso de AOD na região. Foi constatada uma prevalência de 17,7% do uso de tabaco, 2,2% de cocaína, 60% de álcool, cujo beber em *binge* (uso de cinco ou mais doses em mesma ocasião) atingiu cerca de 56% de prevalência.

A região possui, ainda, a segunda maior proporção nacional de casos de hepatite B causada pelo uso de AOD, além de Minas Gerais apresentar o maior número de mortes em estradas decorrente de acidentes motivados pela embriagues do condutor, assim como a região ter as maiores porcentagens de crimes relacionados à posse para uso de drogas ilegais. Além disto, 33% das apreensões nacionais de cocaína, 25,5% de crack e 24% de maconha foram feitas na região.

A RAPS na região Sudeste possui uma boa cobertura conforme dados do Ministério da Saúde, 0.79 CAPS por 100 mil habitantes, estando abaixo apenas do Nordeste (1 por 100 mil) e do Sul (1.07 por 100 mil). A cobertura acima de 0.7 é considerada muito boa. Apenas as regiões Centro - Oeste e Norte estão abaixo deste índice; respectivamente 0.61 e 0.66. Ademais, a série história indica que a cobertura da RAPS é crescente em todo o Brasil. Por outro lado, apesar da região Sudeste como um

todo possuir boa cobertura, o Espírito Santo possui apenas 0,46 CAPS por 100 mil habitantes, estando, portanto, abaixo da média desejável. Os dados mostrados no capítulo indicam ainda que existem 133 CAPSad na região (43% do total nacional) e 25 CAPSad III (36%).

Além disso, uma informação relevante trazida no capítulo sobre o sudeste mostrou que boa parte dos municípios elegíveis a receberem serviços de CAPSad ainda não foram atendidos. Apenas 60,5% dos municípios sudestinos elegíveis possuem o serviço. O índice é maior no Rio de Janeiro, onde quase 95% dos municípios já estão integrados nessa face da RAPS. O estado com pior cobertura é, outra vez, o Espírito Santo com apenas 37% dos municípios elegíveis sendo atendidos⁷. Sobre os novos tipos de serviços da RAPS, os dados mais uma vez mostram uma realidade ambivalente. De todas as 34 Unidades de Acolhimento no Brasil, 50% estão no Sudeste, contudo todas concentradas em São Paulo e Minas Gerais, não havendo unidades nos outros estados. Por fim, poucos leitos de hospitais gerais foram disponibilizados para atenção em saúde mental e AOD. Dos 734 leitos disponibilizados no país, 44% estão no sudeste, a maior parte 23% em Minas.

Tal como o capítulo sobre o Nordeste, a análise sobre o Sudeste também voltou sua atenção para a avaliação das atividades dos serviços assistenciais, em especial dos CAPSad. O foco na avaliação foi a satisfação e a percepção de mudança por parte de usuários, familiares e profissionais de saúde. A avaliação da percepção de mudança é uma estratégia para mensurar a efetividade das intervenções realizadas no serviço a partir da auto-percepção de melhora por parte do indivíduo e de seu entorno social⁸. Para a realização da pesquisa foram avaliados CAPSad de São Paulo e Minas, respectivamente 15 e 13 serviços.

A pesquisa identificou que a maior parte dos usuários está satisfeita com os serviços recebidos e identificou mudanças após o tratamento em diversas esferas da vida como atividades físicas, aspectos psicológicos e sono, e relacionamento e estabilidade emocional. O item com pior avaliação por parte dos usuários refere-se à estrutura física dos serviços, enquanto a competência da equipe e do terapeuta principal e a ajuda recebida no serviço são muito bem avaliadas. Tais indícios apontam para a qualidade do serviço

⁷ O único estado com 100% dos seus municípios elegíveis atendidos é o estado do PIAUÍ, na região NORDESTE.

⁸ Foram utilizadas duas escalas psicométricas para identificar estas dimensões. A explicação dos pormenores das escalas foi apresentada no capítulo específico.

prestado na região, tal como na avaliação feita no nordeste, apesar da existência de algumas lacunas na RAPS.

Outros achados são interessantes e valem a pena serem recuperados. No que toca ao consumo de droga que é alvo de tratamento, há maior prevalência do álcool, seguido de cocaína, crack e tabaco na população de usuários atendida nos CAPS avaliados. Contudo, apesar de tabaco ser a quarta droga prevalente em termos de tratamento, cerca de 64% dos atendidos eram fumantes, o que indica que muitos não consideram o consumo de tabaco como um problema a ser tratado. De outro lado, foi encontrado evidências da efetividade da estratégia de redução de danos, pois foi percebido que a maior parte dos usuários reduziu o consumo de drogas nos últimos 30 dias de tratamento. Isto mostra que a RAPS na região tem conseguido auxiliar a redução dos danos do consumo de AOD.

Região Norte

Finalmente, o capítulo de Bittencourt et al (2017) apresentou o estado da atenção em saúde mental da região Norte, a caracterizando, tal como o Centro - Oeste, como uma região de fronteira e muito próxima aos centros produtores de drogas nos países andinos, tornando-se parte das principais rotas do narcotráfico internacional. Além disso, por ser pouco povoada, sofre de uma dinâmica um pouco distinta das outras regiões. Boa parte da população é concentrada em alguns poucos centros urbanos e a outra parte minoritária encontra-se espalhada por vasto território, cuja infra-estrutura de acesso é débil, dificultando a promoção de qualquer tipo de serviço estatal. Existe, assim, uma precariedade em relação ao acesso a diversos serviços e a população destes municípios mais longínquos necessita se descolar à capital em diversas situações de adoecimento. Ademais, conforme já exposto pelos autores do capítulo, a região Norte é marcada por grandes carências de serviços sociais básicos como saneamento e saúde.

Questão bastante específica para o atendimento em AOD na região Norte refere-se ao aumento no consumo de substâncias, sobretudo o álcool, na população indígena, o que levou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) locais a se associarem com as Coordenações de Saúde Mental. No Amapá estão sendo promovidas ações de redução de danos e intervenções breves com esta população, além de atividades de capacitação dos profissionais de saúde que atendem a comunidade.

No que toca à Rede de Atenção Psicossocial, a cobertura é aquém do ideal, existindo apenas 0.61 CAPS por 100 mil habitantes. Contudo, a expansão da rede tem

sido bastante grande. Em 2002 o índice era de apenas 0.12 por 100 mil habitantes. Os estados do Amazonas, Acre e Amapá estão entre aqueles com menor cobertura no país. Os CAPSad estão presentes em cinco dos sete estados da região. Já no que toca a questão do atendimento municipalizado, apenas 50% dos municípios elegíveis para receberem um CAPS possuem o serviço. No Acre esse índice é de apenas 29% e no Amapá de 34%.

Entre os novos tipos de serviços, os Consultórios de Ruas (CR) estão presentes na região, contudo, aquém das reais necessidades, existindo apenas no Acre, Amapá e Amazonas. Além disso, devido ao caráter peculiar da população interiorana nortista, foi desenvolvido no Amapá o programa ‘Saúde Mental Itinerante’, que busca atender a população ribeirinha, indígena, quilombola, entre outros, para poder avançar a atenção nos territórios mais despovoados. Já os Serviços Residenciais Terapêuticos estão disponíveis apenas no Pará e em Tocantins. Assim como só existem 36 beneficiários do Programa de Volta para a Casa. No que toca à questão de leitos hospitalares, a região é pouco provida de grandes hospitais psiquiátricos, que ainda seguem o paradigma asilar de atenção, existindo apenas este tipo de abordagem no Acre, Pará e Amazonas. Por outro lado, é a segunda região com menor número de leitos em Hospitais Gerais, sendo que quatro dos sete estados da região não possuem leitos habilitados (Amapá, Amazonas, Pará e Roraima).

Outro tópico não debatido em relação às outras regiões foi levantado a respeito da atenção em AOD na região Norte: o atendimento a menores infratores com problemas em AOD. Apesar de a lógica da atenção psicossocial negar a adoção de estratégias compulsórias, a enfermaria psiquiatria do Hospital das Clínicas do Amapá foi referência para a internação compulsória por ordem judicial destes menores infratores, obrigando a equipe de atenção a tratá-los conjuntamente com pacientes em idade adulta e com demandas psiquiátricas graves⁹. Esta questão é bastante crucial e merece maior atenção, uma vez que as atitudes da atuação judicial em problemas relacionados a AOD ainda tendem a divergir da lógica de atenção prevista pelo paradigma psicossocial, uma vez que as instituições judiciais são mais impregnadas com o caráter do paradigma proibicionista – psiquiátrico.

⁹ Conforme pode ser visto no capítulo sobre o Norte esta situação trouxe enormes dificuldades para a equipe profissional, prejudicando a rotina do serviço.

A construção da RAPS no Brasil

Conforme foi visto nos capítulos anteriores e no resumo acima produzido sobre as importantes contribuições postas pelos autores dos cinco capítulos regionais, a RAPS é uma realidade no Brasil. Sua implementação ainda não está completa, mas a presença da rede na atenção aos pacientes acometidos por transtornos mentais, incluindo os usuários de AOD, é cada vez mais realidade, consolidando o paradigma da reabilitação psicossocial como pilar da assistência em saúde mental no Brasil. Além disso, os primeiros estudos dedicados à avaliação da Rede mostram resultados bastante animadores. Os dados sobre mudança percebida e satisfação dos usuários, familiares e profissionais de saúde quanto ao serviço prestado pelos CAPS são extremamente positivos, havendo questionamentos sobre questões concernentes, sobretudo, à estrutura física dos serviços e não à lógica do atendimento *biosociopsicossocial*.

A RAPS é atualmente o formato institucional substituto e resultado do amplo processo de desinstitucionalização e da transição de modelo assistencial, radicando nos territórios o cuidado em liberdade em substituição ao modelo manicomial (BRASIL, 2016). Desafios são encontrados na extensão da amplitude na Rede tendo em vista a ubiquidade dos transtornos mentais e de problemas relacionados ao uso abusivo de AOD em todo o território nacional e grupos sociais. Uma etapa ainda a ser superada é a universalização municipal do sistema de atendimento, com inclusão na RAPS de todos os municípios nacionais com mais de 15 mil habitantes, parâmetro de elegibilidade para a instalação de um CAPS. Segundo os dados da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DAPES/SAS/MS), apenas 60% dos municípios elegíveis possuem o serviço psicossocial (BRASIL, 2016).

A série história da expansão dos serviços de CAPS mostra bem esse processo de reformulação do sistema em saúde mental. Em 1998 existiam apenas 148 CAPS no Brasil e em 2014 já existiam 2209 unidades em todo território nacional. A Tabela 1, extraída do documentado Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2016), mostra a evolução entre 2006 e 2014 dos diferentes tipos de CAPS, incluindo os CAPSad e CAPSad III. Os dados são eloquentes em demonstrar o crescimento da rede de atenção psicossocial, uma vez que o CAPS é o serviço estratégico do sistema. A tabela acima apresenta a evolução da implantação dos diferentes tipos de CAPS ao longo dos anos. Tanto os CAPSad III quanto os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, fundamental para o

acompanhamento das situações de maior complexidade. Desde a criação dos CAPSad III em 2011 já foram implantados 69 serviços. (BRASIL, 2016).

Tabela 1. Número de CAPS em Funcionamento por TIPO e ANO

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPSad	CAPSad III	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Saúde Mental em Dados 12. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica (BRASIL, 2016).

A tabela 2, na próxima página, apresenta outro aspecto da evolução da RAPS por meio do indicador de cobertura, determinado pelo número de CAPS em funcionamento a cada 100 mil habitantes¹⁰. Mostramos os dados por regiões. Apesar de algumas regiões – Norte e Centro-Oeste – terem uma cobertura inferior ao nível considerado como muito bom (0.7 CAPS por 100 mil habitantes), é evidente o crescimento da rede de atenção. A evolução da cobertura desde 2002 é bastante forte. Não à toa a cobertura média nacional já atingiu o valor almejado, alcançando em 2014 o valor de 0,86 CAPS por 100 mil habitantes.

¹⁰ Para o cálculo do indicador é ponderado o porte do CAPS. CAPS I tem território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), de 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

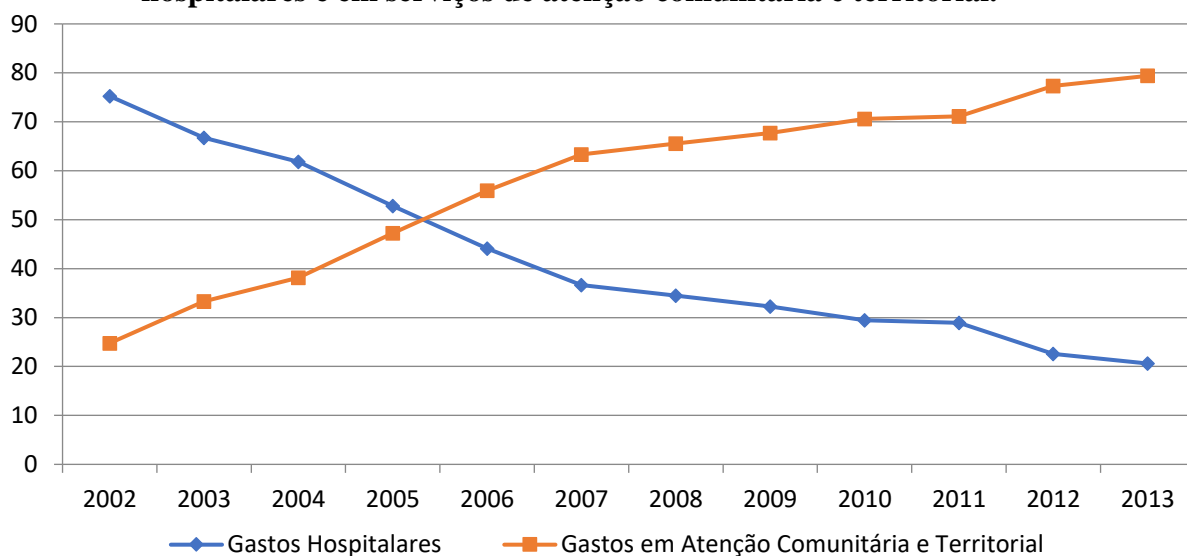
Tabela 2. Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes por ano e Região

Cobertura	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45	0,55	0,59	0,61
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87	0,94	0,96	1,00
Centro – Oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53	0,60	0,62	0,66
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63	0,72	0,74	0,79
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91	0,98	0,98	1,07
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72	0,80	0,81	0,86

Fonte: Saúde Mental em Dados 12. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (BRASIL, 2016).

Outro dado que mostra a evolução da rede e a mudança na lógica da atenção em saúde mental é a porcentagem de recursos federais investidos em saúde mental com serviços de atenção comunitária e territorial e com serviços hospitalares. Em 2005 é o ano da reversão, a partir do qual os recursos gastos com a atenção comunitária e territorial passa a ser superior da curva dos gastos com serviços hospitalares, embora desde 2002 seja nítida a lenta e paulatina construção da RAPS e da desmanicomialização da atenção em saúde mental. Com a expansão da rede de atenção comunitária e territorial, o cenário da atenção é paulatinamente transformado, confirmando os achados apresentados nos capítulos regionais, quando foi mostrado que ao passo em que se expandia a RAPS, ainda permanecem alguns resquícios do paradigma asilar de atenção. O gráfico 1 apresenta a evolução do percentual de gastos nos dois tipos de serviços.

Gráfico 1. Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária e territorial.



Fonte: Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. (BRASIL, 2016).

Outra forma de apresentar evidências da desinstitucionalização da assistência em saúde mental é a análise do número de leitos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde em hospitais psiquiátricos. Os dados da Tabela 3 mostram um gradual processo de redução dos leitos desde 2002 e uma concentração dos restantes em hospitais de menor porte, com menos de 160 leitos; visando um futuro fechamento de todos os leitos em hospitais psiquiátricos dentro do SUS. Ainda existem 167 hospitais psiquiátricos, distribuídos em 116 municípios por 23 estados do país. Em 2002 havia 51393 leitos disponíveis. e em 2014 este número foi reduzido pela metade, chegando em 25988. Ademais, em 2002, apenas 24,1% dos leitos eram em hospitais menores e quase 30% em hospitais com mais de 400 leitos. Em 2014, os grandes hospitais psiquiátricos correspondem a apenas 9,3% das vagas ofertadas (2410 leitos) e os hospitais de menor tamanho correspondem a 48.6% do total (12635 leitos).

Tabela 3. Número de Leitos SUS por Tipo de Hospital Psiquiátrico e Ano.

ANO	Até 160 leitos	De 161 a 240 leitos	De 241 a 400 leitos	Acima de 400 leitos	TOTAL
2002	12390	11314	12564	15125	51393
2003	14301	10471	12476	11055	48303
2004	15616	9959	10883	9356	45814
2005	16155	9138	9013	777	35083
2006	16829	8234	8128	6376	39567
2007	16709	7299	8474	5506	37988
2008	16846	7042	7590	5319	36797
2009	15815	6766	7471	4549	34601
2010	15933	7003	6001	3798	32735
2011	15991	7157	5752	3384	32284
2012	14569	7155	5388	2846	29958
2013	14758	6305	4379	2806	28248
2014	12635	6321	4622	2410	25988

Fonte: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais de Saúde Mental. (BRASIL, 2016).

À guisa de conclusão

Ao longo da jornada deste trabalho, composto tanto pelos capítulos deste livro quanto pelas discussões realizadas no Seminário Desigualdade Regional e as Políticas Públicas – Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas à Luz da Saúde Pública, concluímos que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma realidade em construção no Brasil, com níveis cada vez mais abrangentes de integração dos serviços e levando à reforma psiquiátrica a um ponto de não retorno do modelo hospitalocêntrico anterior. A RAPS é sem dúvida a realidade central no atendimento aos transtornos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas (AOD). Os dados agregados mostram uma realidade bastante positiva neste sentido.

Por outro lado, os estudos específicos mostram as inúmeras lacunas ainda existentes na operacionalização cotidiana da RAPS de três maneiras distintas. Em primeiro lugar, ainda falta a municipalização completa do sistema, com a construção de CAPS em todos os municípios elegíveis para tal. A lacuna não é pequena; ainda existem 854 municípios elegíveis sem esse serviço essencial (37,8% do total elegível).

Em segundo lugar, é necessário ampliar e aprofundar o funcionamento em rede do sistema. Além dos serviços essenciais providos pelos CAPS, é fundamental a ampliação da oferta de outros tipos de serviços que incluam consultórios de ruas, unidades de acolhimento, leitos em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos, entre outros elementos importantes da rede de atenção; permitindo que a RAPS de fato abrace o caráter polissêmico e multifacetado da atenção *biosociopsicossocial*. Em terceiro lugar, é fundamental o investimento em capacitação dos profissionais e do aperfeiçoamento dos recursos humanos do sistema de atenção psicossocial, uma vez que ainda existem relatos bastante frequentes de profissionais com atitudes e posturas associadas aos estigmas e preconceitos do ideal alienista e biomédico da atenção em saúde mental.

Finalmente, os estudos ainda recentes de avaliação do sistema encontram dados que respaldam as mudanças propostas sobre o paradigma de atenção. As avaliações realizadas tanto com usuários, familiares e profissionais envolvidos na atenção aos problemas relacionados ao uso e abuso de AOD estão bastante satisfeitos com os resultados e enxergam diferenças produzidas na vida do indivíduo, indicando que além de ser um paradigma afinado com a realidade democrática e cidadã do século XXI, é

também uma matriz de políticas públicas e estratégias de ação mais efetivas e capazes de produzir transformação positiva nas vidas dos usuários, pacientes, familiares e trabalhadores envolvidos com o sistema de atenção.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

BITTENCOURT, Marina Nolli; PENA, José Luis da Cunha; MENDES, Anapaula Martins; ALBUQUERQUE, Rileny Mascarenhas Campos. “PARTE I – Região Norte - Cenário da Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas na Região Norte do Brasil”. Em: Zimerman, Artur (org.). **Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas à luz da Saúde Pública**. Série Desigualdades Regionais e as Políticas Públicas. Universidade Federal do ABC. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

FONSECA, Elize Massard da; BASTOS, Francisco Inácio. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. ACSELRAD G, (org). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 289-310, 2005.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

OLIVEIRA, Elda et al. Práticas assistenciais no centro de atenção psicossocial de álcool, tabaco, e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 247-254, 2010.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira; CLARO, Heloísa Garcia; FERNANDES, Ivan Filipe de Almeida Lopes; PRATES, José Gilberto; PINHO, Paula Hayasi. PARTE IV – Região Sudeste - Rede de Atenção Psicossocial e Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas nos Estados de Minas Gerais e São Paulo”. Em: Zimerman, Artur (org.). **Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas à luz da Saúde Pública**. Série Desigualdades Regionais e as Políticas Públicas. Universidade Federal do ABC. 2017.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n.101.

OLIVEIRA, Michele Mandagará; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; KANTORSKI, Luciene Prado. “PARTE V – Região Sul - Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas À Luz da Saúde Pública no Sul do Brasil”. Em: Zimerman, Artur (org.). **Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas à luz da Saúde Pública. Série Desigualdades Regionais e as Políticas Públicas.** Universidade Federal do ABC. 2017.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.

PINHO, Paula Hayasi et al. A concepção dos profissionais de saúde sobre o dependente de substâncias psicoativas. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 1, p. 51-63, 2016.

PINHO, Paula Hayasi et al. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 35, n. suppl 1, p. 82-88, 2008.

PINHO, Paula Hayasi et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2009, vol.43, n.spe2, pp.1261-1266.

PITTA, Ana Maria; LIMA, Andrezza. “PARTE II – Região Nordeste - Avaliação da Humanização do Cuidado em Saúde Mental e Drogadição em Centros de Atenção Psicossocial no Nordeste do Brasil: O Olhar do Usuário, do Familiar e do Profissional”. Em: Zimerman, Artur (org.). **Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas à luz da Saúde Pública. Série Desigualdades Regionais e as Políticas Públicas.** Universidade Federal do ABC. 2017.

SOUZA, Delma Perpétua Oliveira; SILVA, Keyla Medeiros Maia; LIMA, Maria Santíssima. “PARTE III – Região Centro-Oeste - Saúde Pública: Uso, Abuso de Álcool e Outras Drogas no Contexto da Região Centro-Oeste”. Em: Zimerman, Artur (org.). **Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas à luz da Saúde Pública. Série Desigualdades Regionais e as Políticas Públicas.** Universidade Federal do ABC. 2017.