**FACULDADE PATOS DE MINAS**

**DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**MARINA MENEZES MOURA**

**O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad: um estudo situacional**

**PATOS DE MINAS**

**2016**

**FACULDADE PATOS DE MINAS**

**DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**MARINA MENEZES MOURA**

**O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad: um estudo situacional**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. MSc. Gilmar Antoniassi Júnior

**PATOS DE MINAS**

**2016**

FACULDADE PATOS DE MINAS

DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Curso de Bacharelado em Psicologia

**MARINA MENEZES MOURA**

**O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad: um estudo situacional**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 24 de novembro de 2016:

Orientador: Prof. MSc. Gilmar Antoniassi Júnior

Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Profa MSc. Delza Ferreira Mendes

Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof: Dr. Hugo Christiano Soares Melo

Faculdade Patos de Minas

**DEDICO** este trabalho aos meus Pais e minha Filha.

**AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu orientador Gilmar Junior Antoniassi pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos e por sempre ter sido grande amigo.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Você está vivo. Esse é o seu espetáculo. Só quem se mostra se encontra. Por mais que se perca no caminho”.

***Cazuza***

**O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad: um estudo situacional**

**THE SERVICE OF MENTAL HEALTH OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS – CAPSad: a situational study.**

Marina Menezes Moura[[1]](#footnote-1)

Graduanda do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Gilmar Antoniassi Júnior[[2]](#footnote-2)

Mestre em Promoção de Saúde. Universidade de Franca.

**RESUMO**

O objetivo deste estudo consistiu em mapear o serviço de saúde referente ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas no Brasil, por meio dos dados publicados do Ministério da Saúde, a fim de, discutir os cuidados para o usuário de droga. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica quali-quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, do tipo de revisão sistemática de meta-análise. Os dados apontam que a implantação de CAPS-ad e CAPS-ad III no Brasil de dezembro de 2006 a dezembro de 2014 apresentou um número crescente. A distribuição dos CAPS-ad e CAPS-ad III por Estados pertencentes à região sudeste, até dezembro de 2014 mostrou que o Estado de São Paulo é o que conta com maior número de CAPS-ad e CAPS-ad III. Quanto à implantação de Programas de Residência em Saúde Mental no período de 2012-2014, apenas os Estados de São Paulo e Minas Gerais ofertaram vagas durante os três anos em questão. A despeito do que vem sendo fomentado pelo governo nos últimos anos, para com os cuidados de saúde com os usuários de álcool e outras drogas, torna-se imperativo estabelecer mais medidas e políticas públicas que visem auxiliar os profissionais de saúde mental no desempenho das metas impostas aos CAPS-ad e CAPS-ad III, de forma a fortalecer a adesão dos usuários ao tratamento.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Álcool. Drogas. Serviço Saúde.

**ABSTRACT**

The objective of this study was to map the health service regarding the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in Brazil, through the data published by the Ministry of Health in order to discuss the care for drug users. We conducted a literature search qualitative and quantitative, descriptive and exploratory nature, the type of systematic review of meta-analysis. The data indicate that the implementation of CAPS-ad and CAPS-ad III in December 2006 Brazil to December 2014 showed an increasing number. The distribution of the CAPS-ad and CAPS-ad III by States in the Southeast, until December 2014 showed that the state of São Paulo is the one with more CAPS-ad and CAPS-ad III. Regarding the implementation of Mental Health in residency programs in the 2012-2014 period, only the states of São Paulo and Minas Gerais had offered jobs during the three years in question. Despite what is being promoted by the government in recent years towards health care with alcohol and other drug users, it is imperative to establish more public measures and policies to assist mental health professionals in the performance of goals imposed on CAPS-ad and CAPS-ad III, in order to strengthen the adhesion of users to treatment.

**Keywords:** Mental health. Alcohol. Drugs. Health Service.

**INTRODUÇÃO**

Independentemente de ser lícito ou ilícito, o termo droga é definido pelo uso de qualquer substância natural ou não que por via de efeito ao introduzido no organismo, é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças físicas, psíquicas sociais. Nas áreas médicas especificamente a farmacologia, o termo droga refere-se a qualquer agente químico capaz de provocar alterações nos processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos (1, 2).

Nas últimas décadas o crescente consumo de álcool e outras drogas estabeleceram um grande problema na sociedade e exige ações integradas de políticas públicas para tentar minimizar as possíveis consequências de agravos à saúde da população envolvida (3). Além do mais, o álcool está presente no contexto social das pessoas seja em comemorações ou dias rotineiros (1).

No Brasil o consumo de bebidas alcoólicas é responsável por aproximadamente 8% das doenças existentes, sobretudo as lesões do fígado, como esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose hepática. Evidenciando assim, a porta de entrada para o consumo de outras drogas, como a cocaína, por exemplo, que o consumo aumentou exponencialmente e “[...] atingiu 1,75% da população com idade entre 15 e 64 anos em 2011” (4,1).

O fato notório é que nos últimos anos os problemas decorrentes ao uso das drogas têm afetado não somente quem usa, mas quem o cerca também, expondo pessoas ao risco na condição de saúde física, social e psíquica, sendo um preditor do envolvimento de situações violentas. Especificamente, esses problemas ocorrem devido ação direta das drogas no sistema nervoso central de feito depressor, estimulante e perturbador (1,5,6).

O diagnóstico pertinente ao uso das drogas deve ser realizado por um profissional de saúde habilitado que se utiliza instrumentos, a classificar a enfermidade em questão. É preciso estar atendo as orientações do CID (Classificação Internacional e Doenças) e o DSM (Diagnóstico de Saúde Mental) que, no Brasil, é adotado pelo Sistema Único de Saúde (6).

A identificação do uso pelo sujeito deve ser realizada por meio de todas as fontes de informação possíveis, como dados passados pela própria pessoa, sintomas psicológicos e físicos característicos, sinais e comportamentos clínicos, análises de sangue e de outros líquidos corporais, dentre outras evidências, como drogas encontradas com o paciente e relatos de terceiros. Nesse contexto, é essencial fazer a avaliação de diversas possibilidades de intervenção, levando-se em conta o protagonismo do usuário no seu processo de cuidado e a forma de organização do serviço para a gestão desse cuidado (3).

O consumo do álcool e outras drogas é um tema que traz diferentes sentimentos e percepções, como curiosidade, receio, estigma e preconceito. Pois se encontram em diferentes proporções de consumo, manuseio e função. Apresentam diferentes significados, dentre eles sensação de prazer e fonte de renda. Em meio aos diversos desafios impostos pelas questões associadas ao uso de drogas, há de se analisar os contextos em que ele se encontra inserido ou, ainda, o que o sustenta e o constrói. Logo, deve-se diferenciar o uso, o abuso e a dependência de drogas. Estes fenômenos são muito diferentes e residem no mesmo tema, por isso, requer diferentes intervenções com vasto espectro, perpassando pela prevenção e intervenção clínica, durante e após o tratamento (7).

É necessário direcionar o olhar para os problemas do uso e abuso do álcool e outras drogas, como uma questão que vai além de uma condição meramente de saúde, mas que envolva educação, esporte, lazer, cultura, emprego, social e política, para favorecer o estado de bem-estar, pois, saúde é o estado de completo bem-estar e não apenas a ausência de doença (8).

Neste prospecto os aspectos promotores de saúde evidenciam a importância de adotar comportamentos capazes de promover o aumento do bem-estar individual, a realização pessoal e a autoatualização. A adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, porém, exige aprendizagem e desenvolvimento de habilidades emocionais, cognitivas e comportamentais que consintam utilizar os conhecimentos teóricos e técnicos nas diferentes situações reais (9).

Para isso é importante ponderar a necessidade de direcionar as intervenções e os cuidados as estratégias de saúde que estejam aliadas a política de redução de danos. Estes procedimentos ampliam a possibilidade de cuidar das pessoas ‘que usa e que não usa’, as ações propõem minimizar as consequências oriundas as drogas, e que exterioriza comportamentos e práticas de risco (4).

Normalmente, às informações veiculadas na mídia referentes ao uso de álcool e drogas, levam a entender que se vivencia um molesto problema de ordem social e da saúde, aqueles que consomem não conseguem ou não querem parar de usar, requisitando ações rápidas e ativas a fim de amenizar o risco de que o País seja sofreado pelos problemas das drogas, revelando-se de teor fundamental ações que estejam em qualquer condição o direito ao cuidado à saúde (4,10).

Diante dessa circunstância emergente o cenário atual tenta legitimar diferentes pensamentos e intervenções, mas, estes vêm deixando de lado os diversos problemas decorrentes do uso álcool e outras drogas são capazes de acometer a saúde de quem usa e daqueles que estão por perto. Por isso a necessidade de ferramentas que sejam eficazes para identificar os danos desinentes do uso das drogas, no que lhe concerne a criação de estratégias para cuidar de todos os envolvidos nos dilemas consecutivo as drogas (11,10).

Neste sentido que o Brasil tem direcionado as ações dos cuidados de saúde consequente ao uso das drogas, no fortalecimento da rede de serviço de saúde mental. A criação do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas), tem focado suas ações de redução de danos. Para tal, as Portarias 1.028 e 1.059 em julho de 2005, definidoras de ações que visam reduzir danos sociais e a saúde, decorrentes do uso de produtos, substancias ou drogas que ocasionam dependência, bem como dispõe de recurso financeiro para desenvolver estas ações nos CAPS (3).

As intervenções no CAPSad envolvem diferentes profissionais que se destinam em habilidades que demandam cuidar de pessoas envolvidas nos dilemas das drogas, e devem agir como facilitadores do manejo de serem redutores de danos e levá-los a aceitação de serem cuidadas. Aliás, a legislação brasileira garante aos usuários de drogas o ingresso universal aos serviços de saúde, cuja assistência deve ser garantida em todos os níveis de atenção, de forma a privilegiar os dispositivos extra hospitalares, como os CAPSad (4,12).

Essas ações visam sustentar um modelo de atenção em saúde mental que prioriza práticas favoráveis a vida, em que o sujeito, moribundo ou não, possa receber acolhimento em suas dores (in)visíveis. O CAPS-ad apresenta caráter comunitário e é indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Oferecendo atendimento a indivíduos de todas as idades que evidenciam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso do álcool e outras drogas, e outras situações clínicas capazes de impossibilitar a construção de laços sociais e a realização de projetos de vida (13,14,15).

Nesta perspectiva, o presente estudo tem por finalidade mapear o serviço de saúde referente ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas no Brasil, por meio dos dados publicados do Ministério da Saúde, a fim de, discutir os cuidados para o usuário de droga.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica quali-quantitativa, de natureza descritiva e exploratória do tipo de revisão sistemática de meta-análise. As etapas percorridas para a elaboração da presente revisão deram-se:

Pela definição da questão norteadora e o objetivo da pesquisa – Como o SUS tem ofertado o serviço de saúde do CAPS-ad – bem como, qual o envolvido do profissional frente aos cuidados prestados, bem como tem-se configurado os agravos de saúde? Tendo o foco em mapear os números referentes ao CAPS-ad e seus desdobramentos envolvente.

Para levantar os dados em relação ao rastreamento das informações do serviço de saúde mental de álcool e outras drogas, utilizou-se especificamente do informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacionalde Saúde Mental*– Saúde em Dados 12*, publicado em outubro de 2015, pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento Ações-Planejadas e Estratégias, e a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Brasil. Que, desde 2006, apresenta um quadro geral sobre os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS. Os dados apresentados têm o objetivo de auxiliar a gestão na identificação dos principais desafios, na construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços (16), tornando-se este o principal critério de inclusão para mapear os dados.

Para as análise e discussão dos dados, levou-se em consideração os critérios que correspondem a temática do serviço de saúde (SUS/ CAPS-ad) – uso de álcool e outras drogas – políticas de saúde mental, publicado nos últimos 10 anos (entre 2006 e 2016), nos idiomas em português, inglês e espanhol, que estivessem indexados nas bases de dados: Scielo, Medline, Lilacs, PePSIC, PsycINFO, Psychoanalytic Electronic Publishing e Redalyc, cuja as modalidades de produção fosse: artigos originais em estudo de caso, relato de experiência, estudo teórico, relato de pesquisa. Em concomitantemente, as especificidades que envolve as publicações do governo – Ministério da Saúde.

**RESULTADOS**

Sobre o serviço prestado pelo CAPSad visa em disponibilizar um atendimento que ofereça o acompanhamento clinico orientado, cuja finalidade é promover a reinserção das pessoas que possuem problemas com as drogas nos âmbitos: social, profissional e familiar, e oferecer apoio às famílias. O atendimento é diário dispondo de ações que visão a proporcionar atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de forma a realizar o planejamento terapêutico no âmbito de uma perspectiva individualizada de evolução sucessiva (16,17). Através dos dados mapeados a gráfico 1 permite se identificar os números de CAPSad no período de implantação nos últimos oito anos.

**Grafico 1:** Distribuição do número de CAPSad e CAPSad III, frente o desenvolvimento da implantação do serviço nos últimos oito anos.

**Fonte:** modificado (16).

Para prestar esse tipo de assistência o CAPS deve dispor de uma equipe multiprofissional que estejam constituídas conforme os dados revelados na tabela 1, que descreve a estrutura profissional de acordo com o Art. 7 da Portaria MSNº 130 (de 26/01/2012).

**Tabela 1:** Distribuição da equipe que compõe a equipe multiprofissional para prestar o serviço de saúde no CAPSad, segundo a Portaria nº. 130 do MS de 26/01/2012.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoria de Atendimento | Categoria Profissional | Quantidade |
| 40 pessoas (mínimo)  60 pessoas (máximo) | Médico clínico | 01 |
| Médico psiquiatra | 01 |
| Enfermeiro | 01 |
| Profissionais de nível universitário:  a) psicólogo  b) assistente social  c) enfermeiro  d) terapeuta ocupacional  e) pedagogo  f) educador físico | 05 |
| Técnicos de enfermagem | 04 |
| Profissional de nível fundamental ou médio (área administrativa) | 01 |
| Acolhimento Noturno  Regime Plantão 12 horas | Profissional de saúde de nível universitário | 01 |
| Técnicos de enfermagem | 02 |
| Profissional de nível fundamental ou médio (área administrativa) | 01 |
| Acolhimento Diurno aos sábados, domingos e feriados | Enfermeiro | 01 |
| Técnicos de enfermagem; | 03 |
| Profissional de nível fundamental (área administrativa) | 01 |
| Referência Regional | Profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais; a) psicólogo; b) assistente social; c) enfermeiro; d) terapeuta ocupacional; e) pedagogo; e f) educador físico. | 01-02 |
| Técnico de enfermagem. | 01 |

**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde (17).

A Tabela 2 apresenta a distribuição do CAPS-ad e CAPS-ad III, que estão habilitados pelo Ministério da Saúde, pelos estados que compõe a região sudeste do Brasil.

**Tabela 2:** Distribuição do CAPSad e CAPSad III, habilitados pelo Ministério da Saúde, pelos estados que compõea região sudeste do Brasil. (16)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UF** | **População** | **CAPS-ad** | **CAPS-ad III** | **Total** |
| **SUDESTE** | **85.115.623** | **133** | **25** | **158** |
| São Paulo | 44.035.304 | 76 | 14 | 90 |
| Minas Gerais | 20.734.097 | 30 | 10 | 40 |
| Rio de Janeiro | 16.461.173 | 22 | 1 | 23 |
| Espírito Santo | 3.885.049 | 5 | - | 5 |
| **TOTAL GERAL** | **85.115.623** | **133** | **25** | **158** |

**Fonte:** modificado (16).

Nota-se na tabela 2 que o Estado de São Paulo é o que conta com maior número de CAPSad e CAPSad III, seguido por Minas Gerais. O Estado do Espírito Santo apresenta menor cobertura e conta com apenas 5 CAPSad.

O gráfico 2, permite identificar o número de vagas para os Programas de Residência em Saúde Mental Multiprofissional no Brasil no período de 2012-2014, conforme oferta em estados da federação, o que garante a qualificação da profissional, para manter o serviço prestado frente a finalidade do CAPS-ad.

**Gráfico 2:** Distribuição dos Programas de Residência em Saúde Mental Multiprofissional no Brasil 2012-2014.

**Fonte:** modificado (16).

Em relação à oferta de vagas em programas de residência, o estudo constata-se que apenas os Estados de São Paulo e Minas Gerais ofertaram vagas durante os três anos em questão, os demais tiverem oscilação.

No que refere aos agravos de saúde em decorrência ao uso das drogas, verifica-se no gráfico 3 a distribuição dos óbitos no Brasil por causa básica relacionados a transtornos mentais devido ao uso de drogas, no total para o ano de 2013, segundo o CID-10.

**Gráfico 3.** Distribuição dos óbitos no Brasil por causa básica relacionados a transtornos mentais devido ao uso de drogas, no total para o ano de 2013, segundo o CID-10. (16)

**Fonte:** modificado (16).

Conforme demonstra a Tabela 3, o álcool é o principal responsável pelas mortes, correspondendo, seguido por múltiplas drogas e outras substâncias, cocaína, e os canabiodes.

Em relação ao atendimento prestados pelo serviço de saúde frente aos problemas com as drogas, a tabela 6 apresenta a distribuição de registros de evolução anual do número de atendimentos em álcool e outras drogas pelo CAPS-ad no período de 2006 a 2011.

**Tabela 3.** Distribuição de registros de evolução anual do número de atendimentos em álcool e outras drogas pelo CAPS-ad no período de 2006 a 2011. Frequência de atendimento (em milhares)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Substância** | **2006** | **2007** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011** |
| Álcool | 173,30 | 170,74 | 163,49 | 158,02 | 154,27 | 154,25 |
| Outras Drogas | 63,77 | 79,15 | 93,45 | 104,35 | 118,28 | 127,47 |
| **TOTAL** | **237,07** | **249,89** | **256,94** | **262,37** | **272,55** | **281,52** |

**Fonte:** (16).

O número de atendimentos por causa do álcool sofreu uma queda no decorrer dos anos, ou seja, no primeiro ano do estudo houve 173.300 atendimentos e, no último ano, esses atendimentos caíram para 154.250. Mas, verifica-se que o número total de atendimentos cresceu a cada ano, isso devido ao aumento de atendimentos referentes a outras drogas que, no primeiro ano foram de 63.770 e, no último ano, quase dobrou, e chegou a 127.470 atendimentos.

**DISCUSSÃO**

O estudo realizado mostrou que houve no Brasil um desenvolvimento progressivo na implantação de CAPS-ad e CAPS-ad III no período de 2006 a dezembro de 2014. Mas, muito embora seja possível observar o esforço do governo nesse sentido, ainda é significativo o número de pacientes que abandonam o tratamento antes do seu término. Esse tipo de evento é muito prejudicial às políticas orientadas aos usuários de álcool e outras drogas, pois a efetividade de qualquer tipo de tratamento sujeita em maior parte, a adesão do paciente. A não adesão configura um grande problema para o tratamento, sobretudo de doenças crônicas. Assim sendo, sugere-se que um dos problemas do Brasil, não é a falta de oferta de tratamento, porém é a falta de adaptação das abordagens que são propostas, tendo em vistas, à maior adesão do paciente ao tratamento (17,18,19).

Pode ser que as práticas sejam pouco eficazes para os usuários com o perfil de não adesão, daí surge à relevância de se pensar na implantação de abordagens diferenciadas capazes de ajudar o usuário a ser tratado. Para tanto, talvez seja oportuno haver uma busca mais ativa por parte de governos e CAPS-ad, que vise estreitar as suas relações com outros programas de saúde como o Programa de Saúde da Família (PSF) e, até mesmo, com outras instituições vinculadas à sociedade como escola, centros comunitários e igrejas, visando estabelecer uma rede de apoio para os usuários em todos os ambientes que ele vier a interagir e, sobretudo, criar mecanismos de ajuda para a família e a comunidade perceberem a necessidade de tratamento precocemente. É necessário, ainda, que o governo faça maiores investimentos para que o CAPS-ad se insira nas comunidades assim como preconiza a sua estratégia, visto que a tendência do CAPS-ad tem sido atuar bem mais como um instrumento ambulatorial do que exatamente comunitário (17,20).

Há de se considerar a importância da intervenção da equipe multidisciplinar por meio do CAPS AD, apenas por meio desse trabalho existe possibilidade de se conseguir um tratamento eficaz para os usuários de álcool e outras drogas. As várias abordagens dos profissionais de tratamentos e técnicas psicoterápicas, permitem que os usuários vivenciem atividades capazes de auxiliar no resgate e na construção de novos valores, de forma a deixar o vício de lado e melhorar a autoestima para que seja reinserido na sociedade (19,21,22).

Em artigo recente, Fagundes Junior et al. observam que prossegue a lacuna entre o aparelho formador e os serviços públicos, tornando-se imprescindíveis a proposta de novas ações capazes de garantir a formação continuada dos profissionais de saúde atuantes neste sistema, como novos cursos de pós-graduação *lato sensu* e mestrados profissionais. Permanece também insuficiência de estudos avaliativos, que possibilitem mensurar com maior rigorosidade a qualidade e a eficácia do cuidado em todas suas dimensões, sendo importante também promover novas iniciativas de parceria com Instituições fomentadoras de pesquisa, visando agenciar investigações que considerem a especificidade da saúde mental (18,23).

A propósito disso, observou-se quanto à implantação de programas de residência em saúde mental multiprofissional no Brasil no período de 2012-2014 que, os dados apontam um decréscimo na oferta destes programas, fato que não deixa de ser preocupante, pois fomentar a formação profissional em saúde denota oportunizá-lo a estudar o mundo da saúde, por meio de práticas reais dos atores e das instituições de produção de cuidados à saúde e, isso, é essencial e estratégico para as profissões da saúde. Desenvolver competências para exercer um ofício exige interação com o contexto em que o mesmo se realiza, no dia-a-dia da produção do cuidado, de forma a aferir a progressiva qualificação do aprendiz para a sua atuação. A preparação de competências para profissões na área de saúde é muito restrita no País. Há de se contar ainda com o embate de grupos de interesse, da esfera acadêmica, dos serviços de saúde e dos grupos profissionais que ditam as áreas prioritárias das residências. Torna-se importante avançar nesses acordos, baseado em percepções e justificativas concordadas no intercâmbio entre grupos que estão à frente dos processos de ensino e do trabalho profissional na saúde (22,24).

A Residência, com seus empecilhos, conflitos e conquistas, deve estar presente no dia-a-dia das complexas relações na esfera da atenção à saúde, isso porque ela gera “certo desconforto” nos sujeitos-protagonistas de experiências (ainda) inovadoras. Assim, torna-se possível enxergar as dificuldades de certos profissionais que não se vêem enquanto parte de uma equipe multiprofissional ou que não são capazes de desenvolver as suas ações, a partir da conexão entre ensino, pesquisa e atenção. É como retornar à simples reprodução das práticas assistenciais no campo da saúde. Mas, a residência pode instalar uma desestabilização das práticas cristalizadas e gerar uma (des)construção de conhecimentos e novas propostas de formação de trabalhadores da área da saúde. Por conseguinte, este contexto da Residência fomenta um movimento, vez que forçam aqueles que com ela estão envolvidos, a refletirem o seu próprio fazer neste ambiente de formação/reflexão e, portanto, modificar modelos e atitudes de atuar em saúde (22,25).

Outra questão aqui apontada foi à participação de cada substância psicoativa no total de óbitos no Brasil, no ano de 2013, em que consta que, o álcool é o principal responsável pelas mortes, correspondendo a 93,5% do total no ano de 2013. Expondo assim, que dentre as principais dificuldades diante do tema morte esteja a aceitação do paciente e de seus familiares das condições impostas pela doença, o que se torna um gerador de conflito e adoecimento no núcleo familiar (16,22).

Conforme o Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2013 ocorreu cerca de 400 mil óbitos atribuível ao álcool no País. Esse registro se mostrou mais acentuado em estados das regiões Nordeste e Norte. Dentre as causas básicas de mortalidade, a doença alcoólica do fígado foi aquela que teve maior contribuição no total de óbitos atribuível ao uso de álcool. A segunda causa foram os transtornos mentais e comportamentais causados pelo álcool, responsáveis por 40,3% (N=88.331) dos óbitos. A terceira principal causa foi a cardiomiopatia alcoólica, que representou 1,9% (N=4.179) dos óbitos. A intoxicação alcoólica voluntária ou acidental correspondeu a 0,5% dos óbitos relacionados ao álcool no período estudado. Cerca de mil óbitos foram causados por intoxicação aguda, fato que desperta para ocasiões de consumo abusivo, entre jovens em trotes de iniciação à universidade (26).

Referente à evolução anual do número de atendimentos em álcool e outras drogas pelo CAPS-ad, foi possível observar que o número de atendimentos por causa do álcool sofreu uma queda no decorrer dos anos. É mais raro abordar o álcool de maneira contextualizada. Genericamente as instituições escolares temem tratar o tema sobre drogas, professores buscam uma formação referente às drogas, porém recursivamente se sentem despreparados. Ou temem falar de um contexto que deveria ser tratado com a família, cujo âmbito costuma ter pouco tempo para dialogar com os filhos, que não têm bem resolvido em suas vivencias esclarecimentos sobre drogas na juventude, ou tendem a não identificar o álcool como droga. Recursos tradicionais como palestras contextualizadas e materiais educativos sobre drogas são propostas importantes que podem contribuir para que as famílias e os seus pares envolvidos entendam a importância do diálogo, e do pensar individual e coletivo, de forma a valorizar um modelo eficaz de educação para a saúde (19,27).

**CONCLUSÃO**

O estudo ora apresentado buscou mapear o serviço de saúde referente ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas no Brasil, por meio dos dados publicados do Ministério da Saúde, a fim de, discutir os cuidados para o usuário de droga.

De modo geral, pode-se observar que a implantação de CAPS-ad e CAPS-ad III no Brasil de dezembro de 2006 a dezembro de 2014 apresentou um número crescente. A distribuição dos CAPS-ad e CAPS-ad III por Estados pertencentes à região sudeste, até dezembro de 2014 mostrou que o Estado de São Paulo é o que conta com maior número de CAPS-ad e CAPS-ad III.

Quanto à implantação de Programas de Residência em Saúde Mental no período de 2012-2014, apenas os Estados de São Paulo e Minas Gerais ofertaram vagas durante os três anos em questão. Referente à participação das substâncias psicoativas no total de óbitos no ano de 2013, o álcool foi o principal responsável pelas mortes.

O número de atendimentos por causa do álcool sofreu uma queda no decorrer dos anos, no primeiro ano do estudo houve 173.300 atendimentos e, no último ano, esses atendimentos caíram para 154.250. A despeito do que vem sendo fomentado pelo governo nos últimos anos, para com os cuidados de saúde com os usuários de álcool e outras drogas, torna-se imperativo estabelecer mais medidas e políticas públicas que visem auxiliar os profissionais de saúde mental no desempenho das metas impostas aos CAPS-ad e CAPS-ad III, de forma a fortalecer a adesão dos usuários ao tratamento.

Nada obstante as importantes ações que vem sendo fomentadas pelo governo nos últimos anos, para com os cuidados de saúde com os usuários de álcool e outras drogas, torna-se imprescindível estabelecer mais medidas e políticas públicas capazes de auxiliar os profissionais de saúde mental no cumprimento das metas impostas aos CAPS-ad e CAPS-ad III, de forma a fortalecer a adesão dos usuários ao tratamento e a monitorar o sistema de consumo do álcool e outras drogas e seus respectivos padrões de morbimortalidade.

**REFERÊNCIAS**

1. Antoniassi Júnior G, Gaya CM. O uso de droga associado ao comportamento de risco universitário. Saúde e Pesquisa. 2015;8(Edição Especial):09-17.

2. Thoth EX, Tegner J, Lauridsen S, Kappel N. A cross-sectional national survey assessing self-reported drug intake behavior, contact with the primary sector and drug treatment among service users of Danish drug consumption rooms. Toth et al. Harm Reduction Journal. 2016;13(1):27.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas - Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

4. Forteski R, Faria JG. Estratégias de Reduação de Danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. Rev Saúde Públ. 2013;6(2):78-91.

5. Nędza J, Polaniak R, Bułdak RJ, Majchrzak M, Margasińska J, Rojkiewicz M, Celiński R , Grochowska-Niedworok E. Cannabinoid and cathinone designer drugs – the workings and selected methods of analysis. Pol Med J; 2016;24(241):56–59.

6. Lago L, Bruno R, Degenhardt L. Concordance of ICD-11 and DSM-5 defi nitions of alcohol and cannabis use disorders: a population survey. Lancet Psychiatry. 2016; 3(7):673-684.

7. Silva EA. Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). Álcool e Outras Drogas/ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRP/SP; 2011. p35-40.

8. Takano A, Miyamoto Y, Kawakami N, Matsumoto T, Shinozaki T, Sugimoto T. Web-based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use problems: protocol for a multicenter randomized controlled trial in Japan. BMC Psychiatry, 2016;16(1):87.

9. Tomás CC, Queirós PJP, Ferreira TJRF. Comportamentos promotores de saúde: propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação. Texto Contexto Enferm. 2015;24(1):22-39.

10. Gomes BR, Capponi M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). Álcool e Outras Drogas/ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRP/SP; 2011. 9-13p.

11. De Micheli D; Formigoni MLOS; Ronzani TM; Carneiro APL. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. In: Brasil. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. 7ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014. 32-44p.

12. Inglez-Dias A et al. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19(1):147-157.

13. Clemente A, Campello MC, Romanholi AC. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. Polis e Psique. 2013;3(1):80-89.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial com 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 SUS. Brasília: DOU; 2011.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 44p.

16. 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: Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental; 2015. 48p.

17. Brasil. Ministério da Saúde Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: DOU; 2012.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília; 2009.

19. Fernandes LMS, Antoniassi Junior G. Drogas e a família, uma discussão da literatura. Psicol Saúde e Debate. 2016;2(Edição Especial):73-85.

20. Peixoto C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad).Joranl bras psiquiatr*.* 2010;59(4):317-321.

21. Magalhães ENTR. A intervenção da equipe multidisciplinar nos CAPS AD e o tratamento aos usuários de crack: uma revisão bibliográfica. Revista Unipacto. 2015;2(4):1-9.

22. Fiusa JR, Antoniassi Junior G. Uma reflexão sobre o uso das drogas e a eutanásia. Psicol Saúde em Debate. 2016;2(Edição Especial):1-13.

23 Fagundes Junior HM, et al. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(5):1449-1460.

24 Duarte MJO. Residência multiprofissional em Saúde Mental: trabalho e formação profissional. In. (Org.) Veloso RS et al. Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2014. 295-318p.

25 Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. 260p.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 462 p.: il (p.274)

27 Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL. Residência em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. 260p.

**ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**

**Autora Orientanda**:

Nome completo: Marina Menezes Moura

Endereço:

Telefone:

E-mail: marinamenezesmoura@hotmail.com

**Autor Orientador:**

Nome completo: Gilmar Antoniassi Júnior.

Endereço: Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3A, Patos de Minas – MG, CEP: 38706-002.

Telefone: (34) 3818-2300

E-mail: jrantoniassi@hotmail.com

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 24 de novembro de 2016.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marina Menezes Moura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gilmar Antoniassi Júnior

1. Orientanda. Bacharel em Psicologia, DPGPSI/FPM. [↑](#footnote-ref-1)
2. Professor Orientador. Docente do DPGPSI/FPM. [↑](#footnote-ref-2)