



**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO PESQUISA E EXTENSÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

Hilda Martins de Souza

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAHIANO**

**THE ATTENTION POLICY TO ALCOHOL USER AND OTHER DRUGS IN A CITY
OF BAHIA SEMIARID**

**Salvador
2014**

Hilda Martins de Souza

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM
UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAHIANO**

**THE ATTENTION POLICY TO ALCOHOL USER AND OTHER DRUGS IN A CITY
OF BAHIA SEMIARID**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Pós-Graduação
Pesquisa e Extensão da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública, como requisito final para a obtenção do
título de Especialização em Saúde Mental.

Orientadora: Msc. Alessivania Mota

**Salvador
2014**

Agradecimentos

Ao concluir este trabalho quero agradecer primeiro a Deus pela força e coragem de continuar acreditando nas possibilidades. Agradeço ao meu esposo, amigo e companheiro nas horas de dificuldades e como colaborador no suporte à informática. Aos meus filhos pelo apoio nas horas de dúvidas e pelo cuidado e dedicação com a minha saúde. À uma amiga Professora que colaborou na parte da formatação. À Professora Coordenadora do Curso de Atenção Básica à Saúde Mental-1ª turma, que me apoiou desde o início na escolha do tema, à professora de Metodologia da Pesquisa, à professora orientadora pela colaboração nas Orientações Gerais para o Artigo, aos professores docentes de Pós-Graduação e aos colegas que compartilharam comigo as suas experiências de trabalho aos quais tive acesso no decorrer do Curso.

A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAHIANO

Hilda Martins de Souza¹

Alessivania Mota²

RESUMO

O presente artigo tem como tema a atenção aos usuários de álcool e outras drogas pelas unidades do CAPS – ad do semiárido baiano. O objetivo é analisar as políticas de cuidados da dependência química no Brasil ao longo da história, identificando a rede de cuidados em um município do semiárido da Bahia. Por meio da metodologia de pesquisa bibliográfica foi desenvolvida uma análise de abordagem qualitativa de leis, manuais, livros e artigos cujo conteúdo possibilitou atender aos objetivos desse estudo. Como resultado, verificou-se que as unidades de CAPS-ad, seguem um modelo descentralizado de Saúde Mental e visa à recuperação e reintegração social dos usuários. A descontinuidade do acompanhamento psicossocial, devido o abandono dos usuários e as recaídas é uma dificuldade enfrentada nas unidades. A mudança para um atendimento 24 horas é essencial, para que se atendam as pessoas no momento em que elas precisam e evite o insucesso do cuidado. Reconhecem-se os bons resultados dessas unidades ao contribuir com muitos usuários, que se reintegram à sociedade, tendo a sua saúde mental recuperada.

Palavras-chave: Saúde Mental. Caps-ad. Alcoolista. Política Pública. Reforma Psiquiátrica.

THE ATTENTION POLICY TO ALCOHOL USER AND OTHER DRUGS IN A CITY OF BAHIA SEMIARID

ABSTRACT

This article has as its theme the attention users of alcohol and other drugs by units of CAPS – ad the Bahian semiarid. The goal is to analyze the policies of addiction care in Brazil throughout history , identifying the network of care in a county semiarid of Bahia . Through the methodology of literature analysis of qualitative approach of laws, manuals, books and articles whose content possible to meet the objectives of this study was developed. As a result, it was found that the CAPS – ad units follow a decentralized model of Mental Health and is aimed at recovery and social reintegration of users. The discontinuity of psychosocial support, because the abandonment of users and relapse is a difficulty faced units. The move to a 24 hour care is essential for people who meet when they need and avoid failure care. We recognize the good results of these units to contribute to many users, who reintegrate into society, having recovered his mental health.

Keywords: Mental Health. Caps-ad. Alcoholism. Public Policy. Psychiatric Reform.

¹ Pós-graduanda do curso de especialização em Atenção Básica à Saúde Mental, pela Escola Baiana de Medicina. Email: hildaxisto@gmail.com

² Professora Orientadora do Curso de Atenção Básica à Saúde Mental. Email: alessivania@hotmail.com

POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAHIANO

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como escopo as políticas de saúde mental no Brasil no cuidado de dependentes de substâncias psicoativas (SPA), em especial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados em um município do semiárido da Bahia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde Mental é um valor humano fundamental. Implica em promover a prevenção e o tratamento de pessoas com transtornos mentais, para o reestabelecimento da saúde. Também significa a ausência de doença mental, que pode ser definida como transtorno mental, incapacidade mental, enfermidade mental, deficiência mental ou insanidade mental (OMS, 2005).

Com base nesse entendimento, o Ministério da Saúde prevê uma política de saúde mental descentralizada, de base comunitária, incluindo uma rede de serviços variados, entre eles os CAPS (BRASIL, 2014).

Para Almeida Filho, Coelho e Peres (1999), em uma sociedade que não está saudável, o indivíduo que apresenta traços de anormalidade mental naquele contexto, pode ser uma pessoa saudável. Assim, ao analisar a normalidade a partir dos padrões estabelecidos de competência emocional por um determinado grupo, é preciso considerar as referenciais desses padrões. Há nessa percepção do que é normal, enfermidade ou saúde mental, uma relativização dos referenciais culturais, cuja interação conduz a uma multiplicidade de conceitos.

Dessa forma a saúde mental é um foco de estudos tanto dos filósofos, quanto antropólogos, sociólogos, psicólogos e médicos das mais diversas áreas de conhecimento. Isso porque o conceito de normalidade, de equilíbrio emocional está atrelado às questões simbólicas e subjetivas do indivíduo enquanto um ser social e humano. A partir da segunda metade do século XIX, estudiosos e especialistas de diversas áreas de conhecimento se dedicam com mais notoriedade à conceituação da saúde mental, bem como o entendimento do que é doença, enfermidade e patologia mental. Dentre as áreas, destacam-se a sociologia, a psicologia, a medicina geral e a medicina mental (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Tais estudos passaram a revelar a preocupação de normalizar o ser humano, para que ele se tornasse uma máquina produtiva. Para tanto, buscavam mergulhar nas questões não só culturais, como também subjetivas pessoais, físicas e mentais. Nesse contexto: “Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal passou a ser tarefa da medicina mental, da psicologia e das ciências sociais aplicadas” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 114).

Com base nas novas formas de pensar em saúde mental, passou a ser necessário repensar, reestruturar as políticas voltadas para o cuidado das pessoas com doença mental. Houve uma mudança de paradigmas, ao se levar em conta os sujeitos na sua forma integral, considerando os aspectos socioeconômicos, culturais, subjetivos e físicos. Para contemplar tais aspectos, a psiquiatria só por si não era suficiente, pois não poderia dar conta das questões psicossociais, sendo respeitadas as individualidades e especificidades de cada pessoa.

Para desenvolver novas políticas públicas de saúde mental, é preciso considerar a complexidade de ação e as diversas vertentes que a abrange. Saúde mental não pode ser limitada a uma área, como a psiquiatria, mas engloba diversas, como psicologia, psicanálise, psicopatologia, semiologia, neurociência, neurologia, sociologia, antropologia, geografia, filologia, filosofia, história, além da cultura e das religiões. Compreende saberes específicos de cada ciência, mas amplos no campo de visão, pois abrange o entendimento do ser humano no seu contexto social, familiar, com os fatores culturais que influenciam na sua formação e nas patologias mentais (AMARANTES, 2013).

Tal abrangência coloca a saúde mental em um contexto complexo de percepção do ser humano em toda a sua integralidade, de forma multidisciplinar e interdisciplinar. Há a necessidade de se estabelecer um diálogo entre os diversos profissionais em prol do cuidado dos usuários dependentes de álcool e outras drogas, respeitando os seus direitos à autonomia, saúde e reintegração social.

A escolha pelo tema da pesquisa justifica-se por uma experiência pessoal com uma pessoa dependente do álcool, que fora tratado em uma unidade do CAPSad localizada na região do semiárido da Bahia. Após ter a sua vida desestruturada, foi na referida unidade da rede de cuidados que esta pessoa encontrou o suporte necessário para a sua superação e resgate da saúde mental. Esta vivência me estimulou a buscar um aprofundamento a respeito do tema, a fim de compreender o processo de perda da

saúde mental pelo uso abusivo de substâncias psicoativas e de que maneira as políticas de atenção ao usuário de SPA, por meio do CAPS podem auxiliar na recuperação dos sujeitos dependentes.

Ao pensar em saúde mental como política pública, é preciso considerar as diversas questões que conduziram à construção e modernização do sistema público de saúde, à história da psiquiatria desde o formato de manicômios até as unidades dos CAPS (BRASIL, 2005).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 9).

Compreende-se que os CAPS, como parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), funcionam como estratégia de atendimento em saúde mental no território. Os CAPS assumem, assim, ações estratégicas de desenvolvimento de projetos terapêuticos na rede comunitária de cuidados (BRASIL, 2004). Dispensam:

[...] medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004, p. 12).

Para realizar as ações às quais se propõem, os CAPS estão setorizados e categorizados conforme critérios de perfil dos usuários. Para haver uma unidade de determinado tipo de CAPS em uma localidade, são considerados fatores, como o índice populacional e as suas necessidades. Os diferentes tipos de CAPS são:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004a, p.22).

As unidades de CAPSad distribuem-se e organizam-se de acordo com aspectos populacionais específicos e territoriais. A política de saúde mental considera território o lugar onde as pessoas se relacionam, convivem e constroem seus espaços, suas famílias, instituições e grupos. Assim a rede de atenção organiza-se com o objetivo de

contribuir com a saúde das pessoas de cada local que sofrem de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Entende-se por psicoativas, as substâncias que alteram o Sistema Nervoso Central (SNC) do sujeito, de forma a deprimi-lo, estimulá-lo ou perturbá-lo. O usuário é classificado pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), como experimentador; usuário ocasional; usuário habitual ou funcional; usuário dependente ou funcional. Esta última classificação se designa para aqueles que dependem das drogas, que também são chamados de adictos, dependentes químicos, drogadictos, toxicômanos, alcoolistas (dependentes de álcool). São sujeitos cuja vida social e familiar é comprometida, sendo acometidos por transtornos mentais (SCHENKER, 2008).

Esta experiência me conduziu à necessidade de conhecer estas unidades de maneira mais aprofundada, para contribuir com o conhecimento científico nesse tema. Ao conhecer alguns desses centros de apoio e conviver com pessoas dependentes, uma questão emerge: como se constitui a política de cuidados, para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares?

Assim, delineiam-se como objeto de estudo, as ações políticas para a saúde mental dos dependentes de substâncias psicoativas, com mais ênfase nos CAPSAd localizados no semiárido da Bahia.

Para responder o questionamento, a pesquisa se desenvolve com o objetivo geral de analisar as políticas de cuidados da dependência química no Brasil ao longo da história, identificando a rede de cuidados em um município do semiárido da Bahia. São objetivos específicos: conhecer a história das políticas de saúde mental no Brasil e a rede de cuidados; identificar os dispositivos legais dos cuidados com a dependência química de substâncias psicoativas (SPA); mapear a rede de cuidados à dependência química no semiárido da Bahia.

Para atender aos objetivos, optou-se pela metodologia de revisão bibliográfica de livros, leis, manuais, teses e artigos publicados, analisando e discutindo as contribuições culturais e científicas.

Segundo Bastos (2007), a pesquisa bibliográfica, por abranger diversos textos, inclusive os publicados na internet, permite a análise de um determinado assunto sob novo enfoque, por serem ampliadas as dimensões das referências. Assim, a vantagem desse tipo de estudo está em haver uma abrangência de fenômenos bem maior do que aquela feita na pesquisa de campo.

Após o levantamento dos dados, a pesquisa foi analisada e sua abordagem foi dividida nos seguintes tópicos: Breve olhar sobre a História da Saúde Mental no Brasil; A História da Dependência de Substâncias Psicoativas (SPA); Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad) e a Experiência no Semiárido da Bahia; e Considerações Finais.

BREVE OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Remontando a história da assistência psiquiátrica no Brasil, a partir do período colonial, entende-se o quão lento foi o avanço da saúde mental. Nesse período era bastante precária, ficando os doentes por conta dos curandeiros, das diversas matizes religiosas, principalmente a católica (DOBIES; FIORONE, 2010).

Entre os raros médicos existentes não havia especialistas em psiquiatria. Dessa maneira, os poucos hospitais da Irmandade Santa Casa serviam mais como abrigo do que como espaço de tratamento dos enfermos mais carentes. Esses, como não tinham abrigo ou possibilidade de se manter, eram acolhidos em locais com condições sanitárias precárias, piores do que se podia oferecer naquele momento histórico (MIRANDA-SÁ JR., 2007).

Só a partir do século XVIII a saúde mental no Brasil começa a sofrer mudanças substanciais. As transformações sociais ocorridas, devido à Revolução Francesa, com o pensamento positivista foram responsáveis pela valorização da ciência e necessidade de mudanças na medicina, com a criação do ramo da psiquiatria. Até então as pessoas tidas como loucas eram julgadas e tratadas misticamente, conforme os preceitos da Igreja Católica e as explicações filosóficas (MIRANDA-SÁ JR., 2007; MONDONI; ROSA, 2010).

Embora a psiquiatria defendesse a prática racional e o pensamento científico, haviam controvérsias, pois diversos cientistas não reconheciam o cientificismo nesse ramo da medicina, uma vez que não haviam provas contundentes, físicas das doenças mentais. Pinel (1745-1826), na França, fundador dessa especialidade médica, explicava que não havia fundamento orgânico nas doenças mentais. Essa afirmativa intensificava a visão de que a psiquiatria não poderia ser considerada ciência. Assim, diversos especialistas passaram a investigar as referidas doenças em busca de lesões que as justificassem (MONDONI; ROSA, 2010).

Mais tarde, o médico psiquiatra francês Morel (1809-1873), classifica as diversas doenças mentais, a partir da doutrina da degeneração e o psiquiatra alemão Kraepelin (1856-1926) aprimora ao traçar o perfil das personalidades psicóticas, dos homossexuais e criminosos como patologias. É avançando na classificação dos transtornos mentais, das patologias mentais, que as pessoas tidas como loucas passam a ser consideradas doentes, passíveis de tratamento, necessitando dessa forma, de uma instituição psiquiátrica (MONDONI; ROSA, 2010).

Nesse mesmo período, em 1852, no Brasil, emergem os hospícios, como abrigos para as pessoas quem sofre com doenças mentais. Com as buscas pela análise científica de tais problemas, em 1881 os hospícios são considerados instituições médicas. Mas apenas em 1912 é que a psiquiatria é considerada especialidade médica, no Brasil (MONDONI; ROSA, 2010).

À medida que as décadas passavam, os problemas nos hospícios cresciam. Havia cada vez mais internos e o acolhimento sem um cuidado especializado aumentava. As condições sanitárias pioravam de tal maneira que a partir da década de 1920, eclodiram tentativas de uma reforma, com os médicos psiquiatras brasileiros Juliano Moreira (1873-1932) e Ulisses Pernambucano (1892-1943) como primeiros artífices desta transformação na psiquiatria brasileira (MIRANDA-SÁ JR., 2007).

Entretanto, os hospícios passaram a ser cada vez mais degradados. Faltavam cuidados higiênicos e uma assistência humanizada. Estes locais de internamento eram palco de um tratamento desumanizado, sendo considerados cenários de clausula e esquecimento da condição humana (MONDONI; ROSA, 2010).

Só em 1970, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, se iniciou efetivamente uma grande mudança no tratamento político-social da saúde mental. As práticas de violência, tortura, descaso nos hospícios, continuavam frequentes, provocando em 1978, o movimento social em favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, desencadeado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) propõe, para substituir o modelo hospitalcentrico, o fim dos manicômios. O movimento envolveu diversos itens que consideram a descentralização da psiquiatria por meio da diminuição dos internamentos necessária à saúde mental dos pacientes (BRASIL, 2005).

Na década de 1980, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) propôs um projeto de lei que previa o processo de transição dos manicômios para as unidades de

atendimento comunitárias, com tratamento especializado e contextualizado com a realidade psicossocial dos pacientes (AMARANTES, 2013; BRASIL, 2005).

Assim, em 1987, foram criadas as primeiras unidades descentralizadas, denominadas Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em 1989, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dando início a uma nova história da Saúde Mental no Brasil. Nesse mesmo ano, o deputado Paulo Delegado (PT/MG), deu entrada ao Projeto de Lei cuja proposta assegurava os direitos da pessoa com transtornos mentais e previa a extinção progressiva dos manicômios. A Reforma Psiquiátrica, que já ocorria no campo médico, universitário e popular, atingiu o legislativo, normatizando as mudanças pelas quais se lutava a longas décadas (BRASIL, 2005; MONDONI; ROSA, 2010).

Assim, no final da década de 1990, haviam sido inaugurados 208 CAPS, contudo 92% da verba do Ministério da Saúde para a Saúde Mental era destinado aos hospitais (BRASIL, 2005; MIRANDA-SÁ JR., 1997; MONDONI; ROSA, 2010).

A HISTÓRIA DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA)

O Relatório Brasileiro sobre os usuários de Drogas (BRASIL, 2009) revela que dos sujeitos entrevistados de 12 a 65 anos de idade residentes nas cidades com mais de 200 mil habitantes, quanto ao uso de drogas na vida³, o maior índice de uso se encontra no nordeste com 27,6% e em seguida no sudeste com 24,5%.

O Relatório mostra que a maior incidência de dependência do álcool ocorre entre os sujeitos do gênero masculino. Em relação à faixa etária, a de maior incidência de dependência do álcool e outras drogas é entre 18 e 24 anos, seguida de 25 a 34 anos (BRASIL, 2009).

O consumo de substâncias psicoativas está associado a diversos fatores. Entre eles, pode-se citar o estresse social, as condições socioeconômicas, as questões culturais e os fatores psicológicos. Atualmente, com a possibilidade de rendimento financeiro excessivo, com a venda de álcool e outras drogas, cresce a facilidade para o

³ Os dados considerados referem-se ao I e ao II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em convênio com a Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – nos anos de 2001 e 2005, respectivamente. Dados publicados no Relatório brasileiro sobre drogas (BRASIL, 2009).

consumo na população de tal forma que o cuidado das pessoas dependentes passa a ser um problema de saúde pública (SCHENKER, 2008; VARGAS ET al., 2013).

Quando o indivíduo passa a fazer uso das substâncias psicoativas de forma compulsiva, sem considerar as suas consequências negativas, tem-se um caso de dependência, que pode ser física ou psíquica. A dependência pode caracterizar-se basicamente em tolerância à substância e síndrome da abstinência, na sua suspensão (PLANETA et al., 2007).

Diz-se dependente físico, o sujeito que sofre a adaptação de diferentes circuitos neurais que são atingidos pelas substâncias usadas. Há duas características básicas que identificam essa neuroadaptação: a tolerância à substância, com o uso prolongado; e a síndrome da abstinência, quando há a interrupção da utilização desses produtos (O'BRIEN, 2005 apud PLANETA et al., 2007).

À medida que a tolerância se desenvolve, o organismo passa a precisar da substância psicoativa em quantidades cada vez maiores e com maior frequência, para manter as suas funções. No momento da suspensão dessas substâncias, há um desequilíbrio do organismo, caracterizado como a síndrome da abstinência. Entre as reações que configuram tal síndrome, estão a sudorese, náusea, convulsões, câimbras e taquicardia, entre outros (PLANETA et al., 2007).

Todos os dependentes apresentam a síndrome da abstinência, independente da substância psicoativa; porém os sintomas diferem de acordo com a substância, como no caso da cocaína, que deixa a pessoa depressiva e sonolenta, e da maconha, que provoca agitação e irritabilidade. Após estas constatações, outra preocupação emerge entre os estudiosos: a ineficiência do uso de farmacológicos para tratar a síndrome; a verificação de que a síndrome se dá em tempo limitado; e mesmo após longo período de abstinência, sem apresentar sintomas da síndrome, o paciente pode incorrer em recaídas (PLANETA et al., 2007).

Essas preocupações conduzem ao avanço nas pesquisas, verificando-se que embora as substâncias proporcionem sensação de prazer, essa sensação por si só não justifica o fato de a pessoa tornar-se dependente apesar das consequências ruins, como o descontrole e os problemas físicos, psíquicos e sociais decorrentes. Assim deve se somar à tolerância e à síndrome da abstinência, a sensibilização comportamental ou motora (PLANETA et al., 2007).

A sensibilização comportamental resulta de adaptações neuroquímicas e moleculares do sistema dopaminérgico e tem sido proposta como um mecanismo subjacente a alguns aspectos da farmacodependência,

principalmente aqueles relacionados ao uso compulsivo da substância (ROBINSON, BECKER, 1986; NESTLER, HYMAN, ROBERT, 2001 apud PLANETA et al., 2007).

Como a dopamina aumenta a sensação de prazer e interfere no querer, há uma tendência neural em “buscar” a substância que produz essas sensações, repetidamente, a ponto de o “querer” transformar-se em desejo compulsivo, caracterizando a dependência. Também são sintomas da dependência, o abandono progressivo das outras fontes de prazer, para a dedicação em tempo prolongado ao consumo das substâncias; o consumir tais substâncias para recuperar-se de outros efeitos negativos; e a insistência em consumi-las a pesar de saber os danos provocados, segundo o ICD-10 (OMS, 2004).

Durante o processo de tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas feito em instituições psiquiátricas, o objetivo primordial era a abstinência. Vargas et al. (2013) esclarecem que essa forma de tratamento era feita em larga escala devido a ausência de políticas públicas claras de assistência a essa população específica.

Só a partir de 2002, com a criação do CAPSad, para atendimento aos dependentes de Álcool e Outras Substâncias (AOS), que essa realidade começa a mudar, priorizando-se a assistência em ambiente fora do hospital, o tratamento dos transtornos mentais decorrentes da dependência química, a recuperação e a reintegração social do paciente (ZALESKI et al., 2006).

O abuso de substâncias psicoativas é o transtorno de larga frequência entre os sujeitos com transtornos mentais. Desses os mais comuns são a depressão, o transtorno uni ou bipolar, de ansiedade, de conduta, déficit de atenção, a hiperatividade e a esquizofrenia. Estudos como os realizados pelo Epidemiologic Catchment Área Study (ECA) revelam que metade da população com uso abusivo de álcool e outras substâncias apresenta outro transtorno sendo a prevalência de depressão de maior incidência. Verifica-se também que o uso de AOS por pessoas com outros transtornos mentais muitas vezes é feito com a justificativa de aliviar o sofrimento, diminuir a ansiedade, encorajar, entre outros motivos (ZALESKI et al., 2006).

A superposição de sintomas que podem ser atribuídos a um transtorno pode está mascarando outro transtorno. Em alguns casos, sintomas que parecem ser de um quadro depressivo, por exemplo, podem ser reação do transtorno da dependência de AOS. Por essa razão, faz-se necessário um diagnóstico criterioso, para a realização de

uma assistência que atenda às reais necessidades do paciente. Quando a dependência é cuidada em um serviço e outros transtornos mentais são cuidados em outros serviços, o entendimento das comorbidades que afetam os sujeitos pode ser prejudicado, tendo como consequência um prognóstico equivocado. Daí a necessidade de se realizar um atendimento integral, sendo essencial o diálogo entre os diversos profissionais (ZALESKI et al., 2006).

CONSEQUÊNCIAS DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), o tabaco e o álcool são causas significativas de mortalidade e incapacidade nos países desenvolvidos, havendo uma carga muito grande de doenças decorrentes do consumo de tais substâncias; com a previsão de continuarem liderando no ano de 2020.

Quanto às doenças sobrepostas ao uso de substâncias injetáveis, é citado o HIV/AIDS, correspondente nesse ano de 2004 a 2,1 milhão de pessoas no mundo, ou seja, e 5% das pessoas doentes foram infectadas devido o uso de substâncias injetáveis. A OMS (2004) sugere um tratamento conjunto, para os sujeitos com a dependência de drogas e portadores do HIV/AIDS.

No caso do álcool, entre outras doenças crônicas consequentes, a cirrose do fígado, transtornos mentais, síndrome alcoólica fetal, neoplasias e doenças cardiovasculares. No caso do tabaco, neoplasias, doenças cardiovasculares, pulmonares, baixo peso ao nascimento e queimaduras. Quanto às drogas injetáveis, como cocaína e heroína, podem ser consequências, os vírus das hepatites B e C e o HIV. Já a cocaína tem sido responsável pela *angina pectoris*, em muitos casos relatados no Canadá (OMS, 2004).

Além das doenças crônicas, são também efeitos biológicos, agudos ou a curto prazo, a overdose, para drogas do tipo opióides e para o álcool. A fragilidade na coordenação física, na concentração e discernimento prejudicam ações do cotidiano, como dirigir, fazer uso de utensílios domésticos cortantes, podem ocasionar acidentes, pondo em risco a integridade física dos doentes e de outras pessoas com as quais convive. Também são consequências o suicídio e a agressão. Por fim, são efeitos agudos e graves os problemas sociais, como perda do emprego, desestrutura familiar e detenção (OMS, 2004).

DISPOSITIVOS LEGAIS DE CUIDADO

Em 2006 entra em vigor a Lei 11.343/2006, que substitui a Lei 6.368/76, instituindo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). De acordo com o seu Art. 1º, parágrafo único, são consideradas drogas “as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União” (BRASIL, 2006).

Com base nessa afirmação, entende-se que há dois grupos de drogas: um de substâncias permitidas, legalizadas, como o álcool, o tabaco e fármacos; e outro de substâncias ilegais, como a maconha e a cocaína. De acordo com a referida Lei, há dois tipos básicos de crime associados às drogas: o porte para consumo pessoal e o tráfico de drogas. Assim, conforme o Artigo 28, ao se adquirir, manter em depósitos, guardar ou transportar, ou ainda mantiver consigo, o indivíduo estar sujeito a penas, como: “1) advertência sobre os efeitos das drogas; 2) prestação de serviço à comunidade; 3) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (BRASIL, 2006). Em relação ao crime de tráfico, o Artigo 33 da mesma Lei determina a pena de reclusão de 5 a 15 anos o pagamento de 500 a 1.500 dias/multa.

Como consequências desses dispositivos legais de criminalização e proibição, segundo Maronna (2011), a ONU defende que há um número estabilizado de pessoas que traficam ou consomem drogas ilícitas, apontando que no mundo, 5 milhões de pessoas morrem decorrente do uso do tabaco; 2,5 milhões por causa do álcool e 200 mil devido as drogas ilegais.

Para amenizar a situação epidêmica do uso de álcool e tabaco, Maronna (2011) defende a criação de Políticas de Saúde Pública que vão gradativamente conscientizando e restringindo o uso excessivo, como por exemplo, a Lei Seca, a proibição do uso de cigarro em ambientes fechados, entre outras medidas.

Essas medidas podem amenizar o problema, mas percebe-se que ainda não resolvem. Assim, a sociedade carece de medidas de cuidado daqueles cuja dependência já é uma realidade. Os alcoolistas e dependentes de outras substâncias psicoativas passam a ser percebidos pela ONU e pelas instituições de saúde, como sujeitos que precisam de políticas públicas que considerem os seus problemas psíquicos, fisiológicos e sociais, trocando as medidas coercivas por ações que

promovam o reestabelecimento da saúde mental e da inclusão social (UNODOC, 2010).

Como formas de persuasão para o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas que respondem por crimes, sejam eles o de tráfico ou outros, a UNODOC (2010) cita o Tratamento voluntário, sem a ameaça de sanções penais; humanização do tratamento, aliando saúde, educação e reintegração social; tratamento compulsório: detenção ou internação para tratamento a curto prazo; tratamento em longo sem consentimento. Essas medidas variam em cada país, que tem sua legislação própria.

No caso do Brasil, Maronna (2011) salienta que há uma tendência em criminalizar como traficante, o usuário de drogas, como forma de coibir o uso, com a justificativa de que esse pode influenciar a expansão do tráfico. Assim, aplicam-se mais medidas punitivas, do que de prevenção e cuidado. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a necessidade de se avaliar o uso abusivo e a dependência de álcool e outras substâncias psicoativas de maneira a perceber as implicações na saúde mental, física e social dos sujeitos dependentes.

Assim o Ministério da Saúde, por meio da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, defende que:

[...] a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (SOUZA et al., 2007, p. 211).

Por meio dessas medidas de cuidado, pretende-se reduzir os danos causados aos usuários, promover o acesso aos meios de cuidado da saúde e de reintegração social, bem como combater o preconceito, devido os estigmas enraizados nesses sujeitos devido à cultura de exclusão que se alonga na história do povo brasileiro (CORREIA, 2013).

Estigma significa uma marca de uma lesão ou um corte que permanece na pele. Pode simbolizar o sagrado, como as chagas de Cristo, ou coisas ruins, marcas para identificar aquelas pessoas que deveriam ser afastadas das outras. Na sociedade contemporânea este último conceito se expandiu para novas situações, como uma forma de categorizar os indivíduos de acordo com os comportamentos aceitáveis ou não. Dessa forma, as pessoas com doenças mentais, entre elas, os usuários das substâncias psicoativas, foram ao longo de décadas, estigmatizadas e excluídas da

convivência social, internadas em manicômios e tratadas como seres inferiores desprovidos de direitos ou ainda privadas de sua liberdade, detentas em presídios (CORREIA, 2013).

Com a implantação de políticas públicas que façam reconhecer os direitos dessas pessoas, a doença mental tende a deixar de ser vista como um estigma; e o doente tem mais chances de reintegração social, tratamento digno e recuperação (CORREIA, 2013). O CAPS-ad tem esse propósito: o de reintegrar as pessoas com transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas, por meio do cuidado psicossocial, de forma integral.

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS-AD) E A EXPERIÊNCIA NO SEMIÁRIDO DA BAHIA

CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO SEMIÁRIDO BAIANO

Segundo a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), o Semiárido brasileiro é formado por uma área que tem como característica principal, o balanço hídrico negativo, consequência de escassez de chuva, forte insolação e temperaturas elevadas. As chuvas se concentram em apenas 3 meses por ano e são irregulares, concentrando-se em poucos lugares. Também preciso considerar as questões de desenvolvimento socioeconômico de tais localidades, por haver uma correlação com os fatores ambientais. Assim, para compreender melhor tais municípios, convém contemplar o Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (LOBÃO; FRANCA ROCHA; FREITAS, 2004).

Dessa forma, após diversas mudanças, em 2005 foram incorporados ao semiárido, mais 8 municípios, totalizando 265 só na Bahia, correspondendo a 23,4% em relação aos outros estados, segundo o Censo Agropecuário de 2006 feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Integração Nacional. A Bahia possui também a maior área (40%) e a maior população semiárida (30,9%). Com uma população de cerca de 6,4 milhões de habitantes e uma densidade demográfica relativamente baixa (16,4 hab/km²), tem grande relevância sobre a possibilidade de dispersão da população urbana. Assim, há uma tendência por uma

ocupação cada vez maior de tais municípios, à medida que são criados programas de desenvolvimento socioeconômico da região (NASCIMENTO, 2010).

Para compreender o semiárido baiano, é preciso atentar-se para as suas complexidades econômicas, a questão da pobreza, dos poucos recursos para o desenvolvimento humano, a fim de melhorar as políticas públicas que estabeleçam uma convivência socioeconômica e ambiental entre as faces urbana e rural (NASCIMENTO, 2010).

A esse respeito, Brandão (2007, p. 205) afirma:

Nunca as diversidades produtivas, sociais, culturais, espaciais (regionais, urbanas e rurais) foram usadas no sentido positivo. Foram tratadas sempre como desequilíbrios, assimetrias e problemas. A equação político-econômica imposta ao país pelo pacto de dominação oligárquico das elites, cuja lógica aponto muito sinteticamente neste texto, travou o exercício da criatividade “dos de baixo”, procurando impedir sua politização.

Dessa forma é preciso voltar o olhar para as pessoas, sua forma de viver, produzir e pensar, de maneira a superar o estigma dicotômico em relação ao povo sertanejo. É preciso modificar o olhar, para que se perceba as potencialidades da região, para além das dificuldades decorrentes da escassez de chuva e principalmente, da exclusão social (NASCIMENTO, 2010).

Em relação aos aspectos econômicos, a região semiárida tem um forte histórico de desenvolvimento agropecuário, destacando-se na região do Piemonte da Chapada, cuja cultura do sisal perdurou por diversas décadas do século XX, declinando-se a partir da década de 1960, quando se expandiu mais a pecuária. A cultura do sisal, assim como do ouricuri tem bases na triste realidade do trabalho infantil e por outro lado foram responsáveis pela modernização do município. Há também uma grande incidência de área cultivada, para agricultura de subsistência, bem como muitas áreas transformadas em pasto (NASCIMENTO, 2008).

Embora o longo período de estiagem, o que prejudica a lavoura, o Município conta com o maior percentual de área plantada em relação aos outros municípios, segundo dados da Produção Agrícola Municipal (PAM-IBGE). Dessa forma, faz parte do grupo de municípios denominados por região do sisal, sendo referência no cultivo dessa fibra (NASCIMENTO, 2008).

Atualmente, segundo dados da Prefeitura Municipal (2014), a economia do Município, distribui-se entre o comércio, a pecuária, a agricultura e a extração mineral. Na agricultura, as produções mais intensas são de mamona, mandioca, cana-de-açúcar, feijão, milho e frutas. No setor mineral,

destaca-se a produção de manganês, cobre e volfrâmio. Na pecuária, desenvolvem-se os rebanhos bovinos, suínos, caprinos e ovinos. Quanto ao comércio, há 1.200 estabelecimentos, 356 bares e 31 indústrias de pequeno porte. Há ainda cinco bancos, três públicos e dois privados. Quanto à área de hospedagem, são oferecidos 1.130 leitos.

Conforme a Prefeitura Municipal (2014), quanto aos aspectos culturais, destacam-se o artesanato, o folclore, o samba de lata, a corrida de argolinha, quadrilhas, o terno de reis, a roda do Palmeira e o desfile de Carroça. Suas festas juninas se sobressaem em relação ao Nordeste brasileiro, atraindo muitos turistas para a cidade. Na culinária, o cuscuz, mugunzá, rapadura, umbuzada e o licor de jenipapo evidenciam os alimentos característicos da região sertaneja.

Esse universo de significados, crenças, valores e atitudes demonstra o aspecto sociocultural. A região também se destaca pela grande quantidade de minérios que atrai o alto número de imigrantes do sexo masculino que abusam do álcool, drogas e das mulheres refletindo alto índice de gravidez indesejada e abandono dos filhos. As comunidades que sobrevivem de trabalho com baixa remuneração e de programas assistenciais, outros desempregados são afetadas pela falta oportunidade profissional e a população rural por suas necessidades particulares e locais que podem gerar o uso abusivo das SPA`s, consequente desagregação familiar, negligência e violência.

O CONSUMO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO DO SEMIÁRIDO

O consumo do álcool e outras drogas entre a população jovem e adulta no semiárido baiano é bastante expressivo. A cultura de frequência a bares e festas constantes e a convivência com bebidas alcoólicas tradicionais, como o licor, por exemplo, elevam o número de pessoas usuárias de tais substâncias. De acordo com Santos e Ferreira (2007, p. 41) dentre a população jovem de 15 a 19 anos de idade, pesquisada pelos autores, “64,84% já haviam tido contato com algum tipo de droga, dos quais 88% tinham tomado contato com álcool, 26,22% já haviam experimentado cigarro e 16,44% tinham utilizado maconha pelo menos uma vez”. O número de 88% para o consumo de álcool demonstra que o consumo de bebidas alcoólicas é uma prática comum, elevando o índice de pessoas dependentes e consequentemente, com problemas de saúde mental.

Tal estudo também revela que o desconhecimento ou conhecimento parcial da população a respeito dos efeitos do álcool também é grande e que o seu uso constante tem acarretado em déficit de aprendizagem, evasão escolar e os problemas sociais decorrentes dessa, como o desemprego e desequilíbrio familiar (SANTOS; FERREIRA, 2007).

As motivações para o consumo de substâncias psicoativas variam entre a curiosidade, o desejo de ficar animado, a sensação de prazer e a diminuição da ansiedade. Outros fatores que influenciam são a baixa renda familiar, a baixa escolaridade materna e/ou paterna e a influência do companheiro e colegas de trabalho. Entre os aspectos ambientais, destaca-se a presença do tráfico de drogas no local de moradia dos usuários, bem como a facilidade de acesso às bebidas alcoólicas.

Entre as consequências do uso abusivo do álcool no semiárido baiano, se sobressaem a prática sexual com pessoa pouco conhecida, os conflitos familiares, as brigas e discussões, o absenteísmo e uso de outras substâncias psicoativas associadas ao álcool. Entre essas substâncias, destacam-se o uso de maconha e tabaco (MATOS et al., 2010).

OS CAPS-AD NO SEMIÁRIDO BAHIANO

O Semiárido baiano conta com média de 11 unidades de CAPS-ad, distribuídas entre as principais cidades do estado (OLIVEIRA et al., 2012).

As unidades oferecem serviços de atendimento diário, das oito às dezoito horas, de segunda à sexta-feira, às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. Inclui atendimento terapêutico individualizado e contínuo e terapias de grupo. O CAPSad deve receber o apoio do hospital geral, com disponibilização de leitos psiquiátricos e de outras ações de cuidado, com intervenção comunitária e domiciliar (SOUZA, 2007).

Entre os serviços disponibilizados pode-se citar:

Atividades como atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo, oficina terapêutica e visita domiciliar. Além disso, devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (SOUZA et al., 2007, p. 211).

Esta estrutura é padrão em todas as unidades de CAPS ad. Segundo a coordenação de uma das unidades, os pacientes chegam ao local por espontânea

vontade ou por encaminhamento de outros setores de saúde do município. Ao chegar, são cadastradas, avaliadas, acolhidas e encaminhadas para o tratamento, que pode ser em regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. O tratamento intensivo consiste em uma permanência diária do usuário, das 8 às 16 horas na unidade, de segunda a sexta-feira, que é o horário de funcionamento da unidade. Nesse período recebe os medicamentos necessários, lanche, almoço, é atendido em consultas médicas, psicológicas e participa de terapias ocupacionais e em grupo. O tratamento semi-intensivo consiste nas mesmas ações, sendo que o paciente frequenta a unidade de 2 a 3 vezes por semana. E o tratamento não intensivo consiste em uma visita semanal, para as consultas médicas agendadas.

Das pessoas cadastradas, muitas evadem, principalmente quando se sentem seguras, mas a maioria tem recaídas. Segundo Souza (2007), os CAPS ad deveriam estabelecer uma escala de acolhimento, para o acompanhamento dos usuários e realizar a busca dos faltosos, com visitas e intervenções comunitárias. Deveria buscar parceria com outras instituições da comunidade, como escolas, igrejas e associações de moradores. Essas intervenções deveriam ser feitas em parceria com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), dos bairros onde residem os usuários e com a equipe do Serviço de Redução de Danos.

Dessa maneira, acredita Souza (2007) que haveria melhores resultados, uma vez que a comunicação seria mais eficiente e mais próxima, podendo ainda haver uma parceria entre os profissionais, ex-usuários e não-usuários de drogas, quem têm mais facilidade de inserção na comunidade.

Quanto ao aspecto físico, a unidade segue um modelo padrão, contando com 3 consultórios e um leito. São prestados serviços próprios da unidade, de acordo com as especificidades dos casos atendidos. Além dos serviços de apoio, que dão suporte para a manutenção da infraestrutura da Unidade, há os serviços especializados ambulatoriais, mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com característica própria, que são: serviço de atenção à saúde dos adolescentes em conflito; serviço de atenção psicossocial e serviço de controle do tabagismo (CNES, s.n.t.).

Quanto aos profissionais, a unidade desse município do semiárido conta com 38 funcionários. Há 5 faxineiros, 2 psicólogos clínicos, 2 gerentes administrativos, 1 nutricionista, 1 serviços gerais, 1 cozinheiro geral, 3 enfermeiros, 3 vigias, 1 auxiliar de escritório, 2 farmacêuticos analistas clínicos, 1 médico clínico, 1 artesão com material reciclável, 3 auxiliares de enfermagem, 3 assistentes sociais, 1 técnico de

enfermagem, 1 atendente de enfermagem, 1 cirurgião dentista clínico geral, 1 pedagogo e 1 médico psiquiatra. Desses funcionários, a maioria é do gênero feminino e contratada há mais de 3 anos.

Quanto ao perfil do trabalho realizado e dos usuários, gira em torno da inclusão social dos usuários e reestabelecimento da saúde mental. O modelo descentralizado implica em um atendimento diurno, sem internação e a manutenção do usuário no seu local de convivência familiar e social. A esse respeito, Monteiro et al. (2011, p. 94) afirmam:

A metodologia do CAPS-ad proporciona um acompanhamento sem o afastamento do convívio social. Ao mesmo tempo em que isso é positivo e atende à Política Pública de Saúde Mental, desde a Reforma Psiquiátrica, de inclusão, deixa o usuário exposto às possibilidades de recaídas, principalmente os alcoolistas, devido à facilidade de apelo da sociedade.

Por essa razão, entende-se que há a necessidade de reforçar o tratamento, por meio da motivação constante e de “estratégias de prevenção de recaídas o mais precocemente possível e garantir maior adesão ao tratamento por um número cada vez maior de pessoas que procuram os CAPS-ad” (MONTEIRO et al., 2011, p. 94).

Nos grupos de apoio do CAPS ad, por exemplo, são feitos combinados, uma espécie de contrato, pelo qual todos se comprometem a manter o sigilo, a ser assíduos e manter a abstinência da substância, seja ela o álcool ou outras drogas. Se ocorrem recaídas, o usuário deve receber o apoio dos demais integrantes do grupo, que compartilham as próprias experiências. Há momentos em que os familiares também são convidados a participar do grupo, sendo acolhidos, para compartilhar suas vivências e receber o apoio necessário (SOUZA, 2007; TRAD, 2010).

“Com a porta aberta à espera do imprevisível, o CAPS AD acolhe as pessoas em sua singularidade, fazendo desta a grande aliada na construção de caminhos possíveis” (SANTOS, 2011, p. 139).

Esse modelo psicossocial do CAPS amplia e resignifica a concepção de atenção à saúde mental. Não se reduz mais às dimensões corporal e moral da dependência. Sua abordagem ultrapassa a questão clínica e atinge o campo sociopolítico. Inclui uma participação da comunidade, dos familiares e dos usuários para o controle social e a recuperação de cada indivíduo, de cada cidadão (OLIVEIRA, 2006).

Dessa forma os CAPS-ad se constituem como espaços de interlocução, de diálogo, se contrapondo à ideia anterior à reforma psiquiátrica de inquérito,

monólogo. Sua concepção sobre a integralidade do usuário em relação ao território e à ação terapêutica conduz os trabalhos para a inclusão autônoma dos indivíduos no próprio processo de cuidado, onde eles são percebidos como protagonistas da sua própria história de superação e recuperação da saúde mental (OLIVEIRA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de atenção psicossocial realizados nas unidades do CAPS-ad são em geral um diferencial no cuidado de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. A sua política de descentralização, aproximação da comunidade e protagonismo dos usuários é retrato das mudanças ocorridas na forma de se pensar sobre saúde mental, doença mental e dependência química.

Os usuários vão deixando de ser vistos pela sociedade, gradativamente, como deficientes, marginais ou inúteis, que merecem ser excluídos do convívio social, para ser considerados como pessoas que precisam de ajuda, pois são capazes de recuperar-se desde quando recebam os cuidados necessários.

A palavra necessidade nesse contexto de política de saúde mental transita da visão de proteção dos privilégios e conforto da classe dominante para o direito dos dependentes químicos a todos os recursos psicossociais que todo cidadão brasileiro deve ter. Assim, esse novo modelo impõe aos familiares, à comunidade, aos capitalistas e ao poder público uma nova postura, onde se devem superar os preconceitos, cuidar e oportunizar meios para a recuperação e reintegração social dos sujeitos usuários.

O fato de o CAPS-ad não incluir internação reforça a necessidade de os familiares participarem do cuidado. O atendimento diário, realizado por meio de uma equipe multiprofissional, que inclui diversas ações, entre elas oficinas psicoterapêuticas, se mostrou válido para aqueles que têm um reforço familiar e conseguem realizar ações fora das unidades, participando de outros grupos sociais.

Entretanto, há aquelas pessoas que, ao se sentirem curadas, se afastam do CAPS-ad e têm recaídas, retornando ao comportamento vicioso. Nesse ponto, os profissionais mostram a sua dimensão social, ao buscarem esses usuários no seu local de moradia, para que retornem ao tratamento. Muitos desses retornam e conseguem superar a fase crítica.

Hoje, com as unidades do CAPS-ad expandidas para cidades do semiárido baiano, seu raio de alcance aumentou, possibilitando a muitos jovens, mulheres e adultos, trabalhadores rurais, a recuperação da sua saúde mental. Esse fato evidencia que é preciso cada vez mais estar próximo dessas pessoas, dialogando e fazendo intervenções de maneira a entender as suas necessidades particulares e locais, para que elas possam superar seus próprios problemas. Ao recuperar a autoestima, sentirem-se atuantes na comunidade, sentem-se mais fortes para prosseguir na sua vida diária, livres dos problemas causados pela dependência das substâncias psicoativas.

Que o CAPS-ad é um grande avanço em política de Atenção em Saúde Mental, não há dúvidas. Mas ainda é preciso melhorar, com maiores investimentos do poder público e a ampliação para os serviços 24 horas, disponibilizando profissionais no turno noturno e nos fins de semana. Há muitos momentos críticos que poderiam ser evitados, se houvessem essa possibilidade de atendimento emergencial.

As ações desenvolvidas pelo CAPS ad demonstram uma visão a respeito das SPA que convergem com a legislação, ao serem consideradas objeto de vício, dependência e causadores de transtornos mentais. Entretanto divergem ao se pensar sobre o cuidado dos usuários. Se para a lei esses têm um tratamento mais punitivo do que preventivo, além da proposta de reabilitação, para os profissionais do CAPS ocorre o contrário.

É preciso que o CAPS-ad avance também, na inclusão das pessoas consideradas incapazes de locomover-se e dirigir-se às unidades de maneira autônoma. A recuperação da autonomia de determinados sujeitos dependentes de SPA exige uma ação conjunta entre os profissionais do CAPS e os familiares de forma mais efetiva.

O presente artigo é imprescindível para os estudantes e profissionais de saúde que desejam se aprofundar no tema em questão e serem promotores da saúde mental, por meio das políticas dos CAPS-ad.

Sugere-se um avanço nas pesquisas, buscando estudos que fundamentem e apontem para caminhos diferentes que elevem o trabalho dos CAPS- ad a um patamar de acolhimento, prevenção e cuidado daqueles que necessitam de manter ou resgatar a sua saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; FLORES, Antoníele Carla Stephanus; SCHEFFER, Morgana. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. **Revista Usp**, São Paulo, n.43, p. 100-125, setembro/novembro 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/43/10-naomar.pdf>> Acesso em: 23 set 2014.

AMARANTES, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial** [livro eletrônico]. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=Ihb0AgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&authuser=0&hl=pt_BR&pg=GBS.PT1> Acesso em: 25 Ago. 2014.

_____. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
BASTOS, Núbia M. Garcia. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 4. ed. Fortaleza: Nacional, 2007.

BASTOS, Núbia M. Garcia. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 4. ed. Fortaleza: Nacional, 2007.

BRANDÃO, A. C. **Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007. 238 pág.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Presidência da República. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP. (Organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso). Brasília: SENAD, 2009.

_____. Presidência da República. LEI 11.343/2006 (LEI ORDINÁRIA) 23/08/2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas –

SISNAD. **D.O.U. de 24/08/2006, p. 2**. Brasília: Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em: 12 set. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal de Saúde [internet]. **Saúde Mental**. Sistema Único de Saúde [SUS]. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/saude-para-voce>> Acesso em 14 out. 2014.

CRPSP. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <<http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crp-alcool-e-outras-drogas.pdf>> Acesso em: 25 Ago. 2014.

CORREIA, Orlanda. Estigma Social. **Revista Bipolar**. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. n. 46. 2013. Disponível em: <<http://adeb.pt/ficheiros/uploads/86784c3d7495cdf54ef44da8d7061775.pdf>> Acesso em: 23 Set. 2014.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelecimento de Saúde**. DATASUS. CNESNET [internet]. [s.n.t.]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2930106528260> Acesso em: 14 out 2014.

DOBIES, Daniel Vannucci; FIORONI, Luciana Nogueira. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

LOBÃO, Jocimara Souza Britto; FRANCA ROCHA, Washington de J. S; FREITAS, Nacelice Barbosa. Semi-árido da Bahia, limites físico ou sócio-político? Uma abordagem geotecnológica para a delimitação oficial. **Anais - I I Simpósio Regional de Geoprocessamento e Sensoriamento Remoto**. Aracaju/SE, 10 a 12 nov. 2004. Disponível em: <<http://www.cpatc.embrapa.br/labgeo/srgsr2/pdfs/poster15.pdf>> Acesso em 22 nov 2014.

MARONNA, Cristiano Ávila. Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos. In: **Álcool e Outras Drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. p. 51-9.

MATOS, Analy Marquardt de et al. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Nov. 2014.

MIRANDA-SA JR., Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n.

2, Ago. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

MONDONI, Daniel; ROSA, Abílio da Costa. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 1, Mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Set. 2014.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em Caps-Ad do Piauí. **Esc Anna Nery** (online.) v.1 n.15. jan-mar. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set 2014.

NASCIMENTO, Humberto Miranda do. Semiárido brasileiro e baiano: dimensão territorial e estratégia de desenvolvimento. APRESENTAÇÃO ORAL- Desenvolvimento Rural, Territorial e regional. **48º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural - SOBER**. 25 a 28 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/15/1199.pdf>> Acesso em 22 nov. 2014.

_____. A convivência com o semi-árido e as transformações socioprodutivas na região do SISAL – Bahia: por uma perspectiva territorial do desenvolvimento rural. **Campo-Território: revista de geografia agrária**, v.3, n. 6, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/campoterritorio/article/viewFile/11869/6945>> Acesso em: 21 nov. 2014.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

OLIVEIRA, Gerson et al. **Serviço de Saúde Mental**. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Sociedade Holon. Complexo Comunitário Vida Plena. Governo do Estado da Bahia. Ago. 2012.

OMS. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**: cuidar, sem – excluir, não. Organização Mundial de Saúde, 2005.

Disponível em:

<http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf> Acesso em: 6 nov. 2014.

PLANETA, Cleopatra da Silva et al. Ontogênese, estresse e dependência de substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322007000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENHOR DO BONFIM. **Economia** [online]. Nov. 2014. Disponível em: <<http://senhordobonfim.ba.gov.br/economia/>> Acesso em: 21 nov. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENHOR DO BONFIM. **Turismo** [online]. Nov. 2014a. Disponível em: <<http://senhordobonfim.ba.gov.br/economia/>> Acesso em: 21 nov. 2014.

SANTOS, Vagson L. de C.; FERREIRA, Edna M. de O. Estudo bioquímico-físico dos efeitos das drogas no corpo humano: uma proposta interdisciplinar. Escola Agrotécnica Federal de Senhor do Bonfim/BA. **Cadernos Temáticos**, n. 14 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.ifbaiano.edu.br/unidades/bonfim/files/2014/02/cadernos-tematicos-2007.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2014.

SCHENKER, Miriam. **Valores Familiares e Uso Abusivo de Drogas**. [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<https://play.google.com/store/books/details?id=2BX0AgAAQBAJ>> Acesso em: 22 set 2014.

SOUZA, Jaqueline de et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **Revista Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n. 15. v.2 abr/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>> Acesso em: 22 set 2014.

TRAD, Sergio do Nascimento Silva. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. (Tese de doutorado). Universitat Rovira I Virgili. 2010. Disponível em: <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/34577/TESI.pdf;jsessionid=657C9F64C92F9925E7482AD90D7AB5E2.tdx?sequence=1>> Acesso em: 10 out 2014.

UNODOC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição**. Documento para discussão. Nações Unidas, Nova York, 2010.

VARGAS, Divane de et al. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad) sobre o dependente químico. **Esc Anna Nery**. v. 17 n.2. abr – jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

ZALESKI et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 28 n.2. Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 ago. 2014.