

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSOCIAL

JADE TAUANY DE SOUSA BARROS
THALITA DUTRA DE ABREU

REDE DE CUIDADOS PARA REABILITAÇÃO PSICOSOCIAL NOS CAPS
ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DO MARANHÃO: Uma revisão da literatura

São Luís
2018

JADE TAUANY DE SOUSA BARROS
THALITA DUTRA DE ABREU

**REDE DE CUIDADOS PARA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NOS CAPS
ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DO MARANHÃO: Uma revisão da literatura**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade LABORO, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof^a. Msc. Melcka Yulle Conceição Ramos

São Luís
2018

Barros, Jade Tauany de Sousa

Rede de cuidados para reabilitação psicossocial nos CAPS álcool e drogas do estado do Maranhão: uma revisão da literatura / Jade Tauany de Sousa Barros; Thalita Dutra de Abreu -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

22 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Faculdade LABORO. - 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Melcka Yulle Conceição Ramos

1. Política de Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Jovens. 4. CAPS AD. 5. Rede. I. Título.

CDU: 613.86

**REDE DE CUIDADOS PARA REABILITAÇÃO PSICOSOCIAL NOS CAPS
ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DO MARANHÃO: Uma revisão da literatura**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade LABORO, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Aprovação em / /

Prof^a. Msc. Melcka Yulle Conceição Ramos (Orientadora)

1ºExaminador(a)

2ºExaminador(a)

REDE DE CUIDADOS PARA REABILITAÇÃO PSICOSOCIAL NOS CAPS ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DO MARANHÃO: Uma revisão da literatura

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas é considerado, atualmente, o mal do século. O Ministério da Saúde considera que o consumo de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia. Desta forma, este trabalho buscou descrever a rede de cuidados para os usuários de drogas ou substâncias psicoativas atendidos no CAP's álcool e drogas do Estado do Maranhão. Sabe-se que 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 de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Utilizou-se como percurso metodológico a pesquisa bibliográfica e uma análise qualitativa, através de leis e demais obras de autores estudiosos da temática. Conclui-se, portanto que educar a população é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool e outras drogas; aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido dessas substâncias. As opções de atenção disponíveis, bem como seus benefícios, devem ser amplamente divulgadas.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Saúde Mental. Jovens. CAPS AD. Rede.

ETWORK OF CARE FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN THE CAPS ALCOHOL AND MARANHÃO STATE DRUGS: A review of the literature

ABSTRACT

The use of psychoactive substances is now considered the evil of the century. The Ministry of Health considers that the consumption of alcohol and other drugs is a matter of public health and not public safety or police. In this way, this work sought to describe the network of care for users of drugs or psychoactive substances attended to in CAP's alcohol and drugs in the State of Maranhão. It is known that CAPS are institutions designed to welcome patients with mental disorders, to stimulate their social and family integration, to support them in their initiatives to seek autonomy, to offer them medical and psychological care for users and their families. CAPS are the main strategy of the psychiatric reform process. Bibliographic research and a qualitative analysis were used as a methodological course, through laws and other works by authors who study the subject. It is concluded, therefore, that educating the population is fundamental, as it promotes the reduction of the obstacles related to the treatment and the integral attention directed to the consumers of alcohol and other drugs; increasing the collective consciousness about the frequency of the disorders caused by the misuse of these substances. The available care options, as well as their benefits, should be widely disseminated.

Key Words: Health Policy. Mental Health. Youth. CAPS AD. Network.

1INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas, ocorreram várias mudanças na assistência à saúde mental. Isto foi necessário por que as pessoas com transtornos mentais decorrente de uso abusivo de drogas (lícitas e ilícitas) só tinham como opção a internação psiquiátrica. Este modelo foi rejeitado por ser hospitalocêntrico, centrado no médico, inadequado com relação à estrutura física (fechada) do hospital, inadequado para execução de projetos terapêuticos específicos e incentivo ao preconceito e à estigmatização (BRASIL, 2001).

Por estes motivos, a reforma psiquiátrica brasileira tem substituído os grandes hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência à saúde mental, que procura dar maior espaço e importância aos serviços extra-hospitalares.

Uma rede de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas deve também levar em consideração: a heterogeneidade brasileira; a relação entre o uso de álcool e outras drogas e a cultura; as implicações ocupacionais, familiares e para a sociabilidade; as questões éticas e legais; a multiplicidade, a particularidade e a subjetividade dos usuários (BRASIL, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossociais – (CAPS AD) possuem um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde. Estas instituições devem desenvolver projetos terapêuticos e comunitários; dispensar medicamentos; encaminhar e acompanhar pacientes que moram em residências terapêuticas; assessorar e dar retaguarda para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família (BRASIL, 2001).

Os principais objetivos dos CAPS AD são: prestar atendimento em regime de atenção diária, funcionando de 07h30 as 17h, durante 05 (cinco) dias úteis da semana, mantendo 02 (dois) leitos para desintoxicação e repouso; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados; promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar, junto com o gestor local,

as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Os CAPS AD oferecem atendimento diário à população que apresenta graves 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, para pacientes que não necessitam de tratamento hospitalar; com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2001).

Neste campo da dependência química, vale destacar a situação atual que vem sendo enfrentada pelo município de São Luís, capital do Maranhão, cidade com população estimada em um milhão de habitantes, e que não possui este serviço (BRASIL, 2002).

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde/MA, propõe a criação de CAPS AD objetivando o tratamento destes e propondo a integralidade da assistência através da construção de ações que possibilitem a inclusão social.

O interesse pela temática se deu a partir da necessidade de investigar o funcionamento do Centro, uma vez que uma das autoras deste estudo estagiou em um CAPS AD e observou a falta de determinados direitos que muitos usuários enfrentavam ao chegar à instituição - por exemplo, o passe livre, que só pode ser adquirido mediante frequência de trinta dias, quando se sabe que muitos pacientes não têm condições de pagar pelo transporte até o local todos os dias.

Para o desdobramento da pesquisa utilizou-se o procedimento metodológico que se constitui em pesquisa bibliográfica - através de fichamento, leituras de livros, textos e artigos de periódico - para levantamento teórico das categorias de análise de dados. Além disso, buscaram-se dados disponibilizados em meios eletrônicos.

Nesse contexto, o presente estudo procurou descrever a rede de cuidados para os usuários de drogas ou substâncias psicoativas atendidos no CAP's álcool e drogas do Estado do Maranhão.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas¹ em 1990, a qual sugere a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dessa lei emana a Política de Saúde Mental, cujo objetivo é garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade na sua totalidade.

A Política de Saúde Mental no Brasil vem promover a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de doença mental no seu território, bem como a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer (BRASIL, 2001).

2.1 As drogas no século XXI

Nos dias atuais os jovens vivem uma realidade em que as drogas psicotrópicas fazem parte do seu cotidiano e, conseqüentemente, acabam se tornando parte da vida de muitos deles. As drogas estão de tal forma, disseminadas que não há mais segmentos sociais livres do chamado “mal do século XXI”. Não que a existências das drogas seja recente; mas jamais se traficou e consumiu como agora, e nunca tantas pessoas foram presas por envolvimento com drogas (AMARANTE, 2012).

Erickson (1976) foi um dos grandes responsáveis por influenciar muitos

¹Declaração de Caracas-Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

autores a descrever a adolescência como um período natural de desenvolvimento humano marcado por crises e transformações biopsicossociais. Todavia, é importante ressaltar, conforme afirma Ozella (2002), que as mudanças observadas e o conceito de adolescência sofrem influências individuais e do meio sociocultural em que o jovem está inserido. Na verdade, a adolescência é concebida como uma construção social surgida somente a partir do século XVII.

Segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude.

Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos. (BRASIL, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2012, chegou a 9,9% a proporção de adolescentes que vivem nas capitais que já experimentaram drogas ilícitas, o que equivale a pouco mais de 312 mil jovens. Em 2009, quando foi feita a primeira pesquisa desse tipo, o percentual foi de 8,7%. Esse número eleva a importância de uma atenção especial a esse segmento etário, o qual, além de numeroso, se destaca como vulnerável a problemas como gravidez não planejada, violência, DST/AIDS, além do uso e abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2010).

Por se tratar de população heterogênea, o Ministério da Saúde aborda os termos “adolescências” e “juventudes” no plural, visto reconhecer a grande diversidade de experiências e realidades de vida desses grupos etários, em razão de sua orientação religiosa, situação socioeconômica, espaço geográfico onde reside, orientação sexual, grau de instrução, etnia, gênero e demais fatores que interferem diretamente no estilo de vida e na forma de ser e de pensar de cada um. Essas diferenças se traduzem em fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes contribuindo para o aumento ou a diminuição de vulnerabilidades (BRASIL, 2010).

Para Sacramento et al., (2010), o aumento significativo de jovens brasileiros na virada do século não foi acompanhado do atendimento às necessidades da referida população, havendo carência de segurança, emprego, educação de qualidade e de políticas públicas que visem a melhoria das condições de vida da população.

Marques, Doneda e Serafin (1999) defendem que as condições de vida do sujeito são fatores que o deixam mais exposto a riscos à saúde. No caso da utilização de drogas pelos adolescentes brasileiros, observa-se a insuficiência de serviços de saúde e o despreparo dos profissionais para o atendimento à clientela adolescente; um sistema educacional público fragilizado e possibilidades escassas de inclusão em um mercado de trabalho formal que ofereça salários dignos e boas condições de trabalho com perspectivas futuras de independência financeira.

No Brasil, Feffermann e Figueiredo (2006) afirmam que a má distribuição de renda acaba por gerar profundas desigualdades socioeconômicas, das quais a juventude é a maior vítima, pois tornam as oportunidades de educação, trabalho e bens de consumo diferenciado para as classes sociais e geram um “mal-estar” que, muitas vezes, é suportado pelos jovens através de estratégias como o uso de substâncias psicoativas.

Apesar da utilização de drogas atingir os grupos populacionais como um todo, a abordagem direcionada para crianças e adolescentes, pelas especificidades deste período de vida, deve ter um olhar e um manejo diferenciados, sendo importante focar a singularidade de cada um, a história de vida individual e familiar e o contexto socioeconômico e cultural em que se insere (NERY FILHO; TORRES, 2012).

No Brasil, as mortes violentas por arma de fogo, segundo a polícia civil, geralmente envolvem disputas por pontos de venda de drogas ou acertos de contas entre traficantes e consumidores com dívidas. É um círculo vicioso. Cabe à família monitorar o comportamento dos filhos adolescentes, tendo em vista a amplitude que está tomando o consumo de drogas na sociedade (BRASIL, 2010).

A quantidade crescente de adolescentes que faz uso de substâncias psicoativas chama atenção. O contato com tais substâncias tem-se dado cada vez mais cedo, e a intensidade de seu uso aumenta de maneira diretamente proporcional a esse contato. Diante desse cenário alarmante, a sociedade pós-moderna se vê obrigada a procurar novas formas de preencher a lacuna deixada por tantas modificações no quadro familiar; e tais preenchimentos nem sempre são avaliados como os mais saudáveis (BRASIL, 2012).

2.2 Os serviços da política em saúde mental

O sistema brasileiro de saúde mental é inovador, centrado nos cuidados da comunidade, mas ainda enfrenta grandes desafios na sua implementação. As críticas ao modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e experiências localizadas de mudança da forma de atendimento vão se acumulando, principalmente a partir da década de 1960 (CERQUEIRA, 1984). Mas foi somente a partir do final da década de 1980 que a reforma psiquiátrica brasileira se implanta como política de governo (MEDEIROS, 2013).

Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

Em 1990 também é criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), em substituição à Divisão Nacional de Saúde Mental, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. A CGSM passa a efetivamente coordenar a política de saúde mental do país e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (BORGES; BAPTISTA, 2008).

O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores de financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (BRASIL, 2010).

Essa estratégia tem se mostrado efetiva: serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros CAPS e SRTs², ao serem lançados como programa de governo, passa a contar com normatização e financiamento garantidos pela legislação do SUS, provocando um crescimento explosivo no número desses serviços no País (BRASIL, 2007).

Da parceria entre as políticas em saúde e judiciária, consolidada ao longo da trajetória das temáticas voltadas às questões do uso e abuso de substâncias psicoativas, estabeleceram-se, durante a XX Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1998, os princípios diretivos para a redução da demanda de

²Serviços Residenciais terapêuticos

drogas. Nesse evento, após discutir-se também a redução da oferta³, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) passou a se configurar Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) (DUARTE, 2011).

O CONAD promoveu a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁴, vinculada à Casa Militar da Presidência da República. A SENAD, instituída na gestão presidencial do governo de Fernando Henrique Cardoso, foi orientada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) (DUARTE, 2011).

No que tange à área de saúde mental, o governo brasileiro tem como finalidade reduzir gradativamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e consolidar a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; efetivar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa “De Volta Para Casa”; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado; assegurar tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria (SOUZA, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É com a eclosão destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (TENÓRIO, 2002, p.35).

É atribuição dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; articular a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É atribuição por excelência dos CAPS, portanto, organizar a rede de atenção às

³ Atos referentes à repressão da produção ilegal e do tráfico ilícito de drogas. (DUARTE, 2011)

⁴ Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998. (DUARTE, 2011)

peças com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2004).

Os CAPS são serviços substitutivos implementados a partir da transformação da assistência psiquiátrica no Brasil e constituem-se como serviços estratégicos para a implementação da reforma psiquiátrica. O novo enfoque não busca meramente modernizar as tecnologias de atenção psiquiátrica e difundi-las, mas busca “reescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos. Não se trata de secundarizar a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla de ação” (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p.181).

Estes serviços devem ser produzidos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2004; SILVEIRA; VIEIRA, 2005; BERTOLOTE, 2001).

Os Centros são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2001).

As SRTs – residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverá contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (VIDAL et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, os moradores têm de se apropriar dessa residência, os profissionais que os acompanham devem estimulá-los para que eles programem os próprios hábitos e costumes. Realizando essas atividades cotidianas

eles vão se reinserindo no processo psicossocial, começando a gerar certo grau de autonomia (BRASIL, 2004).

Em cada residência há oito moradores com transtorno psiquiátrico grave, que passaram anos em regime de internação. Essas residências podem ser mistas, isto é, abrigar homens e mulheres. Observa-se que os moradores não são selecionados por grau de autonomia, conforme o previsto na Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2000).

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deve ter um projeto terapêutico próprio, com base em alguns princípios e diretrizes, tais como: ser centrado nas necessidades dos usuários; ter como meta central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social por meio de programas de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais, e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; respeitar os direitos do usuário enquanto cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. Este projeto deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores (BRASIL, 2001).

O progresso da reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial à inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade, ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004).

A questão central da atenção psicossocial é a moradia e o viver em sociedade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de habitação que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno, ou até mesmo início, à vida social, usufruindo de um espaço que seja seu por direito, não o transformando em um local de tratamento, clínica, ou até mesmo de exclusão, contenção ou enclausuramento. É um espaço de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 106/2000, introduziu o

Serviço de Residência Terapêutica no âmbito do SUS. A implantação da residência terapêutica exige laços entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, rede social de apoio e o trabalho clínico com os moradores. A Residência Terapêutica deve estar vinculada ao CAPS ou outro dispositivo ambulatorial especializado em saúde mental. A equipe do SRT deve ser compatível com as necessidades dos moradores. Portanto, o suporte interdisciplinar deve considerar a singularidade de cada morador, e não apenas os projetos e ações baseados no coletivo (BRASIL, 2004).

O Programa De Volta Para Casa, instituído pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar (BRASIL, 2003).

Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que no Art. 5º determina que os pacientes a longo tempo hospitalizado, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

A finalidade deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de garantir o bem-estar global e incentivar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Segundo o Ministério da Saúde, a rede de atendimento é constituída por: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, consultoria na rua, apoio aos serviços de componente, atenção residencial de caráter transitório, centros de convivência e cultura), Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool outras drogas); Estratégias de

Desinstitucionalização (Serviços residenciais Terapêuticos, programa de Volta para casa); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (BRASIL, 2004).

Em São Luís, por se tratar de uma cidade com mais de um milhão e meio de habitantes, a rede de atenção psicossocial não apresentou uma evolução no quantitativo de serviços substitutivos em saúde mental para acompanhar esse aumento demográfico, o que vem gerando uma sobrecarga das unidades já existentes. Porém, dentro do CAPS AD Estadual existem parcerias com as unidades básicas de saúde do seu distrito (Liberdade, Coroadinho e Centro), assim como outro dispositivo da RAPS, que é uma UAT (Unidade de Atendimento Transitório), matriciada por este dispositivo. Existem ainda parcerias intersetoriais com a Secretaria de Segurança Pública do Estado, Secretaria de Educação, Tribunal de Justiça, entidades civis organizadas (igrejas), grupos de AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos), entre outros (BRASIL, 2001).

Mesmo com esses serviços existentes, a rede de saúde mental em São Luís não se mostra eficaz devido à falta de unidades substitutivas em saúde mental e de outros dispositivos importantes em uma RAPS; além da fragilidade dos serviços já existentes, resultante de subfinanciamentos e da carência de profissionais especializados para essa demanda, tanto na área médica como no restante da equipe multidisciplinar. Tudo isso provoca uma deficiência no aparato tecnológico dessas unidades substitutivas em saúde mental, tanto de recursos humanos quanto de infra-estrutura (ANTUNES, 2009; BRASIL, 2001).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, depois da Lei Paulo Delgado, os agravos referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque. Surgiram novos dispositivos além do CAPS AD. Tais mudanças resultaram de uma disputa por um modelo de atenção em saúde mental a favor da vida, no qual o usuário tenha um tratamento digno, livre de pré-julgamentos e discriminações de qualquer tipo.

Enfrentar o desafio de promover o desenvolvimento saudável da juventude requer a elaboração de políticas capazes de prover a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade e a participação de todos os setores da

sociedade.

Repensar as formas de cuidar dessas pessoas deve contemplar formas de intervenção precoce, dentro de uma perspectiva lógica de redução de danos, o que teria impacto altamente positivo sobre a carga global de problemas e sobre o custo direto e indireto associado ao consumo de álcool.

Desse modo, uma política nacional de atenção à saúde, de forma relacionada ao consumo de álcool, implica na implementação da assistência; ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, o qual contempla a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e seus familiares. A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extras-hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde.

Educar a população é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool e outras drogas; aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido dessas substâncias. As opções de atenção disponíveis, bem como seus benefícios, devem ser amplamente divulgadas.

Assim, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários – sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes ao uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede de assistência em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, entendemos que uma política de promoção, prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construídas nas interfaces intersetoriais possíveis aos programas do Ministério da Saúde, organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. Para tanto, decisão política, compromisso com a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis.

As políticas que compõem a rede de serviços são falhas na prevenção e no combate das drogas. Para ter eficácia as políticas públicas deveriam estar totalmente em sintonia, interligadas e ter a participação de toda a sociedade organizada.

As relações entre o uso do álcool e outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência, evidenciam o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco.

Portanto, ratifica-se que é a Rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto Rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, pelo uso das drogas, destrói a vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; DIAZ, Fernando Sobhie. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p.83-95, jan./jun. 2012. Disponível em: Acesso: 30 mai. 2018.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

BEZERRA JÚNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p.171-191.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, 2008. 24 (2):456-468.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf] Acesso: 01 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº 245 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União* 2002; 20fev., 2002.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. DOU, n. 165, 27 ago. 2010. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_ VersaoFinal.pdf> Acesso em: 30 de abr.. 2018

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BERTOLETE, JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo:

Hucitec; 2001.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 1984.

DUARTE, P. C. A. V. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **O uso de substância psicoativa no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

FERFEMANN, A. L. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, Ana Luiza D'Avila; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

MARQUES, Luiz Fernando; DONEDA, Denise; SERAFIN, Denise. O uso indevido de drogas e AIDS. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F T.; CASTELO BRANCO, Viviane (Orgs.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. v. 1.

MEDEIROS, T. Uma história da Psiquiatria no Brasil. In. SILVA FILHO, J. F; RUSSO, J. (Orgs.), **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2013.

NERY FILHO, Antonio; TORRES, Inês Maria Antunes Paes. **Drogas: isso lhe interessa? confira aqui**. Salvador: CETAD /UFBA/CPTT/PMV, 2012.

OZELLA, Sérgio. **Adolescência: uma perspectiva crítica**. In: CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery (Coord.); KOLLER, Sílvia Helena (Org.); BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. **Adolescência & Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

SACRAMENTO, Ivonete et al. **Juventude, cultura, vulnerabilidade e políticas públicas**. 2010, Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ciencia-artigo/juventude-cultura-vulnerabilidade-e-politicas-publicas-482655.html>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S.V. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 92-101, 2005.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

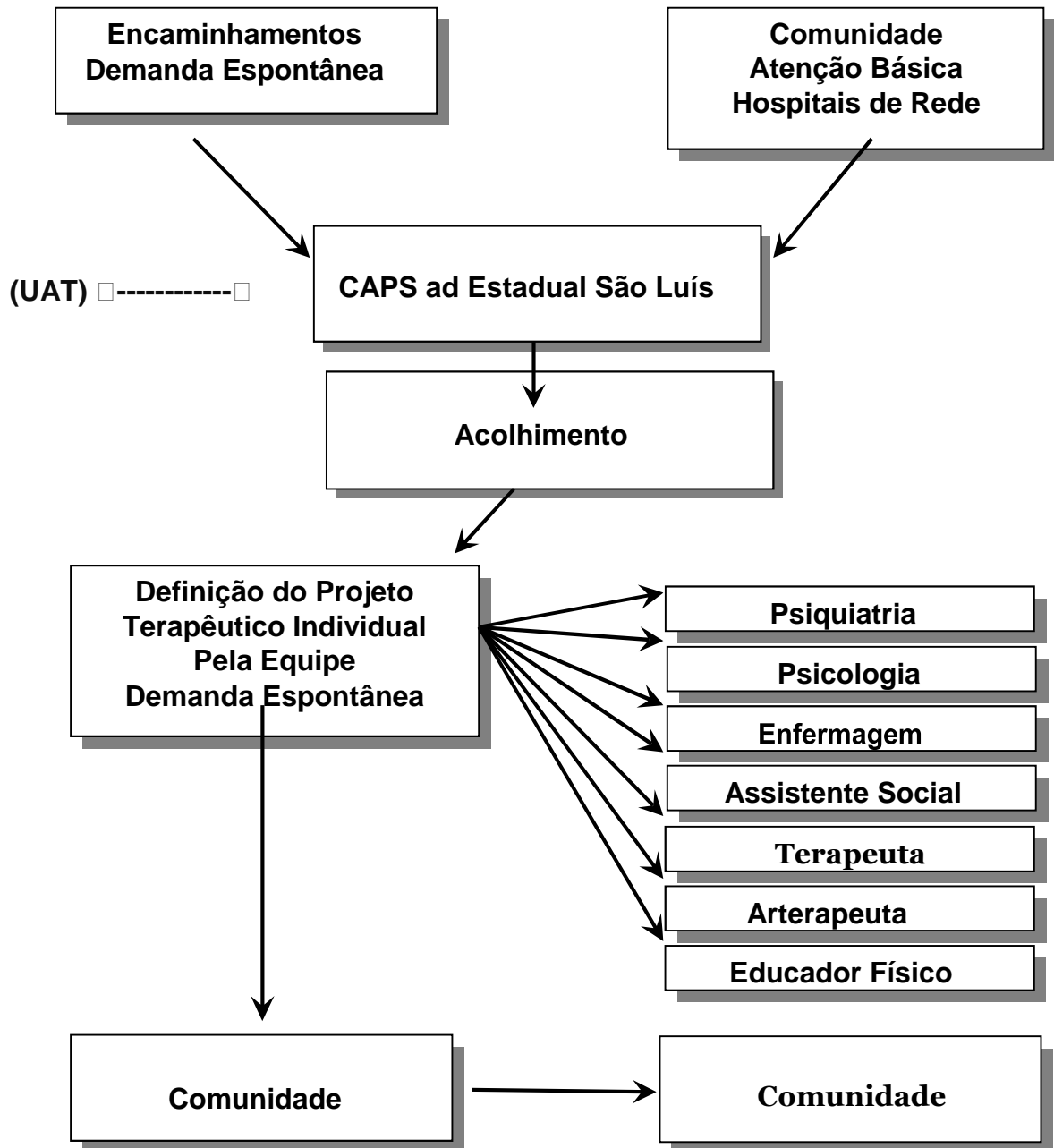
TENÓRIO, F. (). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde Manguinhos**, 2002.9(1).

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.57, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:
10 de fev. 2018.

ANEXO

ANEXO 1 - Fluxograma do cuidado no CAPS AD de São Luís



Fonte: (BRASIL, 2004).