

Reflexões acerca da abrangência dos serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas à população do Distrito Federal

Paulo Henrique Fernandes Marinho

RESUMO

Este estudo aborda fragmentos da evolução do uso de drogas na sociedade contemporânea, tópicos introdutórios relacionados à criação dos serviços de atenção a usuários de entorpecentes na figura dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e dados da realização de uma pesquisa de natureza descritiva quantitativa. O objetivo principal deste artigo diz respeito ao desenvolvimento de análise quantificada acerca da abrangência dos CAPS-AD nas Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal (DF). Foram identificadas três deficiências importantes quanto à abrangência do serviço de atenção a toxicodependentes de substâncias lícitas e ilícitas no DF: i) alcance limitado a menores de 18 anos, ii) comprometimento nas redes de suporte de algumas regiões administrativas devido ao baixo quantitativo de CAPS-AD por região e iii) sobrecarga em alguns centros pela quantidade de regiões a serem alcançadas .

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Saúde Mental; Acompanhamento Psicossocial; Drogas; CAPS-AD.

ABSTRACT

This study examines fragments of the evolution of drug use in contemporary society, introductory topics related to the creation of care services for drug users in the figure of the Centers for Psychosocial Care Alcohol and Drugs (CAPS-AD) and data from a research of Quantitative descriptive nature. The main objective of this article is the development of a quantified analysis of the coverage of the CAPS-AD in the Administrative Regions (RA) of the Federal District (DF). Three important shortcomings were identified in the scope of the service for drug addicts of licit and illicit drugs in the Federal District: i) limited scope for children under 18 years of age,

ii) involvement in the support networks of some administrative regions due to the low quantitative CAPS- AD by region and iii) overload in some centers by the amount of regions to be reached.

Keywords: Clinical Psychology; Mental Health; Psychosocial Care; Drugs; CAPS-AD.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas data de oito mil anos atrás. Com o advento das rotas comerciais internacionais, a disseminação do uso destas substâncias se potencializou a partir do século XVIII. O que era usado apenas em caráter medicinal passa a adotar caráter recreativo e prejudicial à saúde, levando a proibição do comércio deliberado de opiáceos em 1909 por meio da comissão de Xangai.

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas desencadeia, em sua totalidade, o fenômeno da dependência química, onde há a total dependência física e psicológica do organismo humano em decorrência do uso abusivo de determinadas substâncias. A dependência química no decorrer dos anos adota características multidimensionais, deixando de ser tratada apenas como um problema de saúde e passando a ser considerada uma fragilidade que abrange a esfera psicossocial e de segurança pública.

Em 1938, após se tornar signatário da Convenção de Genebra, o Brasil passa a adotar em suas políticas públicas estratégias de intervenções macro quanto à atenção a dependentes químicos. Anos depois, estas medidas evoluíram para o que conhecemos atualmente por CAPS-AD.

O problema motivador do desenvolvimento deste estudo baseou-se na necessidade da elaboração de reflexões acerca da eficácia ou ineficácia do atendimento a dependentes químicos oferecidos pelos CAPS-AD na Capital Federal. Afinal, os CAPS-AD do DF conseguem alcançar a população de dependentes químicos em sua totalidade?

O Objetivo deste trabalho é verificar questões relacionadas à abrangência dos CAPS-AD no DF como características sócio-demográficas da população e quantitativo de centros por Região Administrativa (RA).

A natureza deste estudo constitui-se enquanto uma pesquisa descritiva de análise quantitativa. Primeiramente, buscou-se através de pesquisa documental identificar qual o número de CAPS-AD existentes nas RAs do Distrito Federal. Posteriormente, foi realizada análise quantitativa envolvendo: i) levantamento de RAs inclusas na rede de apoio dos CAPS-AD no DF; ii) levantamento geográfico das RAs do DF e; iii) levantamento das RAs com maior e menor suporte dos CAPS-AD.

Acredita-se que este estudo possua alta relevância social por abordar a dependência química como fenômeno fortemente enraizado em várias culturas a nível mundial. Abordar a eficácia ou ineficácia de políticas públicas de saúde no que diz respeito à atenção a toxicodependentes traz a luz discussões importantes acerca do eventual desenvolvimento de outras estratégias através de um processo de melhoria ou, por que não, de reengenharia dos serviços atuais no que se refere ao DF especificamente.

Fragmentos da evolução e consolidação do uso de substâncias psicoativas na sociedade contemporânea

O uso de substâncias psicoativas data, segundo Magri 2007, de oito mil anos atrás, quando populações egípcias e mediterrâneas utilizavam uma mistura de alcaloides extraídos da papoula denominada segundo conceitos farmacêuticos de Ópio. Esta substância provocava ação analgésica, hipnótica e narcótica que viria a se transformar na base do que conhecemos nos tempos modernos por Heroína.

Registros encontrados na própria Bíblia Sagrada nos remetem a eventualidades em que certos personagens se embriagavam acerca de quatro mil anos atrás, enquanto que, há registros do uso de *cannabis* (maconha) datados dos tempos do neolítico “no Antigo Oriente, na China e na Índia, estando na base de remotas formas religiosas e diversos usos medicamentosos” (MARAES, 2008, p. 122). Segundo Magri 2007, o uso de SPA perpassa pela idade média quando as

navegações utilizavam fibras obtidas da *cannabis* denominadas de cânhamos de maconha para a fabricação têxtil e combustível.

O advento da utilização de Drogas oriundas do ópio, como heroína e cocaína para fins medicinais vem durante a passagem dos séculos XVIII e XIX. Magri 2007 aponta que nesta época o mercado médico da cocaína receitava estas substâncias para usualmente todos os fins, desde cansaço ou desânimo até efeitos analgésicos e/ou anestésicos. É nesta época que originalmente surge um remédio para fins de tonificação muscular que levava em sua composição substâncias presentes também na cocaína conhecida atualmente como Coca-Cola. O autor refere ainda que este mercado se desqualificou rapidamente dada a descoberta dos malefícios do uso de tais substâncias.

Após anos de disputas políticas e econômicas envolvendo a proibição ou legalização das substâncias psicoativas como álcool e opiáceos (drogas a base de ópio), ocorre em 1909, segundo D'Elia Filho 2007, por meio da comissão de Xangai, a primeira proibição às Drogas que fundamentalmente delimitava restrições quanto à produção e comércio destas substâncias. O uso deliberado de ópio já não seria mais tolerado, sendo este uma atribuição única e exclusivamente médica.

Fernandes e Fuzinato 2012 afirmam que nos Estados Unidos

O fenômeno do proibicionismo se inicia por interesses puramente econômicos, marcado pela competição dos países por sua prevalência enquanto principal economia mundial. No entanto, foi nos Estados Unidos que essa proibição se torna prioridade política (...). O movimento proibicionista se formula no interior de grupos protestantes, marcado por forte discurso moral. Surge assim, uma forma de controle das minorias étnicas residentes no país (p. 04).

Segundo D'Elia Filho 2007, os Estados Unidos, uma vez que proibindo o uso indiscriminado de SPA passavam a ter o controle sobre minorias populacionais usuárias, assumindo dessa forma, influência populacional direta nestas minorias sob a justificativa de combate ao tráfico de entorpecentes. Tal decisão, fundamentalmente, caracterizava-se como estratégia política de controle de

interesses. Ainda em 1919, segundo a própria autora, é aprovada nos Estados Unidos a criação da Lei Seca. Esse decreto proibia a importação, exportação e venda de bebidas alcoólicas “criando a primeira grande rede de traficantes e organizações, que se dedicaram a suprir o mercado ilícito criado em consequência da Lei Seca” (D’ELIA FILHO, 2007, p. 84 *apud* FERNANDES E FUZINATTO 2012, p. 04).

A criação da Lei Seca forçou a população a consumir bebidas com composições alteradas e com efeitos potencializados. Segundo Fernandes e Fuzinato 2012, uma vez que se tratando de uma substância com comércio ilegal, as bebidas alcoólicas da época não passavam por qualquer tipo de controle, o que favorecia modificações quimicamente realizadas pelos traficantes e contrabandistas e o crescimento colossal do nível de dependência química dos usuários.

Em 1933 a Lei Seca foi revogada. De acordo com Fernandes e Fuzinato 2012, o lucro advindo da venda de bebidas alcoólicas tornou-se um dos principais fatores para resgatar os Estados Unidos da crise de 29.

O uso de substâncias psicoativas a esta altura já havia se tornado um problema de saúde a nível mundial. É sobre esse cenário que, em junho de 1936, países de todos os continentes se reúnem em Genebra para a Convenção de Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas. Os países signatários desse tratado adotariam o modelo norte americano de repressão às drogas elevando o combate às drogas a esfera de segurança nacional. O Brasil adere ao tratado na pessoa do Presidente da República à época Getúlio Vargas que assina o decreto de nº 2.994 em 02 de julho de 1938 legitimando a proibição da importação, exportação ou do comércio de substâncias psicoativas ilícitas.

O proibicionismo do uso de drogas ilícitas passa então a criminalizar tanto o usuário quanto o fornecedor e acaba contribuindo indiretamente para o crescimento desordenado da variedade e potencialidade das substâncias por não haver órgãos de controle em relação à aferição e análise química. Como consequência, na década de 80 há o advento dos derivados da cocaína (*merla*, *crack* e *oxi*). As substâncias quimicamente modificadas passam a ter efeitos ainda mais devastadores, bem como seu tempo de ação no sistema nervoso central reduzido, favorecendo o aumento da incidência de dependência da droga.

Segundo Kessler e Pechancky, 2008:

No início da década de 80, socioetnógrafos americanos descreveram na literatura científica uma nova e potente forma de uso de cocaína – a inalação do vapor expelido da queima de pedras, manufaturadas a partir do “cozimento” da pasta básica combinada com bicarbonato de sódio. Quando queimada em um cachimbo de vidro ou outro recipiente, produzia um ruído típico de estalo, tendo sido, por isso, chamada de *crack* (p. 96).

Ao contrário do que se pensa, o *crack* foi descoberto nos Estados Unidos na década de 80, tendo chegado ao Brasil somente cerca de 10 anos depois. O que realmente foi influenciado pela cultura brasileira consiste na maneira como se usa o *crack* e não como se processa. “Os usuários brasileiros engenhosamente desenvolveram uma maneira de fumar através do uso de latas de alumínio furadas e com o auxílio de cinzas de cigarro, que aumentam a combustão” (KESSLER E PECHANCKY, 2008, p. 96).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), divulgado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2012 caracteriza-se como o estudo mais recente quanto à abordagem do uso de drogas no Brasil. O estudo aponta que o Brasil é o país com maior mercado de *crack* no mundo e segundo maior no mercado de cocaína. De acordo com o Instituto Nacional de Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas este dado representa 20% do consumo mundial, incluindo a cocaína e seus derivados. O II LENAD aponta que, enquanto o consumo de cocaína em outros países vem diminuindo, no Brasil este vem aumentando substancialmente, evidenciando prováveis fragilidades em seus sistemas de repressão ao tráfico e consumo.

Em 2011, de acordo com dados do II LENAD, um a cada cem adultos experimentou o *crack*, representando a nível nacional um milhão de brasileiros. Ao se considerar o uso tanto da forma sólida (*crack*), quanto da forma refinada (cocaína), este montante sobe para 2,8 milhões de brasileiros.

O uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas assola principalmente países em desenvolvimento, sobretudo pelas limitações em seus programas de combate e conscientização da população usuária. Hoje, a problemática do uso de drogas é tratada pelo Brasil como um problema não só da esfera da saúde, como também da social.

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

A Convenção de Genebra declarava em seu cerne que os países signatários passassem a adotar medidas contra o uso de drogas ilícitas que, prioritariamente, eram convertidas em exclusão social em presídios, sanatórios e de acordo com Machado e Miranda 2007, em hospitais psiquiátricos a partir da década de 70.

O modelo de repressão aos usuários era deliberadamente influenciado pelo modelo norte americano adotado na extinta Lei Seca de 1933, apresentando-se como um sistema falho, obsoleto e ineficaz.

Machado e Miranda 2007, afirmam que na década de 70 o consumo de drogas ilícitas no Brasil não representava números alarmantes, enquanto que o Governo não se preocupava com o consumo excessivo de álcool, já que existiam órgãos fiscalizadores e seu uso era socialmente tolerável.

Concomitantemente a difusão do uso de drogas ilícitas em todas as castas sociais da população brasileira, houve a alarmante necessidade de se elaborar discussões acerca da problemática em questão, bem como sua plêiade de demandas por parte das autoridades não só do judiciário, como também da área da saúde. Segundo Machado e Miranda 2007, é neste contexto que nota-se a influência médico psiquiatra na tratativa da questão:

Em 1976, foi aprovada e promulgada a lei 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, já verificada na lei de 1971. Algumas modificações nas propostas assistenciais reafirmaram a tendência à medicalização, entre elas: a substituição do termo 'viciado' por 'dependente de drogas'; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de

Periódico Científico Outras Palavras, volume 13, número 1, ano 2017, 127

drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória (p. 805).

Na segunda metade da década de 70, o fenômeno da dependência química passa de um problema de segurança nacional e se torna um problema essencialmente de saúde. O Governo Federal passa a ter obrigações legais na tomada de medidas não só de repressão, como também de assistência à saúde de usuários de drogas ilícitas.

Muito embora, o Brasil houvesse dado passos importantes quanto à metodologia adotada no combate ao uso de drogas, Machado e Miranda 2007 alegam que só a partir da década de 80 que se coloca em prática efetivamente a lei 6.368 com a criação de centros de tratamento especializado em dependência química ligados direta e indiretamente ao Poder Público. Segundo os autores, é importante salientar que estes centros de tratamento prestavam assistência somente a usuários de substâncias ilícitas, excluindo usuários de álcool e tabaco de sua rede de intervenção. Nasce então os primeiros centros de atenção a dependências químicas.

No final da década de 80, com a redemocratização do país, cria-se o Sistema único de Saúde (SUS) que passa a considerar alternativas de tratamentos que alcançariam também usuários de substâncias psicoativas lícitas, como os etilistas e tabagistas crônicos. Sob esta perspectiva, Machado e Miranda 2007 afirmam:

O documento de 1988, denominado “Política Nacional na Questão das Drogas”, propôs, como uma de suas linhas de ação, o favorecimento da criação e da consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esses seriam locais especializados para tratamento, para formação de pessoal qualificado para atendimento a dependentes e para a realização de pesquisas (p. 807).

O final da década de 80 é marcado por diversas reconsiderações acerca do apoio e abrangência do sistema de saúde à população de saúde mental e/ou usuária de drogas. É neste contexto que em 1990 o Brasil reestrutura toda a assistência psiquiátrica tornando-se signatário da Declaração de Caracas. A Reforma Psiquiátrica chega ao Brasil.

Gonçalves e Sena 2001 conceituam a Reforma Psiquiátrica como um movimento histórico de caráter político, social e econômico. A práxis da Reforma Psiquiátrica considera o acompanhamento psicossocial do paciente de saúde mental determinante para sua reinserção na sociedade, pregando a importância da desinstitucionalização deste paciente de manicômios e sanatórios. Como alternativa de assistência à Saúde Mental, o Ministério da Saúde regulamenta a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O Ministério da Saúde, em seu manual “A Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, publicado em 2004, afirma que os CAPS funcionam como principal estratégia da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de dar atenção a pacientes com transtornos mentais, estimulando sua reinserção no nível social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas com vistas à conquista de autonomia, oferecendo-lhes apoio de equipe multidisciplinar.

Com a maximização da incidência do uso de drogas na população brasileira, o Governo Federal observou a necessidade de reciclagem das políticas públicas de atenção à dependência química. Durante o final do século XIX e início do século XX o uso de Drogas obteve atenção do governo através de medidas coercivas na esfera criminal. Em 2003, o Ministério da Saúde passa a tratar desta questão com programas de assistência psicossocial, legitimando o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciada em 1990, onde a desinstitucionalização passa a ser o foco das intervenções em saúde mental e no uso de Drogas. Surgem então os CAPS–AD através da publicação do documento por parte do órgão responsável denominado de “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”. Machado e Miranda 2007 pontuam que a atenção a este público passa a adotar um caráter preventivo, traçando como objetivo tratar e reabilitar dependentes químicos, considerando o uso de drogas um problema de saúde pública. A base da intervenção do Estado quanto ao uso de drogas não se constitui mais no controle e repressão, e sim na assistência e reabilitação de usuários.

O documento emitido pelo Ministério da Saúde que proporciona o advento dos CAPS–AD refere ainda a importância da criação de malhas assistências como programas de saúde familiar, reformulação hospitalar e criação de unidades básicas para atenção ao uso de drogas. A partir da primeira metade da década de 2000, o fenômeno da dependência química adota um caráter biopsicossocial influenciando autoridades do Estado a desenvolverem intervenções multidisciplinares que envolvam órgãos de atuação psiquiátrica e jurídica. Não obstante, o uso de drogas, a partir desse período, não se constitui mais como demanda dedicada única e exclusivamente à saúde, mas adota uma abordagem que evidencia a importância do envolvimento de todas as esferas do Estado no combate à dependência química.

A abrangência dos CAPS-AD nas Regiões Administrativas do Distrito Federal

Em 2016 foi realizado um levantamento da vigência e atuação de CAPS-AD nas Regiões Administrativas do DF. Na ocasião, questões como o número de CAPS-AD responsáveis por cada RA, características geográficas de cada região, bem como a quantidade de demandas foram mapeadas, quantificadas e analisadas a fim de se corroborar a hipótese da ineficiência do serviço especializado em dependência química oferecido à população do Distrito Federal.

A natureza deste estudo constitui-se enquanto uma pesquisa descritiva de análise quantitativa por, segundo Dalfovo, Lana e Silveira 2008, envolver levantamento de dados seguido de considerações acerca deste último. Não obstante, tal levantamento foi realizado através de consultas a documentos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) fornecidos em seu *website* e em plataformas com o enfoque à questão da toxicodependência no DF.

Primeiramente, buscou-se através de pesquisa documental identificar qual o número de CAPS-AD existente nas RA's do Distrito Federal. Sá-Silva, Almeida e Guindani 2009 defendem que a pesquisa documental deve ser apreciada e valorizada por sua riqueza de informações e pela possibilidade de ampliação do entendimento de objetos cuja compreensão se dá somente pela contextualização histórica e sócio cultural.

Posteriormente a identificação do número de CAPS-AD existente no DF, foi realizada análise quantitativa envolvendo: i) levantamento de RA's inclusas na rede

de apoio dos CAPS-AD no DF; ii) levantamento geográfico das RA's do DF e; iii) levantamento das RA's com maior e menor suporte dos CAPS-AD.

Segundo dados da SES-DF, atualmente nove CAPS-AD oferecem atendimento especializado a 31 RA's do DF, sendo que o primeiro CAPS-AD a entrar em atividade situa-se na RA X que corresponde ao Guará e atende habitantes das regiões do Guará I e II, SIA, Estrutural, Vicente Pires, Riacho Fundo I e II, Águas Claras, Parque Way e Candangolândia.

Através da realização do mapeamento de suporte dos CAPS-AD às RA's do DF constatou-se que o centro com maior demanda situa-se em Taguatinga, funciona 24 horas e atende menores de 18 anos. Denominado CAPS-AD I III, o centro oferece serviço especializado de tratamento para dependência de álcool e drogas ilícitas a nove regiões, sendo Vicente Pires, Águas Claras, Santa Maria, Recanto das Emas, Samambaia, Ceilândia, Brazlândia, Gama, além da RA em que está inserido, representando o alcance a mais de um milhão e quinhentos mil habitantes, aproximadamente 33% da população do DF.

O segundo CAPS-AD com maior demanda localiza-se na região de Brasília, tem funcionamento 24 horas e da mesma forma abrange público adolescente. O centro oferece suporte a outras 12 regiões, sendo Plano Piloto, Lago sul e norte, Guará, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Cruzeiro, Sobradinho, Planaltina, Paranoá e São Sebastião, representando seu alcance a mais um milhão de habitantes, cerca de 30% da população do DF. Não obstante, o CAPS-AD com menor demanda atende apenas a região de Santa Maria estando disponível para aproximadamente 123 mil habitantes.

Muito embora o serviço de saúde oferecido pelos CAPS-AD seja integral, apenas alguns dos centros funcionam 24 horas por dia. Além do CAPS-AD I III, somente outros três do total de nove funcionam de fato em horário integral e são: CAPS-AD Taguatinga, Rodoviária e Samambaia, conforme o quadro abaixo.

Segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) publicada em 2016 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o DF lidera o ranking de adolescentes que referem o uso de drogas ilícitas representando 17,8% da população que frequenta o 9º ano escolar. Vale ressaltar que em 2012 o número correspondia a 14,1% e o DF aparecia com o terceiro maior percentual de jovens

que referiam o uso de drogas, mesmo que recreativo. Ao longo de quatro anos, este percentual cresceu 3,7% levando o DF a assumir a liderança do ranking.

A pesquisa “O Perfil da Juventude no DF” realizada pela Companhia de planejamento do DF (CODEPLAN) publicada em dezembro de 2016 afirma que um a cada quatro moradores do Distrito Federal tem entre 15 e 29 anos representando 24,1% da população (aproximadamente 700 mil habitantes de 2,9 milhões). A pesquisa aponta ainda que 36% dessa população jovem residem na RA do Varjão. Ao consultar os dados coletados através de análise documental certificou-se que o CAPS-AD que atende as demandas da RA em questão não recebe público menor de 18 anos. Já a região do Lago Sul, onde encontra-se a menor população jovem do DF totalizando 16%, conta com atenção dos CAPS-AD Rodoviária e I III Brasília, este último um dos responsáveis por receber menores de 18 anos. A análise representa clara dissonância quanto ao critério de distribuição de atribuições onde há a necessidade da consideração de aspectos sócio demográficos no que tange a demanda de atendimentos para público menor de 18 anos.

O quadro abaixo categoriza o número de CAPS-AD no DF, sua área de abrangência, período de funcionamento e atendimento a adolescentes:

CAPS AD	Guará	TAG.	SOB. II	ROD.	BSB	St. M^a.	CEI.	SAM.	ITA.
Área	10 RA's	09 RA's	04 RA's	09 RA's	12 RA's	01 RA's	02 RA's	03 RA's	02 RA's
24 h.	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não
- 18 anos	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não

Fonte: elaborado pelo autor

Quanto à abrangência dos serviços oferecidos pelos CAPS-AD às Regiões do DF, é relevante considerar que algumas regiões têm maior suporte do que outras. A exemplo desta afirmação tem-se a região do Paranoá com maior suporte de serviços

de atenção psicossocial voltada a dependentes químicos, seguida de Guará, Taguatinga e Riacho Fundo I e II. Não obstante, as regiões com menor suporte do serviço são Areal, *Park Way*, Estrutural, Gama, Fercal, Varjão e Itapoã, conforme o quadro a seguir:

Regiões Administrativas Beneficiadas	Nº de CAPS AD na Rede de apoio	CAPS - AD
Paranoá	03	CAPS–AD III Rodoviária, AD I III Brasília e AD Itapoã
Guará	02	CAPS–AD Guará e AD I III Brasília
Taguatinga	02	CAPS–AD I III Taguatinga e AD III Samambaia
Riacho Fundo I e II	02	CAPS AD Guará e AD I III Brasília
Núcleo Bandeirante	02	CAPS–AD Guará e AD I III Brasília
Vicente Pires	02	CAPS–AD Guará e AD I III Taguatinga
Águas Claras	02	CAPS–AD Guará e AD I III Taguatinga
Candangolândia	02	CAPS–AD Guará e AD I III Brasília
Stª. Maria	02	CAPS–AD Stª. Maria e AD I III Taguatinga
Recanto das Emas	02	CAPS–AD III Samambaia e AD I III Taguatinga
Samambaia	02	CAPS–AD III Samambaia e AD I III Taguatinga
Ceilândia	02	CAPS–AD Ceilândia e AD I III Taguatinga
Brazlândia	02	CAPS–AD Ceilândia e AD I III Taguatinga
Planaltina	02	CAPS–AD Sobradinho II e AD I III Brasília
Sobradinho	02	CAPS–AD Sobradinho II e AD I III Brasília
Lago Sul	02	CAPS–AD III Rodoviária e AD I III Brasília
Plano Piloto	02	CAPS–AD III Rodoviária e AD I III Brasília
Cruzeiro	02	CAPS–AD III Rodoviária e AD I III Brasília

São Sebastião	02	CAPS–AD III Rodoviária e AD I III Brasília
Areal	01	CAPS AD Guará
<i>Park Way</i>	01	CAPS AD Guará
Estrutural	01	CAPS AD Guará
Gama	01	CAPS AD I III Taguatinga
Fercal	01	CAPS–AD Sobradinho II
Varjão	01	CAPS–AD III Rodoviária
Itapoã	01	CAPS–AD Itapoã

Fonte: elaborado pelo autor

De acordo com a CODEPLAN, a região de Ceilândia possui atualmente 399 mil habitantes, caracterizando-se como a maior concentração populacional do Distrito Federal. Conquanto, a região do Paranoá, com maior suporte do serviço de atenção a toxicodependentes, representa somente 12,2% da população de Ceilândia. Esta última conta apenas com o suporte de dois CAPS-AD (CAPS-AD Ceilândia e I III Taguatinga).

Entre todos os nove centros de atenção em atividade no Distrito Federal, apenas o CAPS-AD Santa Maria atende somente a RA em que está inserido. Todos os demais oferecem suporte a mais de uma região. Com população de aproximadamente 120 mil habitantes, a RA de Santa Maria conta com o suporte de dois centros, sendo o primeiro localizado em sua própria área e o segundo localizado em Taguatinga (AD I III).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se através desta exposição certa dissonância na abrangência dos centros de atenção a regiões administrativas do DF, onde por motivos desconhecidos ignorou-se o quantitativo de habitantes no desenvolvimento de estratégias de atenção a dependentes químicos das regiões em questão.

Não obstante, outro aspecto que suscita curiosidade é o fato de regiões com população predominantemente jovem a exemplo do Varjão, não usufruírem do suporte de centros que atendem adolescentes, em detrimento do Lago Sul, onde há a predominância de avançada idade populacional, mas com suporte de CAPS-AD que atende menores de 18 anos.

Enquanto alguns centros abrangem mais de um milhão de habitantes, outros têm apenas noventa mil em seu raio de abrangência. Esta proporção legitima certa incoerência quanto ao método utilizado para a quantificação de demandas para cada centro ao passo em que sobrecarrega determinados serviços de atenção e aumenta a probabilidade de torná-los ineficazes.

Muito embora a área de algumas regiões seja claramente alcançada, há de se evidenciar deficiências no alcance de outras áreas ocasionadas pelo baixo quantitativo de centros para atender demandas de álcool e drogas. A exemplo disso tem-se as regiões administrativas do Itapoã e Estrutural, totalizando aproximadamente 76 mil habitantes com rede de suporte formada apenas por um CAPS-AD. Já a RA do Paranoá, com 46 mil habitantes, representando pouco mais da metade da população das outras duas (cerca de 60%) possui rede de apoio formada por três centros de atenção. É relevante afirmar que as características da população das três regiões administrativas supracitadas são basicamente congruentes.

Em suma, foram identificadas três deficiências importantes quanto à abrangência do serviço de atenção a toxicodependentes de substâncias lícitas e ilícitas na figura dos CAPS-AD no Distrito Federal: i) alcance limitado a menores de 18 anos, ii) comprometimento nas redes de suporte de algumas regiões administrativas devido ao baixo quantitativo de CAPS-AD por região e iii) sobrecarga em alguns centros pela quantidade de regiões a serem alcançadas.

A discussão do tema sugere pesquisas longitudinais vindouras com o objetivo de contribuir na eclosão de alternativas para transformar as fragilidades identificadas em potencialidades, qualificando ainda mais o serviço oferecido ao dependente químico no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DALFOVO, M. S., LANA, A., R., SILVEIRA, A. **Métodos Quantitativos e Qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.

Disponível em: <http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/viewArticle/243>

D'ELIA FILHO, O., Z. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Reavan, 2007.

FERNANDES. R., V., FUZINATTO M., A. **Drogas: Proibição, Criminalização da pobreza e mídia.** I Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade. UFSM - Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria / RS. 30, 31 mai e 01 jun / 2012. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2012/4.pdf>

GONÇALVES. M., A., SENA., R., R. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Rev Latino-am Enfermagem . Março; 9(2): 48-55. 2001. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-11692001000200007>

KESSLER, F., PECHANESKY, F. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do Crack na atualidade.** Rev. Psiquiatria. P. 96-98. Rio Grande do Sul. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>

MACHADO. R., A., MIRANDA. C., S. P. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007

MAGRI, M. S.. **Os discursos da política de drogas brasileira.** Trabalho de Conclusão de Curso. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

MORAES. M. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):121-133. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017

O perfil da Juventude do Distrito Federal: uma análise dos dados da Pesquisa Distrital por Amostras de domicílios. Companhia de Desenvolvimento e Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN – DF.

Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD. Companhia de Desenvolvimento e Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN-DF. Distrito Federal. 2016.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 - PenSE. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 2016

Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2004.

SÁ-SILVA, R., J., ALMEIDA, D., C., GUINDANI, F., J. **Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de Historia e Ciências Sociais. Ano I. Número I. Jul. 2009.

Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>

II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Instituto Nacional de Políticas Públicas de álcool e outras drogas. Universidade Federal de São Paulo. 2012.

