

COMORBIDADES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Comorbidities Clinical and Substance Users in Psychiatric Care Centers Psychoactive Psychosocial

Raphael Valentino Marques de Lima¹
Helena do Valle Nóbrega²
Natália Naomi Suzuki³
Vanessa Pellegrino Toledo⁴
Ana Paula Rigon Francischetti Garcia⁵

Artigo encaminhado: 23/05/2016
Artigo aceito para publicação: 07/10/2022

RESUMO

Objetivou-se identificar comorbidades clínicas e psiquiátricas entre usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III e Álcool e Drogas (ad) de um município do interior paulista. Estudo transversal retrospectivo em 368 prontuários. Nos dois serviços as comorbidades clínicas encontradas foram hipertensão e diabetes. A comorbidade psiquiátrica de maior destaque foi transtorno mental e comportamental devido ao uso de substância psicoativa, no CAPS ad o transtorno de humor. Evidenciou-se ausência de registro em relação às condições clínicas e psiquiátricas, que dificulta o trabalho em rede. É importante incentivar estratégias para o processo de trabalho a partir do matriciamento em saúde mental.

Palavras-chave: Comorbidade; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Estudos Epidemiológicos; Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

ABSTRACT

The objective was to identify clinical and psychiatric comorbidities among users of psychoactive substances of the Psychosocial Care Centers (CAPS) III and CAPS Alcohol and Drugs (ad) in a city in the interior of the State of São Paulo, Brazil. Retrospective cross-sectional study in 368 medical records. In both services, the main clinical

¹ Enfermeiro na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Campinas.. raphamarques@hotmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. helena.vn@hotmail.com

³ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. na.suzuki@me.com

⁴ Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. vtoledo@unicamp.br

⁵ Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. apgarcia@unicamp.br

comorbidities found were hypertension and diabetes. The most prominent psychiatric comorbidity in CAPS III was mental and behavioral disorder due to psychoactive substance use, and in the CAPS ad mood disorder. There was a lack of registration of clinical and psychiatric conditions, which makes networking difficult. It is important to encourage work process strategies based on mental health matrix support.

Keywords: Comorbidity; Substance related disorders; Epidemiologic studies; Mental health. Community health centers.

1 INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA) vem sendo utilizadas para variadas finalidades ao longo da história. No entanto, na atualidade, seu consumo tem sido considerado um problema de saúde pública e os debates evidenciam o desenvolvimento de estratégias que respondam ao seu uso, com especial atenção ao consumo de crack (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012; MAINARDE et al. 2014). Torna-se oportuno caracterizar alguns conceitos, como SPA, as quais, quando usadas, provocam alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional. Estas substâncias também se caracterizam como psicotrópicas, termo genérico que se refere ao tropismo e efeitos prazerosos provocados no cérebro, o que pode contribuir ao uso abusivo ou dependência. Vale salientar que do ponto de vista da saúde muitas substâncias lícitas, como o álcool, podem ser igualmente perigosas. Aquelas substâncias consideradas ilícitas, tais como maconha, cocaína e crack, são coloquialmente denominadas drogas (ZEFERINO et al. 2015).

Em 2010, 153 a 300 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos de idade usaram pelo menos uma vez alguma substância ilícita no ano anterior (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012). No Brasil o uso de cocaína vem aumentando de maneira preocupante (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012). Em decorrência deste cenário, observa-se que as mortes relacionadas às drogas mantiveram-se entre 0,5% e 1,3% de todas as causas na faixa etária entre 15 e 64 anos em todo o mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

Em 2011, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que reforça três princípios centrais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016; MAINARDE et al. 2014). Esta rede é

organizada considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica que visa a atenção a saúde, a fim de estabelecer um cuidado articulado ao território, cuja finalidade é a prevenção, promoção e o tratamento do usuário de SPA e sua família (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016; MAINARDE et al. 2014). Este entendimento promove um modo de tratar o sujeito de forma integral, observando os aspectos psíquicos e também amplia a clínica quando considera outros como: renda, moradia, família e morbidades clínicas (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016; MAINARDE et al. 2014; PAIM, 2006).

Os aspectos sociodemográficos tornam-se fundamentais para o planejamento das ações em saúde, com destaque para os estudos epidemiológicos, que tem por objetivo a melhoria das condições de saúde da população humana e demonstra o vínculo indissociável da pesquisa epidemiológica com o aprimoramento da assistência integral à saúde. Os achados epidemiológicos oferecem evidências para a implementação de medidas de prevenção e controle, uma vez que investiga a causa e os fatores relacionados à ocorrência de eventos que interferem no processo saúde-doença (PAIM, 2006).

Ao se considerar a complexidade da atenção aos usuários de SPA, em que a integralidade torna-se a diretriz norteadora do cuidado, é importante salientar que esta população pode ter mais agravos à saúde devido às características clínicas e sociais que estão relacionadas ao uso de SPA (MAINARDE et al. 2014; VALDERAS et al. 2009). Outra questão relevante a ser considerada é quanto ao tratamento medicamentoso da comorbidade psiquiátrica, que também é realizado com SPAs, o que traz uma implicação quanto a posição terapêutica assumida pelos profissionais na direção da redução de danos (DANTAS; CABRAL; MORAES, 2014). Sendo assim, vale definir o conceito de comorbidade, considerado como a presença de dois ou mais agravos de saúde em um mesmo indivíduo (VALDERAS et al. 2009).

Neste contexto, salienta-se a potencialidade do usuário de SPA para o desenvolvimento de múltiplas doenças, reconhecendo que tal pluralidade pode ser a norma e não a exceção à atenção a saúde desta população (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012; MAINARDE et al. 2014; VALDERAS et al. 2009).

Há um crescente interesse por parte de profissionais e pesquisadores na análise do impacto que a comorbidade exerce sobre uma série de resultados, como no índice de mortalidade, na qualidade de vida no que se refere à saúde, e no funcionamento e qualidade dos serviços de saúde (VALDERAS et al. 2009).

Scheifer; Pas e Almeida (2010) e Sousa et al. (2009) demonstram a existência da comorbidade entre o uso de SPA e transtornos clínicos e psiquiátricos. Este estudo justifica-se pela crescente problemática acerca do uso de SPA e a necessidade de utilização da epidemiologia para orientação das ações do SUS (MAINARDE et al. 2014; PAIM, 2006).

Sendo assim, objetivou-se identificar as principais comorbidades clínicas e psiquiátricas entre os usuários de SPA inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III e Álcool e Drogas (AD) do distrito norte de Campinas.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo transversal retrospectivo que delimita um corte instantâneo de uma população a partir de dados secundários (POLIT; BECK, 2014). Neste caso os dados foram coletados nos prontuários de usuários de SPA inseridos respectivamente no CAPS III, localizado no Distrito de Saúde Norte do município de Campinas e no CAPS AD também referência para os usuários do mesmo território .

Campinas, município do estado de São Paulo, Brasil, possui aproximadamente um milhão de habitantes. É gestor pleno do sistema de saúde o qual, em Campinas, é organizado segundo os princípios e diretrizes do SUS e descentralizado em cinco Distritos de Saúde. Vale salientar que atualmente este município tem um ou mais CAPS III em cada Distrito, além de contar com uma rede de saúde mental com três CAPS AD, dois CAPS infantis, equipes de saúde mental na atenção básica e centros de convivência, realidade considerada rara em diversos municípios brasileiros (FIQUEIREDO; CAMPOS, 2015).

A amostra estudada totalizou 368 prontuários de usuários de SPA, sendo 155 do CAPS III e 213 do CAPS AD. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: usuários com prontuários ativos e tratamento em curso nos CAPS III e AD no período da coleta de dados, usuários com registro do uso de SPA, tabaco e/ou álcool e residentes no território em estudo. Os critérios de exclusão foram: usuário com prontuários ativos e sem adesão ao tratamento, ou usuários com prontuários inativos no período da coleta.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2013 por meio de instrumento estruturado pelos autores com embasamento em estudos específicos encontrados na literatura, considerando as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado

civil, Hipótese Diagnóstica (HD) principal, comorbidades e tratamentos clínicos, comorbidades e tratamentos psiquiátricos e droga de escolha (PEREIRA et al. 2012; SILVA et al. 2011). Para o preenchimento do instrumento foram realizadas capacitação, utilização de guia elaborado pelos autores e realização de pré-teste em equipamentos análogos aos estudados.

Este estudo foi aprovado, sob o parecer 331.254, do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, de acordo com a resolução CNS 196/96.

Utilizou-se o *software* SAS versão 9.2 para análise quantitativa dos achados e análise descritiva para comparação entre os serviços (SAS/STAT, 2008).

3 RESULTADOS

Centro de Atenção Psicossocial III

Identificou-se que 101 (65,16%) prontuários dos participantes eram do sexo masculino e 53 (34,19%) do feminino, sendo que 1 (0,65%) não apresentou informação. A idade média foi de 42,53 anos (DP Desvio Padrão=12,46, Mediana=42), em uma faixa etária de 19 a 74 anos. Sobre a escolaridade obteve-se o registro em 95 prontuários e tem-se que 37 (38,95%) contemplaram ensino fundamental incompleto, 12 (12,63%) ensino fundamental completo, 10 (10,535%) ensino médio incompleto, 20 (21,05%) ensino médio completo, 9 (9,47%) ensino superior incompleto, 2 (2,11%) ensino superior completo e 5 (5,26%) outros. Com relação ao estado civil, obteve-se registro em 145 prontuários, cujo resultado foi: 87 (60%) solteiro, 21 (14,48%) casado, 25 (17,24%) separado/divorciado, 9 (6,21%) amasiado e 3 (2,07%) viúvo.

A HD principal que prevaleceu localiza-se no grupo que reúne as esquizofrenias, totalizando 112 registros entre F20 - F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Em segundo lugar observou-se 33 registros entre F30 - F39: Transtornos de humor, e em terceiro 24 registros entre F10 - F19: Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substância Psicoativa. Ainda foram registrados o total de 9 prontuários com HD entre F60 - F69: Distorções da Personalidade e do Comportamento Adulto, e 9 entre F70 - F79: Retardo Mental. Sobre F00 - F09: Transtornos mentais orgânicos observou-se registro em 1 prontuário, bem como para F40 - F48: Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos

somatoformes também foi computado uma vez. Ressalta-se que os dados estão descritos em número absoluto, pois no prontuário pode ter o registro de mais de uma HD principal.

Dos 155 prontuários analisados, 53 (34,19%) apresentaram registros relacionados as comorbidades clínicas. Em relação ao total de prontuários com registro obteve-se, 31 (58,49%) com uma, 14 (26,41%) duas, 4 (7,54%) três e 4 (7,54%) não possuíam comorbidades clínicas.

Dos 49 prontuários com registros de comorbidades clínicas presentes, 28 (57,14%) foram encaminhados para tratamento, enquanto que 21 (42,85%) não tiveram registro de encaminhamento. Pode-se observar na tabela 1 o registro de comorbidades clínicas encontradas no CAPS III.

Tabela 1 – Comorbidades Clínicas registradas em prontuários de usuários de SPA - CAPS III, Campinas, SP, Brasil, 2014

Comorbidade Clínica	Nº Absoluto^a
Hipertensão	21
Diabetes Melitus	11
Hepatite	6
Obesidade	4
Epilepsia	3
Hipotireoidismo	3
Asma	3
DPOC	3
Outros ^b	17

^aObs: O prontuário do paciente pode ter o registro de mais de uma comorbidade clínica.

^bOutros: cardiopatia, hipercolesterolemia, artrose, AVE, bronquite, cirrose, doença de chagas, doença na próstata, fenilcetonúria, hemorróidas, hipertireoidismo, insuficiência cardíaca congestiva, lúpus, sífilis e varizes.

Dos 155 prontuários analisados, 45 (29,03%) apresentaram registros relacionados às comorbidades psiquiátricas. Destes 35 (77,77%) com uma, 5 (11,11%) duas, 1 (2,22%) três e 4 (8,88%) não possuíam comorbidades psiquiátricas nos registros.

Dos 45 prontuários com registros de comorbidades psiquiátricas presentes, 16 (35,55%) foram encaminhados para tratamento, enquanto que 29 (64,44%) não tiveram registro de encaminhamento. Pode-se observar na tabela 2, o registro de comorbidades psiquiátricas encontradas no CAPS III.

Tabela 2 – Comorbidades Psiquiátricas registradas em prontuários de usuários de SPA - CAPS III, Campinas, SP, Brasil, 2014

Comorbidade Clínica	N. Absoluto^a
F10 - F19: Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de substância psicoativa	45
F20 - F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	2

^aObs: O prontuário do paciente pode ter o registro de mais de uma comorbidade psiquiátrica.

Obeve-se 117 registros de drogas de escolha, sendo 48 (41,02%) tabaco, 31 (26,49%) álcool, 15 (12,82%) cocaína, 14 (11,96%) maconha e 9 (7,69%) crack. Vale ressaltar que em um prontuário notou-se um ou mais registros de drogas de escolha.

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Identificou-se que 176 (82,63%) prontuários dos participantes eram do sexo masculino e 37 (17,37%) do feminino. A idade média foi de 39,17 anos (DP=11,96, Mediana=38), em uma faixa etária de 18 a 71 anos. Sobre a escolaridade obteve-se o registro em 202 prontuários e tem-se que 48 (23,79%) contemplaram ensino fundamental incompleto, 42 (20,79%) ensino fundamental completo, 15 (7,43%) ensino médio incompleto, 79 (39,11%) ensino médio completo, 9 (4,45%) ensino superior incompleto, 9 (4,45%) ensino superior completo e 11 prontuários não possuíam informação. Com

relação ao estado civil, obteve-se registro em 208 prontuários, cujo resultado foi: 89 (42,79%) solteiro, 53 (25,48%) casado, 34 (16,35%) separado/divorciado, 29 (13,94%) amasiado e 3 (1,44%) viúvo.

A HD principal que prevaleceu localiza-se no grupo que reúne os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA, conforme tabela 3

Tabela 3 – HD principal registrados em prontuários de usuários de SPA - CAPS AD, Campinas, SP, Brasil, 2014.

Hipótese Diagnóstica Principal <small>(OMS, 1996)</small>	N. Absoluto^a
F10 - F19: Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	143
F20 - F29: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes	5
F30 - F39: Transtornos de Humor	9
F40 - F48: Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o Stress e Transtornos Somatoformes	3
F60 - F69: Distorções da Personalidade e do Comportamento Adulto	1
F70 - F79: Retardo Mental	1
G40 – Epilepsia	1

^aObs: O prontuário do paciente pode ter o registro de mais de uma hipótese diagnóstica principal.

Dos 213 prontuários analisados, 60 (28,84%) apresentaram registros relacionados às comorbidades clínicas. Em relação ao total de prontuários com registro obteve-se, 42 (70%) com uma, 13 (21,67%) duas, 4 (6,66%) três e 1 (1,67%) com quatro comorbidades clínicas.

Dos 60 prontuários com registros de comorbidades clínicas presentes, 40 (66,66%) foram encaminhados para tratamento, enquanto que 20 (33,33%) não tiveram registro de

encaminhamento. Pode-se observar na tabela 4, o registro de comorbidades clínicas encontradas no CAPS AD.

Tabela 4 – Comorbidades Clínicas registradas em prontuários de usuários de SPA - CAPS AD, Campinas, SP, Brasil, 2014

Comorbidade Clínica	N. Absoluto^a
Hipertensão	24
Diabetes	9
Epilepsia	7
HIV	6
Hepatite	5
Cirrose	4
Tuberculose	4
Bronquite	3
Pancreatite	3
Arritmia cardíaca	2
Outros ^b	17

^aObs: O prontuário do paciente pode ter o registro de mais de uma comorbidade clínica.

^b asma, rinite, cardiopatia, doença na próstata, enfisema pulmonar, esofagite, gastrite nervosa, glaucoma, hiperplasia benigna da próstata, hepatopatia crônica, hipercolesterolemia, nódulo no pulmão, paralisia cerebral, traumatismo crânio-encefálico, triglicérides elevado.

Dos 231 prontuários analisados, 82 (38,50%) apresentaram registros relacionados às comorbidades psiquiátricas. Destes 52 (63,41%) com uma, 16 (19,51%) duas, 6 (7,31%) três e 8 (9,75%) não possuíam comorbidades psiquiátricas nos registros.

Dos 82 prontuários com registros de comorbidades psiquiátricas presentes, 35

(42,68%) foram encaminhados para tratamento, enquanto que 47 (57,31%) não tiveram registro de encaminhamento. Pode-se observar na tabela 5, o registro de comorbidades psiquiátricas encontradas no CAPS AD.

Tabela 5 – Comorbidades Psiquiátricas registradas em prontuários de usuários de SPA - CAPS AD, Campinas, SP, Brasil, 2014

Comorbidade Psiquiátrica (OMS, 1996)	N. Absoluto^a
F00 - F09: Transtornos Mentais Orgânicos	3
F10 - F19: Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	5
F20 - F29: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes	16
F30 - F39: Transtornos Do Humor	48
F40 - F48: Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o Stress e Transtornos Somatoformes	17
F60 - F69: Distorções da Personalidade e do Comportamento Adulto	9
F70 - F71: Retardo Mental	3

^aObs: O prontuário do paciente pode ter o registro de mais de uma comorbidade psiquiátrica

Obteve-se 324 registros de drogas de escolha, sendo 132 (40,74%) álcool, 68 (20,98%) cocaína, 54 (16,66%) crack, 38 (11,72%) maconha, 28 (8,64%) tabaco e outras 4 (1,23%). Vale ressaltar que em um prontuário notou-se um ou mais registros de drogas de escolha.

4 DISCUSSÃO

Importante considerar a ausência de registros nos prontuários com relação às

condições clínicas e comorbidades psiquiátricas, bem como o acompanhamento para aqueles pacientes com diagnóstico estabelecido. Tal achado pode indicar a dificuldade do trabalho em rede, em que o processo de referência e contrarreferência são fundamentais para a garantia de cuidado integral, apontando para a concepção de atenção a saúde por vezes fragmentada (MAINARDE et al. 2014; VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Este achado pode implicar na duplicação de procedimentos executados e na dificuldade de acompanhamento dos cuidados oferecidos e é corroborado pela literatura que identifica a baixa qualidade do registro em saúde (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Uma alternativa para minimizar tal fragmentação, pode ser o investimento em estratégias de organização do processo de trabalho, que empoderem o lugar da equipe de referência e também, favoreçam o desenvolvimento de práticas baseadas no matriciamento em saúde mental. Tais práticas evidenciam-se por processos de construção compartilhada, a partir de intervenções pedagógico terapêuticas, que facilitam a articulação entre as equipes de saúde da família e a necessidade de atenção a saúde mental (MACHADO; CAMATTA, 2013).

O perfil predominante da população do CAPS III é semelhante ao encontrado por Scheffer Pasa e Almeida (2010) e Santos e Siqueira (2010). Já no CAPS ad encontra-se uma diferença, pois os usuários apresentam escolaridade superior ao evidenciado pelos autores citados. Tal perfil sugere uma maior predisposição ao uso nocivo de SPA (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Em relação ao CAPS III, os principais diagnósticos encontrados foram do grupo das esquizofrenias, o que nos mostra que este equipamento está atendendo a demanda prioritária conforme preconizado, responsabilizando-se pela assistência aos portadores de transtornos mentais graves do território, próximo a suas famílias e articulados com a sua realidade (MAINARDE et al. 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Já no CAPS ad, os principais diagnósticos encontrados pertencem ao grupo dos transtornos mentais decorrentes do uso de SPA, o que evidencia o atendimento a clientela preconizada. Neste serviço é importante desenvolver ações fundamentadas pela política de redução de danos, pois esta estratégia destaca-se pela possibilidade de atenção que contempla as particularidades do usuário em relação aos determinantes sociais e ao seu território (MAINARDE et al. 2014; INGLEZ-DIAS et al. 2014)

As comorbidades clínicas registradas nos prontuários dos usuários tanto do CAPS III quanto do CAPS ad não divergem do encontrado nos achados epidemiológicos que

discorrem sobre a incidência de morbidade e mortalidade na população geral, que é caracterizada pela predominância das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus. Estes agravos são responsáveis por grande parcela das causas de morte no Brasil e no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Sousa et al (2009) apontam que o uso de substâncias como o álcool e a cocaína são responsáveis por problemas cardiovasculares, e o abuso do álcool pode contribuir para a prevalência das doenças do aparelho circulatório. Tal afirmação corroborou os achados deste estudo, que demonstrou a cocaína e o álcool como as principais drogas de escolha registradas nos prontuários analisados.

Os achados indicam que uma parcela importante dos usuários dos dois serviços estudados permaneceu sem tratamento para as comorbidades clínicas descritas no prontuário. Este fato pode ser atribuído à falta de profissionais capacitados para identificar e dar suporte a essa demanda de atendimento, o que pode resultar em dificuldade de diálogo na rede de saúde, comprometendo a atenção integral do usuário e diminuindo a potencialidade para a resolução de problemas em parceria entre a atenção básica e os serviços especializados de referência em saúde mental (MACHADO; CAMATTA, 2013; BALLARIN et al. 2011).

Somada a esta discussão, é importante destacar o acesso dos usuários de SPA nos diferentes pontos da rede, uma vez que o reconhecimento das necessidades de saúde são ponto fundamental para assistência qualificada, considerando a leitura clínica, em sua particularidade para os usuários de SPA, a fim de planejar, implementar e avaliar as intervenções (BALLARIN et al. 2011).

É necessário colocar em reflexão a aproximação e apropriação da assistência aos sujeitos comórbidos, com a prerrogativa do compartilhamento e co-responsabilização do cuidado (BALLARIN et al. 2011; MAINARDE et al. 2014). Uma vez que a literatura indica que prognósticos negativos podem ser atribuídos em grande parte à abordagem tradicional, que trata separadamente as demandas de saúde dos usuários de SPA que apresentam comorbidades (BONFADA et al. 2012).

O aparecimento da obesidade ocorreu somente no CAPS III, onde existe uma preponderância de casos de psicose e de transtornos de humor. A ocorrência de ganho significativo de peso ocorre frequentemente em pacientes que fazem uso de psicotrópicos atípicos e típicos, medicamentos comumente utilizados no tratamento dessas patologias.

Além de que, os principais estabilizadores de humor também estão associados a esse efeito colateral e são drogas igualmente utilizadas no tratamento destes transtornos (TEIXEIRA; ROCHA, 2006).

Com relação às comorbidades psiquiátricas, no CAPS III, evidenciou-se os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA e no CAPS ad constatou-se o registro de transtornos de humor. A labilidade do humor, a aceleração psicomotora e a impulsividade, características dos momentos de crise podem causar situações propícias ao uso de SPA, o que é confirmado por Sheffer, Pasa e Almeida (2010) que enfatizam o uso mais frequente de SPA nos portadores de transtornos afetivos bipolares que na população em geral.

As limitações deste estudo referem-se à precariedade de registros nos prontuários com relação às condições clínicas e comorbidades psiquiátricas e o recorte obtido que retrata apenas a realidade da problemática estudada nos equipamentos eleitos. Tais limitações dificultam a visualização do cuidado integral, bem como o mapeamento da realidade da RAPS, sendo assim recomenda-se novos estudos que abranjam outros equipamentos e tragam dados da atualidade, uma vez que tratam de dados coletados em um contexto político e social diferente do atual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou a ausência de registro em relação às condições clínicas e psiquiátricas nos serviços pesquisados. Tal falta dificulta o trabalho em rede e pode ocasionar a duplicação de procedimentos e a dificuldade de acompanhamento. Como uma alternativa de resposta a tal problemática, torna-se importante incentivar estratégias que visam o estreitamento das redes de cuidado com foco na ampliação da atenção à saúde. Uma possibilidade é redimensionar o processo de trabalho a partir do matriciamento, tomando-o como potencializador de parcerias entre a atenção básica e o serviço especializado de referência em saúde mental.

Tal possibilidade pode ser uma contribuição, ao observar os achados que mostram que os indicadores de morbidade e mortalidade encontrados estão de acordo com aqueles apresentados pela população geral. No entanto, uma parcela importante dos usuários deste estudo permaneceu sem tratamento para as comorbidades clínicas. Desta forma, é importante ressaltar a necessidade contínua de investimento em capacitações e

educação em serviço, com foco na leitura clínica a fim de ofertar assistência integral e resolutiva.

Este estudo foi financiado pelo Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde Mental/Álcool e Drogas – MS/MEC, Brasil.

6 REFERÊNCIAS

BALLARIN Maria Luisa G.S.; CARVALHO Fábio B.; FERIGATO Sabrina H.; MIRANDA Iara M. S.; MAGALDI Caroline de C. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicol. Estud.*, Maringá, v.16, n. 4, p. 603-611, 2011.

BONFADA Diego; CAVALCANTE José R. L. de P.; ARAÚJO Dayane P.; GUIMARÃES Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p.555-560, 2012.

DANTAS Suene; CABRAL Barbara; MORAES Maristela. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.539-550, 2014.

FIGUEIREDO Mariana D.; CAMPOS, Rosana O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 129-138, 2009.

INGLEZ-DIAS Aline; RIBEIRO José M.; BASTOS Francisco I.; PAGE Kimberly. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.147-158, 2014.

MACHADO Dana K. de S.; CAMATTA Marcio W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.224-232, 2013.

DESCHAMPS Andréa Luciana P.; RODRIGUES Jeferson. Política de Saúde Mental e Projeto Terapêutico Singular. *Cad. Bras. Saúde mental*, Florianópolis, v.8, n.17, p.78-92, 2016.

MAINARDE Debora C.; MATOS Patricia C. N. de; ZANETTI Ana Carolina G.; REIDORFER Emilene; MIGUEL Tatiana L. B. Atendimento ao indivíduo com transtorno mental: perspectiva de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Rev. Baiana*

Enferm., Salvador, v. 28, n. 1, p. 69-78, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

PAIM, Jaínilson S. *Desafios da saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.

SCHEFFER Morgana; PASA Graciela G.G.; ALMEIDA Rosa M.M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psic.:Teor.e Pesq.*, Brasília, v.26, n.3, p.533-541, 2010.

PEREIRA Maria O.; SOUZA Juliana de M.; COSTA Angela M. da; VARGAS Divane; OLIVEIRA Marcia A. F. de; MOURA Wagner N. de. Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena - São Paulo. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v.25, n.1, p.48-54, 2012.

POLIT Denise F.; BECK Cheryl T. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8 ed. USA: Lippincott; 2014.

SANTOS Élem G.; SIQUEIRA, Marluce M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.238-246, 2010.

SAS/STAT® *User's Guide*, Version 9.2, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2008.

Disponível em:

<http://support.sas.com/documentation/cdl/en/statugstatmodel/61751/PDF/default/statugstatmodel.pdf> Acesso 19/12/2022

SILVA Ana L.M.A.; MORENO. Anne C. C.; NEVES Laís A.; ARAÚJO Ednaldo C. de; FRAZÃO Iracema da Silva. Perfil epidemiológico de usuários de crack em um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (caps ad). *Rev enferm UFPE online*, Pernambuco, v.5, n.esp., p.2635-43, 2011.

SOUSA Francisco F. A.; ABREU Rita N. D. C. de; COSTA Francisca L. P. da; BRITO Eliane M. de; VASCONCELOS Silvânia M. M.; ESCUDEIRO Sarah de S.; MOREIRA Thereza M. M.; MONTEIRO Maria G. S.. Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares. *SMAD. Rev eletrônica saúde mental álcool e drog*, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.1-14, 2009.

TEIXEIRA Paulo J.R.; ROCHA Fábio L. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. *Ver. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v.28, n.2, p.186-196, 2006.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report 2012*. Austria, 2012. Disponível em: <
https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acesso 19/12/2022

VALDERAS José M. et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann. Fam. Med.*, Vancouver, v.7, n.4, p.357–363, 2009.

VASCONCELLOS Miguel M.; Gribel Elsi B.; Moraes Ilara H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.s173-s182, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The top 10 causes of death*. Fact sheet N°310: WHO, 2014. Disponível e WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The top 10 causes of death*. Fact sheet N°310: WHO, 2019. Disponível em
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Acesso 19/12/2022

ZEFERINO Maria T.; HAMILTON Halley; BRANDS Bruna; WRIGHT Maria da G. M.; CUMSILLE Francisco; KHENTI Akwatu. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, v.24, n. esp., p.125-35, 2015.