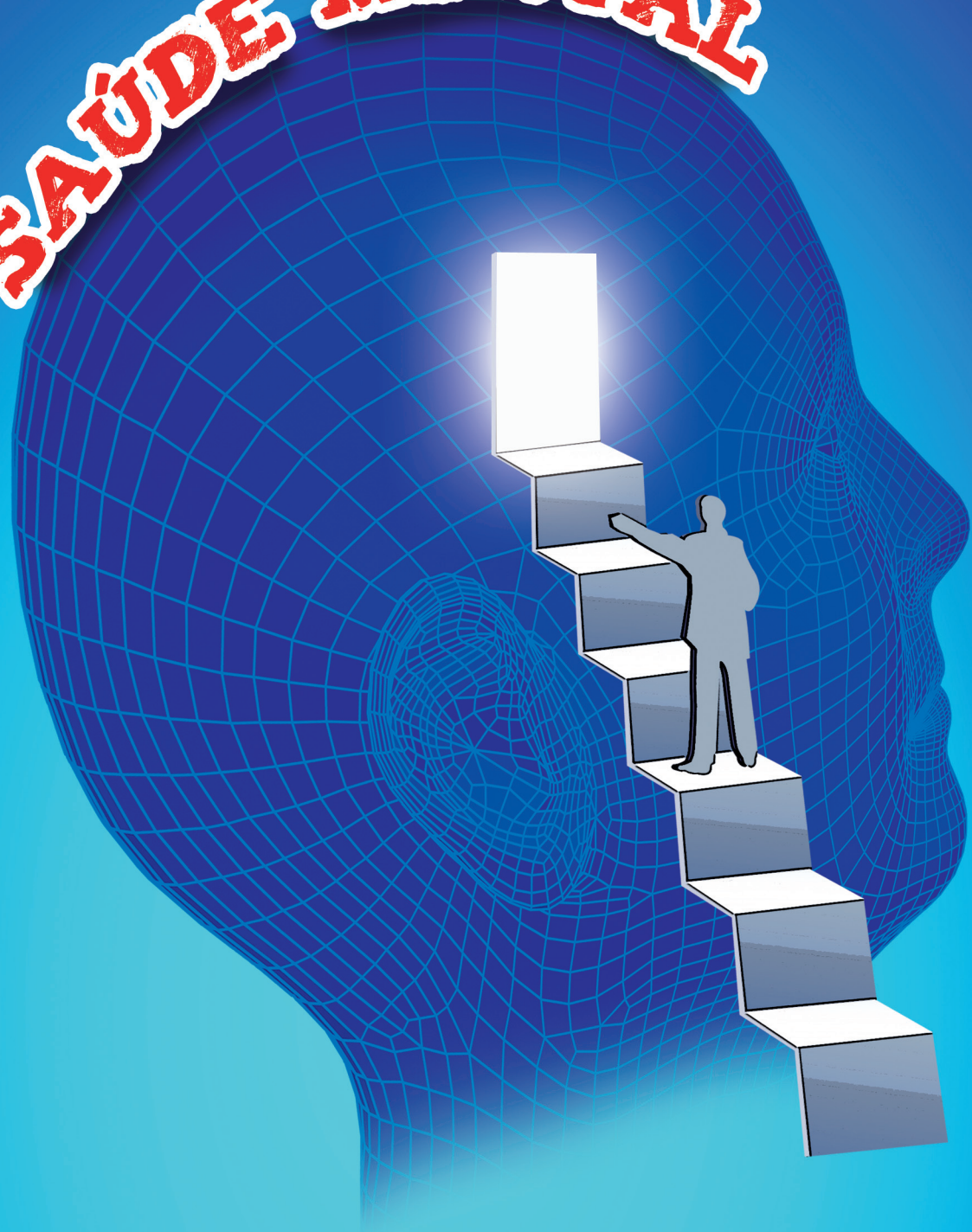


Prefeitura de São José
Secretaria da Saúde

SAÚDE MENTAL



SAÚDE MENTAL

EDITORA:
LABORCIENCIA EDITORA LTDA
CNPJ: 71.648.737/0001 - 63
www.laborciencia.com
atendimento@laborciencia.com

ORGANIZADORA:
Maria Taís de Melo

Autores
Jorge Luiz Barbosa
Liliana Stadnik
Maria Taís de Melo
Tadeu Lemos

Organizadora

Maria Taís de Melo

Iniciativa e patrocínio: Prefeitura Municipal de São José

Gestor: Djalma Vando Berger

Realização: Secretaria da Saúde de São José

Gestora: Daniela Raquel Rabelo de Oliveira

Apoio: Ammhor - Associação de Amigos do Hospital Regional de São José

Presidente: Marli Estela Silva

Execução: IFCE_ Serviços Educacionais LTDA - www.ifce.com.br**Coordenação Geral da Capacitação:** Maria Taís de Melo**Coordenação Técnica:** Jorge Luiz Barbosa**Professores:**

Ary Sell

Jorge Luiz Barbosa

Tadeu lemos

Renata Campos

Revisão linguística: Simone Regina Dias**Diagramação:** Editora Coronado

Ficha catalográfica elaborada por Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/74

S239s São José. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde.
 Saúde Mental / Organizado por Maria Taís de Melo. – São Paulo : Laborciência, 2011.
 60p. ; Tamanho A4

ISBN: 978-85-61076-08-5

1. Saúde mental. 2. Dependência química. I. Melo, Maria Taís de. II. Título.

CDU: 616.89

Djalma Vando Berger
Prefeito Municipal

Daniela Raquel Rabelo de Oliveira
Secretária de Saúde

Alessandra Cristina Laurindo Arruda
Diretoria de Atenção Especializada

Marilda Vilma Rachadel
Diretoria de Atenção Básica

Pedro Paulo Furtuoso Junior
Diretor Administrativo

Equipe Programa de Saúde Mental

Dra Yara Silvia Lechat Miola
Psiquiatra

Luciana Silveira Faria
Enfermeira

Andrea Mathias Piva
Téc. Enfermagem

Sumário

Parte 1 - Dependência química	12
VISÃO HISTÓRICA E CONTEXTUALIZADA DO	
USO DE DROGAS	12
1. Aspectos históricos do uso de drogas	12
2. Aspectos técnicos sobre o uso de drogas	14
3. Custos sociais decorrentes do uso abusivo de drogas	14
Conclusão	14
Referências	15
ESTUDO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	16
1. Classificação das drogas	16
Informações complementares	20
Referências	22
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA DEPENDÊNCIA	
QUÍMICA	23
PROCESSO DE PREVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA	
QUÍMICA	25
1. A família e a escola	25
2. Possibilidades de intervenção à prevenção ao	
uso de drogas	27
Referências	28
Parte 2 – Processos de intervenção	29
INFORMAÇÕES SOBRE OS CAPS	29
1. CAPS & a rede de atenção à saúde mental	29
2. Surgimento do CAPS	29
2.1 Evolução do número de CAPS	30
3. Ações dos CAPS	30
4. Objetivos dos CAPS	30
5. Usuários dos CAPS	31
6. Processo de atendimento nos CAPS	31
7. Usuários e seus familiares	31
8. Atividades terapêuticas que os CAPS podem oferecer	32
9. Dias e horários de funcionamento dos CAPS	33
10. Medicamentos & usuários dos CAPS	33
11. Oficinas terapêuticas	34
12. CAPS: outras atividades	34
13. Os CAPS não são iguais	34
14. CAPS para infância e adolescência (CAPSi)	35
15. CAPS para usuários de álcool e drogas (CAPSad)	35
16. CAPSad & atuação preventiva	36
17. Relação dos CAPS com a Rede básica de saúde	36
18. Equipe CAPS	37
19. Relação: usuários & CAPS	38
20. Relação: familiares & CAPS	38
21. Relação: comunidade & CAPS	38
Referências	39

ANEXOS	40
1. ORGANIZAÇÃO DE NOVOS CAPS	40
2. NORMAS APLICÁVEIS AO CAPS	40
3. GLOSSÁRIO: EXPLICAÇÃO RÁPIDA DE PALAVRAS MUITO USADAS NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL	45
4. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS	46
4.1. INTRODUÇÃO: DIRETRIZES GERAIS	46
4.2. BREVE HISTÓRICO	47
4.3. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	48
4.3.1. APOIO MATRICIAL DA SAÚDE MENTAL ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	48
4.3.1.1 Como Organizar as Ações de Apoio Matricial	48
4.3.1.2 Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica	48
4.3.2 FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIORI- TÁRIA DA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	49
4.3.2.1 Formação Profissional	49
4.3.2.2 Como Financiar a Formação	49
4.3.3 INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA	49
4.3.3.1 Inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	50
4.3.3.2 Revisão dos sistemas de informação da AB, incorporando indicadores relacionados à Saúde Mental	50
4.3.3.3 Indicadores Propostos	50
4.4. REFERÊNCIAS	50
Processo para implantação do CAPS	51
PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO	52
Informações aos Gestores de Saúde	52
Orientações Gerais	53
Repasse de Recursos Financeiros para CAPS	54
INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	55
1. Compreendendo a Neurobiologia da dependência química	55
2. O tratamento farmacológico	55
Referências	57
INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	58
Referências	59
TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL	60
Referências	61

Prefácio

A preocupação em oferecer à população de São José serviços de saúde com qualidade e de forma sistemática consolida-se no momento em que a Secretaria de Saúde, mais uma vez, promove ações como a capacitação de seus profissionais para que somem a sua práxis, novas abordagens e metodologias. Necessariamente, todas as ações relacionadas à saúde pautam-se por esse princípio - ações integradas e, particularmente, aquelas relacionadas à Saúde Mental. Dessa forma, salientam-se como de fundamental importância as relações entre a Saúde Mental e as Políticas Públicas de Estado (via intersetorialidade).

Há também, como propósito, a consolidação da rede de atenção psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais, calcados nos Direitos Humanos e na cidadania ampla dentro dos princípios éticos e técnicos entre os vários setores. As questões que dizem respeito à melhoria do cuidado no território e o fortalecimento e o desenvolvimento de ações intersetoriais (direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros) são, na verdade, estratégias para a inserção social dos portadores de sofrimento mental.

Foi por meio dos debates sobre Saúde Mental e Políticas de Estado que se pôde trazer a relevância da organização de rede de apoio, ou seja, ações intersetoriais que garantam, de um lado, que os Hospitais Gerais cumpram a Portaria n. 224/92, que trata da implantação/ampliação dos leitos psiquiátricos nesse espaço hospitalar, disponibilizando também leitos de atenção integral para desintoxicação de dependência-química para crianças, jovens e adultos, através do cumprimento da legislação vigente e, de outro lado, que a rede de atenção básica e a rede de saúde mental permitam o acolhimento e o estabelecimento de práticas que incluam as múltiplas abordagens de atenção e cuidados a dependentes químicos dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde as unidades/leitos oferecidos na rede de apoio, principalmente nos Centros de Atenção Psicossociais, sejam a retaguarda das ações de urgência e emergência em saúde mental.

A rede de Saúde Mental deve contar com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) que, em linhas gerais, são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento multidisciplinar para esses objetivos. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dessas pessoas – usuárias ou não de substâncias psicoativas e de familiares. Os CAPS constituem-se como uma estratégia da saúde mental no curso da reforma psiquiátrica.

Os CAPSs foram concebidos para assumir papel estratégico na articulação, na construção e fortalecimento das redes de assistência e dos serviços de saúde e, assim, cumprir sua função na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde. Por isso, devem trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários e, de forma muito especial, assumindo o papel de integrador ao articularem os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas e outras em cada território.

Oportunizar discussões acerca do papel dos CAPS na rede de saúde mental no Município de São José, bem como o matriciamento, a atuação e a integração das diversas Equipes de Saúde Mental, Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde são os grandes objetivos desta capacitação, para a qual convidamos todos vocês.

Sejam bem-vindos e que tenhamos bons momentos de estudo e troca de experiências.

Jorge Barbosa
Presidente do COMEN - Florianópolis

Apresentação

Prezado(a) colaborador(a):

A rede de Saúde do município de São José é composta atualmente por dezessete Centros de Saúde, uma Unidade de Saúde da Família e uma Policlínica que oferecem semanalmente serviços médicos, odontológicos e de enfermagem. Dispõe também de outros serviços, como a Farmácia Popular, SAMU e Programas como o de Combate à Dengue, São José Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, além de um Centro de Vigilância em Saúde onde funcionam os Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis HIV/AIDS, Prevenção à Tuberculose e Hanseníase, entre outras ações e serviços.

Nossa gestão possui o grande desafio de ampliar a oferta dos serviços básicos de saúde, bem como os de média e alta complexidade, atendendo assim aos anseios dos nossos colaboradores e munícipes.

Estamos firmes no propósito de melhorar a situação da saúde em nosso município, para tanto, no último ano aderimos ao Pacto de Gestão visando mais autonomia financeira e agilidade na implantação da política municipal de saúde.

Em 2011, consolidaremos três grandes projetos no que tange à prestação de serviços especializados em São José: a construção da Policlínica de Barreiros, a construção da Policlínica e UPA 24 horas de Forquilha, e de forma muito especial destacamos a construção dos dois **Centros de Atenção Psicossocial, CAPS II e CAPS AD**.

Os investimentos não param por aí. Aproveitamos a oportunidade para destacar a realização de concurso público voltado à implantação das equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e contratação de médicos especialistas para atuação nas Policlínicas do município.

Além das obras e contratações, nos preocupamos em preparar a rede municipal de saúde para cuidar da pessoa portadora de transtorno mental e sua família, que devem ser tratadas com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde. Essa atitude só pode ser concretizada se orientada por conhecimentos científicos a respeito da situação das pessoas em sofrimento psíquico e o manejo quanto à rede de apoio.

Diante desse marco na história da saúde mental de nosso município, oferecemos aos nossos colaboradores a oportunidade de participar do Curso de Capacitação em Dependência Química, o primeiro dos muitos que serão oferecidos na área da Saúde Mental.

Desejamos que seja proveitoso esse momento de atualização e trocas de conhecimentos.

Daniela Raquel Rabelo de Oliveira
Secretária de Saúde

Parte 1 - Dependência química

MÓDULO I – VISÃO HISTÓRICA E CONTEXTUALIZADA DO USO DE DROGAS

Jorge Luiz Barbosa

Introdução

Nos dias atuais, a palavra droga é rapidamente associada às substâncias que alteram estados da mente, proporcionando experiências de prazer/desprazer capazes de levar parte seus usuários ao uso contínuo e à dependência. A palavra droga tornou-se também sinônimo de coisas ruins (aquilo que faz mal) e/ou de situações indesejadas (que droga!). O que chamamos hoje de droga está muito longe daquilo que, antes, essa palavra designava.

A origem etimológica da palavra droga é incerta, porém, ela pode ter sido derivada de *drowa* (árabe), cujo significado é bala de trigo, ou ainda de *drooge vate* (holandês), cujo significado é tonéis de folhas secas. Isto se deve ao fato de que, até muito recentemente, quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais, embora tenhamos ainda hoje muitos vegetais como medicamentos.

A primeira língua a utilizar a palavra droga, tal como nós a conhecemos, foi o francês: *drogue* (ingrediente, tintura ou substância química ou farmacêutica, remédio, produto farmacêutico). Atualmente, a medicina define droga como: “qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (OMS, 1978). Portanto, nota-se que a palavra droga se refere a qualquer substância capaz de modificar um funcionamento orgânico, seja essa modificação considerada **medicinal** ou **nociva**. Os antigos, inclusive, não acreditavam que as drogas fossem exclusivamente boas ou más. Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer **droga** se constitui em um veneno potencial e um remédio potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de uso.

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas drogas psicotrópicas ou simplesmente psicotrópicos. Psicotrópico advém da junção de *psico* (mente) e *trópico* (afinidade por). Desse modo, drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando nossa maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir. Mas estas alterações do nosso psiquismo não são iguais para toda e qualquer droga. Cada substância é capaz de causar diferentes reações. Uma parte das drogas psicotrópicas é capaz de causar dependência. Essas substâncias receberam a denominação de drogas de abuso, devido ao uso descontrolado observado com frequência entre os seus usuários.

1. Aspectos históricos do uso de drogas

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha a humanidade em diversos períodos de sua história, variando segundo critérios relativos a cada cultura, a cada época. Ao longo da história, os homens utilizaram os produtos naturais para obter um estado alterado de consciência, em vários contextos – como no religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, militar e, principalmente, na busca do prazer. A alteração deste estado de consciência tinha por objetivo proporcionar melhor ligação com o sobrenatural/divino, como no caso do álcool, que era usado para favorecer o contato com os deuses.

Na cultura grega e romana, o uso de bebidas alco-

ólicas, que já era de domínio destas culturas, não se apresentava tão somente identificado com os rituais religiosos que, via de regra, permitiam um estado alterado de consciência, mas difundia-se como prática social relacionada às múltiplas facetas sociais, tais como festas, bodas, triunfos, vitórias, datas expressivas, jogos e todo tipo de manifestação de confraternização. Com o advento das conquistas se difundiram também para outros povos, bem como a implementação de outros usos. No período medieval, durante a ascendência e poder da Igreja, muitas pessoas, por conhecerem os efeitos psicoativos de plantas, foram mortas pela inquisição para não colocar em risco o poder dominante da época. O

uso de substâncias psicoativas, com exceção do álcool, era restrito e combatido.

O álcool, no final da Idade Média, que era somente usado na forma destilada, propiciou sua disseminação/consumo. Na Idade Moderna, fatores como as grandes navegações e a Revolução Industrial - capitalismo (dominação e exploração) propiciaram a concentração urbana, e a produção de bebidas passou a ser industrializada, aumentando o consumo de álcool. A intensificação do contato com outros continentes e países facilitou o intercâmbio de outras drogas. Portanto, é o período no qual o consumo de substâncias psicoativas tomou proporções preocupantes, pois, no início deste período, muitos retornaram de colônias localizadas na Ásia, Índia, África e no continente americano para seus países de origem, trazendo o costume de utilizar certas substâncias psicoativas para prazer ou como remédio.

Ao final do século XIX, há um grande consumo de ópio, álcool, cigarro e xarope de coco, e nota-se o início do uso de medicação injetável. No século XX, ocorrem duas guerras mundiais que incrementam o uso de anfetaminas para aumentar o rendimento dos soldados e da morfina para aliviar a dor dos feridos, sendo que os sobreviventes retornavam trazendo esta prática com outra intencionalidade, ou seja, a busca do prazer. Na década de 50 e 60, com o fortalecimento do capitalismo no mundo ocidental pós-guerra, houve uma grande necessidade de mão de obra. Este modelo econômico exigia, porém, que os trabalhadores fossem rápidos, ativos e, principalmente, sóbrios.

Os jovens europeus e norte-americanos, que representavam uma parcela significativa da população, rebelam-se contra esse modelo econômico. Os jovens americanos, principalmente, não aceitaram o chamado “sonho americano”, que preconizava igualdade de oportunidades, liberdade e prosperidade para todos, na medida em que observavam esse sonho desvanecer-se diante de uma realidade que era dura, injusta e brutal, para vários segmentos da sociedade. Essa rebeldia, porém era ameaçadora para a ordem social. Na França, não foi diferente. Os jovens organizaram-se em movimentos estudantis em Paris, que se espalharam pela Europa. O movimento hippie nos EUA questionava os valores da economia capitalista, buscando alternativas para viver, em que o prazer, a sexualidade (pílula anticoncepcional), o afeto e a religiosidade passam a ser fundamentais, formando-se comunidades de vida alternativas, na qual a cooperação é fundamental entre seus membros. Sexo, drogas e Rock’n roll são expressões da “juventude transviada”, que ameaçavam o sistema vigente, com o uso acentuado principalmente de duas substâncias alucinógenas: maconha e LSD. Em 1961, os EUA propõem uma resolução na ONU que é seguida até os dias atuais, em que o consumo de drogas ilícitas é criminalizado.

Nos anos 80, ocorre uma intensificação do uso de drogas psicoativas com acentuação para as sintéticas (produzidas em laboratório, como anfetaminas, ecstasy e outras) e estabelece-se a maior organização de “cartéis internacionais de drogas”, tendo na Colômbia sua concentração (cartel de Cali - Pablo Escobar). Com organização e ramificação pelo mundo, o tráfico de drogas passa a ser a segunda maior economia do mundo (só perde para a informática - produção de softwares e computadores) até os dias de hoje, mesmo com a ação repressora dos EUA e outros países que formam uma verdadeira ação de guerra ao tráfico de drogas.

A década de 90 foi marcada por um grande consumo de cocaína, numa visão mais individualista e de prazer fugaz pela vida, onde o importante é desfrutar o momento. Atualmente, o neoliberalismo e a globalização vêm sendo disseminados e seguidos por diversas nações, entre elas, o Brasil. Essa nova concepção econômica é caracterizada por uma redução da qualidade dos serviços públicos, como a saúde e a educação, bem como pela diminuição de proteção aos indivíduos mais carentes social e economicamente. Nesta ótica, o desemprego, a doença, o analfabetismo, a violência e a dependência ao uso de substâncias psicoativas passam a ser vistas como problemas não gerados pela sociedade, mas apontados como deficiências do próprio sujeito e, neste sentido, em um país com desníveis sociais e econômicos acentuados como o Brasil, para uma grande parte da população excluída, o uso de substâncias psicoativas pode ocorrer para amenizar o sofrimento, diferentemente da busca pelo prazer como maior característica dos usuários dos países desenvolvidos. Diante disto, a sociedade brasileira procura formas de conter o avanço do consumo das substâncias psicoativas legais e ilegais, estando neste quadro o uso indiscriminado de medicamentos (OLIVEIRA, 1992).

De fato, desde os povos mais antigos – que faziam uso ritual tradicional de drogas que, de uma forma mais direta, não acarretava danos sociais ocasionados por estes rituais que se prestavam para gerar proximidade com o criador e com as coisas não possíveis – até as sociedades contemporâneas – onde o consumo de drogas psicoativas toma a forma de grave problema internacional, jurídico, policial e de saúde pública, que se inicia com a expansão do estilo de vida contracultural, primeiramente nas classes médias, a partir da década de 60 –, o uso de substâncias psicoativas mudou radicalmente e na sua essência finalidades e rito de uso (VELHO, 1980).

O abuso de drogas atual perpassa várias classes e instâncias sociais, relacionando-se com doenças e delinquência, entre outros problemas. Reconhecendo a gravidade das repercussões desse abuso na saúde das populações e seu custo social, a comunidade internacional empreende importantes esforços para controlá-lo (VELHO, 1994).

Ações governamentais, visando o controle das drogas, desenvolvem-se em diversas nações e envolvem a cooperação entre países. Incluem financiamento e cooperação técnica que, em alguns casos, demanda deslocamentos de equipamentos e de militares entre países. Na esfera jurídica, verificam-se reformulações legais, revisando o alcance de punições de condutas relacionadas ao consumo, produção e tráfico de drogas. Instituições sanitárias e educacionais investem, por todo o mundo, recursos financeiros e humanos na pesquisa e no controle do fenômeno (SENAD, 1998).

Apesar de tudo isso, registra-se um aumento no uso/abuso e na dependência das diversas drogas, particularmente naquelas mais baratas, de maior difusão social e lamentavelmente na de maior impacto social – o crack. Também tem se registrado o aparecimento de novos tipos de drogas e, de forma singular, o recrudescimento de velhas dependências que estão além e no entorno da própria droga, como a compulsão pelo jogo, pelo sexo, pela internet, pelo consumo de mercadorias – que, guardando as devidas proporções, se assemelham à drogadição (COSTA; REBOLLETO; LOPES, 2007).

2. Aspectos técnicos sobre o uso de drogas

Vários indicadores mostram que o consumo de drogas tem atingido formas e proporções preocupantes no decorrer deste século, especialmente nas últimas décadas. As consequências, diretas e indiretas, do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas nas várias interfaces da vida social: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, seus(suas) parceiros(as) e crianças, no aumento da criminalidade, etc. São justamente os “custos sociais” decorrentes do uso indevido de drogas, cada vez mais elevados, que tornam urgente uma ação enérgica e adequada do ponto de vista da saúde pública.

Embora muitos estudos e ensaios sobre intervenções nos contextos motivados pelo fenômeno do uso indevido de drogas estejam sendo realizados, ainda nos deparamos com barreiras, tais como os interesses econômicos envolvidos na produção e venda de drogas (lícitas e ilícitas), a incompreensão social do problema e a falta de recursos (humanos e materiais) adequados para o seu tratamento. Ainda são insuficientes as investigações que abordam a questão em suas múltiplas dimensões, pois os estudos se reduzem, na sua quase totalidade, aos diagnósticos de situações e investigações sobre a consequência mais dolorosa do uso de drogas: a morte.

Quanto às políticas públicas em matéria de drogas, durante décadas, a maioria dos países (incluindo o Brasil) privilegiou a repressão das substâncias ilícitas, mas pouco se fez no campo da prevenção

por meio da educação para a saúde. Paralelamente, as drogas lícitas, em particular o álcool e o tabaco, não mereceram nenhuma atenção e até foram alçadas, pela publicidade, à condição de promotoras de sucesso, poder, bom gosto e *finesse*.

Há sinais de que essas atitudes estejam mudando, e uma maior sensibilidade e adequação dos profissionais preocupados com o uso indevido de drogas possam nos conduzir a embates além dos de caráter moral, ideológico e metodológico. É possível que sejam apontadas as necessidades de uma reflexão mais aprofundada e corajosa sobre o uso de drogas em nossas sociedades e que respostas mais libertárias e mais contextualizadas possam apresentar como alternativas plausíveis para a construção de uma sociedade mais pacífica, justa e tolerante.

3. Custos sociais decorrentes do uso abusivo de drogas

Para estimar os custos relativos ao uso e abuso de drogas (lícitas e ilícitas) em termos de saúde pública, as pesquisas têm se pautado, principalmente, nos gastos com tratamento médico, na perda de produtividade de trabalhadores consumidores abusivos de drogas e nas perdas sociais decorrentes de mortes prematuras. Nos anos 90, o custo anual estimado nos Estados Unidos era superior a 100 bilhões de dólares e quase 20 bilhões no Brasil. Atualmente estima-se que estes custos tenham se tornado cinco vezes maior, tanto nos Estados Unidos quanto aqui no Brasil.

O Relatório do **I Fórum Nacional Antidrogas** (SENAD, 1998) reportava que, no Brasil, os custos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas estavam estimados em 7,9% do PIB por ano, ou seja, cerca de 28 bilhões de dólares (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SP, 1996). Custo decorrente do tratamento de doenças ligadas ao uso de tabaco, que correspondiam a 2,2% do PIB nacional e que os custos totais para o SUS das patologias relacionadas com uso de tabaco elevam-se a R\$ 925.276.195,75 (CHUTTI *apud* BUCHER, 1992). Contudo, o tabaco não é usualmente incluído nas estatísticas sobre dependência química. A assistência especializada no tratamento das drogas ilícitas consumia, em contrapartida, o equivalente a 0,3% do PIB (BUCHER, 1992).

Segundo aquele Relatório, as internações decorrentes do uso abusivo e da dependência do álcool e outras drogas também comportam importantes custos sociais. No triênio de 1995 a 1997, mais de 310 milhões de reais foram gastos em internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas. Ainda neste mesmo período, o alcoolismo ocupava o quarto lugar no grupo das doenças que mais incapacitavam, considerando a prevalência global.

Se multiplicarmos isso tudo por cinco, teremos hoje uma razoável ideia dos custos sociais do uso abusivo de drogas.

Conclusão

A preocupação atual sobre o avanço das drogas nas sociedades e os impactos diretos e indiretos decorrentes desse avanço traz consigo inúmeras provocações a todos nós, ao mesmo tempo em que nos convida a refletir sobre as formas mais plurais de conviver e dar respostas eficazes para estes problemas que emergem a cada dia. Se olhado pela frieza do número contido nos dados estatísticos, a maioria de nós é afetada direta e indiretamente pelo uso/abuso/dependência e tráfico de drogas e, quando não isso, pela violência associada a esses comportamentos sociais. Professores – de todos os níveis e séries –, pais, líderes sociais e comunitários, profissionais de todas as categorias funcionais e todos os cidadãos precisam, diante desse fenômeno, discutir e buscar respostas coletivas e adequadas a esse problema, que é multifacetado, cheio de implicativas, mas, acima de tudo, urgente. Devemos provocar inúmeros debates e fóruns de discussões para que todos os setores possam ser ouvidos e, a partir dessa consulta nacional, ajustar condutas pautadas pela Justiça, pela Democracia e Ética.

Talvez não encontremos resposta fácil para esse problema tão complexo e urgente, mas teremos de ser corajosos.

Referências

- BUCHER, R. Drogas e *drogadição* no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- COSTA, M. C. S.; REBOLLEDO, N. O.; LOPES, L. M. Uso de drogas no Chile: pesquisa documental e bibliográfica. *SMAD - Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Ed. port., vol.3, n. 1, fev. 2007.
- OLIVEIRA, S. R. M. *Ideologia no discurso sobre as drogas*. Brasília, 1992. Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília, 1992.
- SEED - SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. *Viver livre das drogas: política de educação preventiva*. Florianópolis, 2002.
- SENAD. *Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas*. BSB, nov. 1998.
- VELHO, G. Uma perspectiva antropológica do uso de droga. *J. Bras. Psiquiatria*, ano 6, n. 29, p. 355-358, 1980.
- _____. *Dimensão cultural e política do mundo das drogas*. Projeto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1994.

MÓDULO II – ESTUDO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Jorge Luiz Barbosa

Introdução

Neste módulo, você verá o conceito de drogas, a classificação das drogas importantes no ponto de vista médico – sanitário, além de obter informações complementares sobre as drogas.

Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de um de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Uma droga não é, por si só, boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças e são consideradas drogas medicamentosas ou simplesmente *medicamentos*. Mas também existem substâncias que provocam malefícios à saúde e, por isso, os denominamos *venenos* ou *tóxicos*. Uma coisa importante a saber é que uma mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações, e como tóxico, em outras.

Existem drogas capazes de alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo e, em função disso, são denominadas de **drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas**.

Há uma lista extensa de substâncias presentes em uma espécie de Dicionário, onde as doenças são classificadas (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão = CID-10). No capítulo V – Transtornos mentais e de comportamento, listam-se as doenças e as drogas a elas relacionadas. Nesta lista estão inclusas substâncias como o álcool; substâncias denominadas opioides (relacionadas ao ópio, como a morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); substâncias denominadas canabinoides (relacionadas à maconha); substâncias denominadas como sedativos ou hipnóticos (como é o caso dos barbitúricos e os benzodiazepínicos); substâncias estimulantes como a cocaína e o crack; as anfetaminas ou ainda substâncias relacionadas, como a cafeína ou a nicotina (tabaco) ou ainda substâncias que provocam alterações como alucinações – os alucinógenos (chá de cogumelo, LSD).

Enfim, vale lembrar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência apesar de todas elas afetarem o Sistema Nervoso Central, entretanto, há substâncias aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico que têm esse poder.

1. Classificação das drogas

Classificação das Drogas do Ponto de Vista Legal

Drogas lícitas	Drogas ilícitas
São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial (tarja preta).	Proibidas por lei. Estas não podem ser comercializadas. A restrição aqui não se enquadra em uma faixa etária, mas a todas as faixas etárias e todas as formas de apresentação. Ex.: maconha, cocaína, crack...

Existe uma classificação – de interesse didático – que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância. São elas: drogas **depressoras**, **estimulantes** e **perturbadoras** da atividade mental. Vejamos o significado desses termos.

Drogas depressoras da atividade mental incluem uma grande variedade de substâncias, que diferem muito em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito de melhoria do bem-estar em geral.

• **Álcool:** o álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É de longe a droga psicotrópica de maior uso e abuso e está amplamente disseminada nas culturas de um grande número de países na atualidade. O álcool induz a **tolerância** (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e a **síndrome de abstinência** (sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância).

• **Barbitúricos:** pertencem ao grupo de substâncias sintetizadas artificialmente desde o começo do século XX, que possuem diversas propriedades em comum com o álcool e com outros tranquilizantes (benzodiazepínicos). Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia, porém a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não está muito distante da dose tóxica ou letal. O sono produzido por essas drogas, assim como aquele provocado por todas as drogas indutoras de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico). Seus principais efeitos: a diminuição da capacidade de raciocínio e concentração; a sensação de calma, relaxamento e sonolência; reflexos mais lentos. Com doses um pouco maiores, a pessoa tem sintomas semelhantes à embriaguez, com lentidão nos movimentos, fala pastosa e dificuldade na marcha. Doses tóxicas podem provocar: sinais de incoordenação motora; acentuação da sonolência chegando até ao coma e morte por parada respiratória. São drogas que causam tolerância (sobretudo quando o indivíduo utiliza doses altas desde o início) e síndrome de abstinência quando ocorre sua retirada, o que provoca insônia, irritação, agressividade, ansiedade e até convulsões. Em geral, os barbitúricos são utilizados na prática clínica como indutores anestésicos (Ex.: Tiopental) e/ou como anticonvulsivante (Ex.: Fenobarbital).

• **Benzodiazepínicos:** esse grupo de substâncias começou a ser usado na Medicina durante os anos 60 e possui similaridades importantes com os barbitúricos, em termos de ações farmacológicas, com a vantagem de oferecer uma maior margem de segurança, ou seja, a dose tóxica aquela que produz efeitos prejudiciais à saúde é, muitas vezes, maior que a dose terapêutica, a dose prescrita no tratamento médico. Atuam potencializando as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal neurotransmissor inibitório do SNC, o que leva à diminuição da ansiedade; indução do sono; relaxamento muscular; redução do estado de alerta. Essas drogas dificultam, ainda, os processos de aprendizagem e memória, e alteram, também, funções motoras, prejudicando atividades como dirigir automóveis e outras que exijam reflexos rápidos. As doses tóxicas dessas drogas são bastante altas, mas pode ocorrer intoxicação se houver uso simultâneo de outros depressores da atividade mental, principalmente, álcool ou barbitúricos. O quadro de intoxicação é muito semelhante ao causado por barbitúricos. Exemplos de benzodiazepínicos: diazepam (valium), lorazepam (lorax), bromazepam, midazolam (dormomid), flunitrazepam, clonazepam (rivotril), lexotan.

• **Opioides:** grupo que inclui drogas “naturais”, derivadas da papoula do oriente (*Papaver somniferum*), sintéticas e semissintéticas, obtidas a partir de modificações químicas em substâncias naturais. As drogas mais conhecidas desse grupo são a morfina, a heroína e a codeína, além de diversas substâncias totalmente sintetizadas em laboratório, como a metadona e meperidina. Sua ação decorre da capacidade de imitar o funcionamento de diversas substâncias naturalmente produzidas pelo organismo, como as endorfinas e as encefalinas. Normalmente, são drogas depressoras da atividade mental, mas possuem ações mais específicas, como de analgesia e de inibição do reflexo da tosse. Causam os seguintes efeitos: contração pupilar importante; diminuição da motilidade do trato gastrointestinal; efeito sedativo, que prejudica a capacidade de concentração; torpor e sonolência. Os opioides deprimem o centro respiratório, provocando desde respiração mais lenta e superficial até parada respiratória, perda da consciência e morte. São efeitos da abstinência: náuseas; cólicas intestinais; lacrimejamento; arrepios, com duração de até 12 dias; corrimento nasal; câimbra; vômitos; diarreia.

• **Solventes e inalantes:** esse grupo de substâncias, entre os depressores, não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais. Solventes podem tanto ser inalados involuntariamente por trabalhadores quanto ser utilizados como drogas de abuso, por exemplo, a cola de sapateiro. Outros exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila, o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada, frequentemente, de “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”. Os efeitos têm início bastante rápido após a inalação, de segundos a minutos, e também têm curta duração, o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com consequências, às vezes, desastrosas. O uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios, causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. Outro efeito ainda pouco esclarecido dessas substâncias (em especial dos compostos derivados, como o clorofórmio) é sua interação com a adrenalina, pois aumenta sua capacidade de causar arritmias cardíacas, o que pode provocar morte súbita. Embora haja tolerância, até hoje não se tem uma descrição característica da síndrome de abstinência relacionada a esse grupo de substâncias.

Drogas estimulantes da atividade mental: são incluídas nesse grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

- **Anfetaminas:** são substâncias sintéticas, ou seja, produzidas em laboratório. Existem várias substâncias sintéticas que pertencem ao grupo das anfetaminas. São exemplos de drogas “anfetamínicas”: o fenproporex, o metilfenidato, o manzidol, a metanfetamina e a dietilpropiona. Seu mecanismo de ação consiste em aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de neurotransmissores utilizados pelo cérebro, a dopamina e a noradrenalina. Os efeitos do uso de anfetaminas são: diminuição do sono e do apetite; sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando realiza esforços excessivos, o que pode ser prejudicial; rapidez na fala; dilatação da pupila; taquicardia; elevação da pressão arterial. Com **doses tóxicas**, acentuam-se esses efeitos. O indivíduo tende a ficar mais irritável e agressivo e pode considerar-se vítima de perseguição inexistente (delírios persecutórios) e ter alucinações e convulsões. O consumo dessas drogas induz **tolerância**. Não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de **abstinência**. São frequentes os relatos de sintomas depressivos: falta de energia, desânimo, perda de motivação, que, por vezes, são bastante intensos quando há interrupção do uso dessas substâncias. Entre outros usos clínicos dessa substância, destaca-se a utilização como moderadores do apetite (remédios para regime de emagrecimento).

- **Cocaína:** é uma substância extraída de uma planta originária da América do Sul, popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*). A cocaína pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirada ou dissolvida em água e injetada na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma pedra, que é fumada, o crack. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado, que também pode ser fumado, conhecido como *merla*. Seu mecanismo de ação no SNC é muito semelhante ao das anfetaminas, mas a cocaína atua, ainda, sobre um terceiro neurotransmissor, a serotonina, além da noradrenalina e da dopamina. A cocaína apresenta, também, propriedades de anestésico local que independem de sua atuação no cérebro. Essa era, no passado, uma das indicações de uso médico da substância, hoje obsoleto. Seus efeitos têm início rápido e duração breve. No entanto, são mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo utiliza o *crack* ou *merla*. Efeitos do uso da cocaína: sensação intensa de euforia e poder; estado de excitação; hiperatividade; insônia; falta de apetite; perda da sensação de cansaço. Apesar de não serem descritas tolerância nem síndrome de abstinência inequívoca, observa-se, frequentemente, o aumento progressivo das doses consumidas. Particularmente, no caso do *crack*, os indivíduos desenvolvem dependência severa rapidamente, muitas vezes, em poucos meses ou mesmo algumas semanas de uso. Com doses maiores, observam-se outros efeitos, como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também podem ser observados aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, que podem levar à morte se esses sintomas forem prolongados. Ocorrem, ainda, dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia (os efeitos podem levar até a parada cardíaca, uma das possíveis causas de morte por superdosagem = overdose).

Drogas estimulantes da atividade mental: nesse grupo de drogas, classificam-se diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação *alucinógenos*. Em linhas gerais, podemos definir **alucinação** como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. **Delírio**, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Há uma realidade, um fator qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito. Por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota em toda parte indícios claros – embora irreais – de uma perseguição contra a sua pessoa. Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais, denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas *psicotomiméticos*.

- **Maconha:** há, na *Cannabis sativa* (= pé de maconha), muitas substâncias denominadas de canabinoides. Desse vegetal, as folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta semi-sólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetrahydrocannabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos. Há uma grande variação na quantidade de THC produzida pela planta conforme as condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, bem como na sensibilidade das pessoas à sua ação, o

que explica a capacidade de a maconha produzir efeitos mais ou menos intensos. Efeitos psíquicos agudos: sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga e hilaridade, enquanto, em outros casos, podem ser descritos como angústia, atordoamento, ansiedade e medo de perder o autocontrole, com tremores e sudorese. Há uma perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de um prejuízo da memória e da atenção. Com doses maiores ou conforme a sensibilidade individual, podem ocorrer perturbações mais evidentes do psiquismo, com predominância de delírios e alucinações. Efeitos psíquicos crônicos: o uso continuado interfere na capacidade de aprendizado e memorização. Pode induzir um estado de diminuição da motivação, que pode chegar à síndrome amotivacional, ou seja, a pessoa não sente vontade de fazer mais nada, tudo parece ficar sem graça, perder a importância. **Efeitos físicos agudos:** Hiperemia conjuntival (os olhos ficam avermelhados); diminuição da produção da saliva (sensação de secura na boca); taquicardia com a frequência de 140 batimentos por minuto ou mais. Efeitos físicos crônicos: problemas respiratórios são comuns, uma vez que a fumaça produzida pela maconha é muito irritante, além de conter alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existir uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno. Ocorre, ainda, uma diminuição de 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, podendo haver infertilidade.

- **Alucinógenos:** designação dada a diversas drogas que possuem a propriedade de provocar uma série de distorções do funcionamento normal do cérebro, que trazem como consequência uma variada gama de alterações psíquicas, entre as quais alucinações e delírios, sem que haja uma estimulação ou depressão da atividade cerebral. Fazem parte deste grupo a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e o Ecstasy.

ATENÇÃO: no Brasil, o Ministério da Saúde não reconhece nenhum uso clínico dos alucinógenos, e sua produção, porte e comércio são proibidos em território nacional. O grupo de drogas alucinógenas pode ser subdividido entre as seguintes características:

- **alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários:** são capazes de produzir efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo;

- **alucinógenos secundários:** são capazes de induzir efeitos alucinógenos em doses que afetam, de maneira importante, diversas outras funções;

- **plantas com propriedades alucinógenas:** diversas plantas possuem propriedades alucinógenas, como, por exemplo, alguns cogumelos (*Psilocybe mexicana*, que produz a psilocibina), a jurema (*Mimosa hostilis*) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e beberagens alucinógenas.

- **Dietilamida do ácido lisérgico:** LSD - substância alucinógena sintetizada artificialmente e uma das mais potentes com ação psicotrópica que se conhece. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas. Seus efeitos dependem muito da sensibilidade da pessoa às ações da droga, de seu estado de espírito no momento da utilização e também, do ambiente em que se dá a experiência. Efeitos do uso de LSD: distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados); fusão de sentidos (por exemplo, a impressão de que os sons adquirem forma ou cor); perda da discriminação de tempo e espaço (minutos parecem horas ou metros assemelham-se a quilômetros); alucinações (visuais ou auditivas) podem ser vivenciadas como sensações agradáveis, mas também podem deixar o usuário extremamente amedrontado; estados de exaltação (coexistem com muita ansiedade, angústia e pânico, e são relatados como boas ou más “viagens”). Outra repercussão psíquica da ação do LSD sobre o cérebro são os **delírios**.

- **Ecstasy** (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina ou MDMA): é uma substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta, também, propriedades estimulantes. Seu uso é frequentemente associado a certos grupos, como os jovens frequentadores de danceterias ou boates. Há relatos de casos de morte por **hipertermia maligna**, em que a participação da droga não é completamente esclarecida. Possivelmente, a droga estimula a hiperatividade e aumenta a sensação de sede ou, talvez, induza um quadro tóxico específico. Também existem suspeitas de que a substância seja tóxica para um grupo específico de neurônios produtores de serotonina.

- **Anticolinérgicos:** são substâncias provenientes de plantas ou sintetizadas em laboratório que têm a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no SNC e no Sistema Nervoso Periférico (SNP). Produzem efeitos sobre o psiquismo quando utilizadas em doses relativamente grandes e também provocam alterações de funcionamento em diversos sistemas biológicos, portanto, são drogas pouco específicas. Como **efeitos psíquicos**, os anticolinérgicos causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de pessoas intoxicadas que se sentem perseguidas ou têm visões de pessoas ou animais. Esses sintomas dependem bastante da personalidade do indivíduo, assim como das circunstâncias ambientais em que ocorreu o consumo dessas substâncias. Os efeitos são, em geral, bastante intensos e podem durar até dois ou três dias.

Efeitos somáticos: dilatação da pupila; boca seca; aumento da frequência cardíaca; diminuição da motilidade intestinal (até paralisia); dificuldades para urinar. Em doses elevadas, podem produzir grande elevação da temperatura (até 40-41°C), com possibilidade de ocorrerem convulsões. Nessa situação, a pessoa apresenta-se com a pele muito quente e seca, com uma hiperemia, principalmente, localizada no rosto e no pescoço.

Outras drogas: você já tem uma ideia de que as drogas podem ter vários tipos de classificação, entretanto, há drogas cujos efeitos psicoativos não possibilitam sua classificação numa única categoria (depressoras, estimulantes ou perturbadoras da atividade mental).

Todas as drogas descritas a seguir são lícitas, ou seja, são comercializadas de forma legal.

- **Tabaco:** um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países do mundo, o cigarro é uma das mais importantes causas potencialmente evitáveis de doenças e morte. Efeitos: doenças cardiovasculares (infarto, AVC e morte súbita); doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica); diversas formas de câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e útero). Seus efeitos sobre as funções reprodutivas incluem redução da fertilidade, prejuízo do desenvolvimento fetal, aumento de riscos para **gravidez ectópica** e abortamento espontâneo.

A nicotina é a substância presente no tabaco que provoca a dependência. Embora esteja implicada nas doenças cardiocirculatórias, não parece ser esta a substância cancerígena. As **ações psíquicas da nicotina** são complexas, com uma mistura de efeitos estimulantes e depressores. Mencionam-se o aumento da concentração e da atenção e a redução do apetite e da ansiedade. A nicotina induz **tolerância** e se associa a uma síndrome de **abstinência** com alterações do sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade.

Gravidez extra-uterina, fora do útero. Fumantes passivos – existem evidências de que os não fumantes expostos à fumaça de cigarro do ambiente (fumantes passivos) têm um risco maior de desenvolver as mesmas patologias que afetam os fumantes.

- **Cafeína:** é estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas. O seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Surgiu até o termo “cafeinismo” para designar uma síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

- **Esteróides anabolizantes:** embora sejam descritos efeitos euforizantes por alguns usuários dessas substâncias, essa não é, geralmente, a principal razão de sua utilização. Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisioculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar sua massa muscular. Podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência. Efeitos adversos: diversas doenças cardiovasculares; alterações no fígado, inclusive câncer; alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões, interrupção precoce do crescimento).

Informações complementares

1. Drogas circulantes na sociedade: o importante é que saibamos que há muitos produtos considerados drogas em circulação na sociedade. Essas substâncias estão presentes nos produtos de limpeza de nossas casas (domissanitários) e que podem gerar intoxicações. Há outras substâncias utilizadas na Medicina e que não constituem problemas para a saúde, visto que estão controladas tanto pelos órgãos de Fiscalização (Vigilância Sanitária, AN-VISA e Órgãos de Defesa do Consumidor) quanto pelos Conselhos Técnicos (de Medicina, Farmácia, de Enfermagem...), o que impede prescrições e usos indevidos dessas substâncias. Há ainda outras drogas de venda livre - como o tabaco e as bebidas alcoólicas permitidas para maiores de 18 anos - que também acarretam inúmeros malefícios para

os usuários e, por extensão, para a sociedade. Enfim, todas as drogas são perigosas. Embora existam drogas mais perigosas que outras, todas contribuem para o desinteresse e desmotivação das pessoas em relação à vida e ao futuro. O consumo habitual de drogas conduz à dependência, que se caracteriza pela necessidade de consumir doses cada vez maiores para obter os mesmos efeitos.

2. Produção de drogas: outra coisa importante a se considerar são as formas de produção dessas drogas. Em linhas gerais, as drogas podem ser:

- **naturais:** obtidas a partir de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais. Exemplo: a cafeína (do café), a nicotina (presente no tabaco), o ópio (na papoula) e o THC tetraidrocannabinol (da *cannabis* = maconha);

- **sintéticas:** são fabricadas em laboratório, exigindo para isso técnicas especiais. Podemos aqui denominar “droga” qualquer substância ou ingrediente utilizado em laboratórios, farmácias, tinturarias, etc., desde um pequeno comprimido para aliviar uma dor de cabeça ou até mesmo uma inflamação. Contudo, o termo é comumente empregado a produtos alucinógenos ou qualquer outra substância tóxica que leva à dependência, como o cigarro e o álcool, que por sua vez tem sido sinônimo de entorpecente.

As drogas psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que, ao serem penetradas no organismo humano, independente da forma (ingerida, injetada, inalada ou absorvida pela pele), entram na corrente sanguínea e atingem o cérebro, alterando todo seu equilíbrio, podendo levar o usuário a reações agressivas.

3. Intoxicação aguda: é uma condição transitória seguindo-se à administração de álcool ou outra substância psicoativa, resultando em perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento, outras funções ou respostas psicofisiológicas.

4. Uso nocivo: é um padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como no caso de hepatite decorrente da administração de drogas injetáveis) ou mental (ex.: episódio depressivo secundário a um grande consumo de álcool).

5. Toxicomania = adicção: a toxicomania é um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo e à sociedade, determinada pelo consumo repetido de uma droga (natural ou sintética). Suas características são:

1 - irresistível desejo causado pela falta que obriga a continuar a usar droga;

2 - tendência a aumentar a dose;

3 - dependência de ordem psíquica (psicológica), às vezes, física acerca dos efeitos das drogas.

6. Classificação do uso de drogas segundo a Organização Mundial de Saúde:

- uso na vida: o uso de droga pelo menos uma vez na vida;
- uso no ano: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses;
- uso recente ou no mês: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;
- uso frequente: uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- uso de risco: padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que

ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;

- uso prejudicial: padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental.

7. Quanto à frequência do uso de drogas, segundo a OMS, os usuários podem ser classificados em:

- não usuário: nunca utilizou drogas;
- usuário leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;
- usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês;
- usuário pesado: utilizou drogas diariamente durante o último mês.

8. A OMS considera ainda que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Assim, uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em, pelo menos, três dos seguintes sintomas ou sinais ao longo dos últimos doze meses:

- forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
- dificuldades em controlar o uso sejam em termos de início, término ou nível de consumo;
- uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;
- estado fisiológico de abstinência;
- evidência de tolerância, quando o indivíduo necessita de doses maiores da substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores;
- estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial;
- falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas;
- insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso;
- evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

9. O que leva uma pessoa a usar drogas: pesquisas recentes apontam que os principais motivos que levam um indivíduo a utilizar drogas são: curiosidade, influência de amigos (mais comum), vontade, desejo de fuga (principalmente de problemas familiares), coragem (para tomar uma atitude que sem o uso de tais substâncias não tomaria), dificuldade em enfrentar e/ou aguentar situações difíceis, hábito, dependência (comum), rituais, busca por sensações de prazer, tornar(-se) calmo, servir de estimulantes, facilidades de acesso e obtenção, etc. (BRASIL ESCOLA, 2010).

10. Como as escolas podem colaborar na prevenção do uso indevido de drogas?

Diversas escolas têm adotado programas educativos com esse objetivo. Eles podem ser de grande ajuda aos jovens, sobretudo a partir do início da adolescência, desde que conduzidos de forma adequada. Como já foi explicado anteriormente, informações mal colocadas podem aguçar a curiosidade dos jovens, levando-os a experimentar drogas. Discursos antidrogas e mensagens amedrontadoras ou repressivas, além de não serem eficazes, podem até mesmo estimular o uso. Nos programas de prevenção mais adequados, o uso de drogas deve ser discutido dentro de um contexto mais amplo de saúde. As drogas, a alimentação, os sentimentos, as emoções, os desejos, os ideais, ou seja, a qualidade de vida entendida como bem-estar físico, psíquico e social, são aspectos a serem abordados no sentido de levar o jovem a refletir sobre como viver de maneira saudável. Os jovens devem aprender a conhecer suas emoções e a lidar com suas dificuldades e problemas. Um modelo de prevenção deve contribuir para que os indivíduos se responsabilizem por si mesmos a fim de que comportamentos de risco da sociedade possam ser modificados.

Referências

ANDRADE, A.G.; NISCATRI, S.; TONGUE, E. *Drogas: atualização em prevenção e tratamento curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa*. São Paulo: Lemos, 1993.

ANTIDROGAS. Prevenção. Disponível em: <<http://www.antidrogas.com.br/oquedrogas.php>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BEEDER, A. B.; MILLMAN, R. B. Patients with psychopathology. In: LOWINSON, J. H. et al. (Orgs.). *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, p. 551-562.

BRASIL ESCOLA. Artigos de drogas. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/drogas>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

EDWARDS, G. *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GALLOWAY, G. P. Anabolic-androgenic steroids. In: LOWINSON, J. H. et al. (Orgs.). *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, p. 308-318.

GREDEN, J. F.; WALTERS, A. Caffeine. In: LOWINSON, J.H. et al. (Orgs.). *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

LEITE, M. C. et al. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. *Drogas: subsídios para*

uma discussão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991.

NEAD DO HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Álcool e drogas sem distorção. Disponível em: <www.aed.one2one.com.br>. Acesso em: 20 dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

SCHMITZ, J. M.; SCHNEIDER, N. G.; JARVIK, M. E. Nicotine. In: et al. (Orgs.). *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

MÓDULO III – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tadeu Lemos

Quando falamos em Dependência Química (DQ) estamos nos referindo a uma doença psiquiátrica de ordem biológica, psicológica e social. Portanto, um transtorno biopsicossocial. Trata-se de uma doença causada por drogas psicotrópicas, drogas lícitas e ilícitas, que afetam nosso cérebro e, consequentemente, nosso comportamento.

A DQ pode ser compreendida como a autoadministração de drogas independentemente do conhecimento sobre seus prejuízos (efeitos adversos, repercussões sociais) e, posteriormente, do desejo de se manter abstinente. Duas características são comuns aos dependentes químicos: (1) a compulsão pelo uso da droga, levando ao consumo excessivo e descontrolado. O indivíduo centra suas atividades diárias na busca e consumo da droga, com importantes prejuízos individuais, sociais, familiares, escolares e laborativos; (2) o aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas físicos e psicológicos quando da interrupção do uso continuado (síndrome de abstinência).

Relacionar os avanços científicos neurobiológicos ao conjunto de saberes psicológicos e sociais que acompanham o entendimento do comportamento humano é um desafio de todos nós que lidamos com este problema. Esta integração de saberes é imprescindível para o entendimento, prevenção, diagnóstico e tratamento da DQ. Em outras palavras, embora a descrição clínica da DQ seja o primeiro passo para seu diagnóstico (um ato médico), a determinação da natureza dos processos biopsicossociais subjacentes à origem, manutenção e reinstalação desta condição, associado ao conhecimento das ações e efeitos das diferentes drogas psicotrópicas (estudadas no capítulo anterior) é que vão garantir a eficácia do tratamento e das abordagens preventivas.

Você já leu, no primeiro capítulo desta série, que há indícios do uso de drogas psicotrópicas pelo homem há mais de dez mil anos antes de Cristo (período neolítico), provavelmente como uma forma de vivenciar experiências místicas ou curar seus males. Por muitos séculos, as drogas mais usadas pelo homem foram: o ópio, a maconha e o álcool, sempre associadas as suas possíveis propriedades terapêuticas ou em rituais místicos, como uma forma de aproximação com os deuses. Porém, com o passar dos anos, o uso adquire também um caráter recreativo e abusivo e o homem passou a produzir drogas psicotrópicas sintéticas, buscando efeitos específicos, não terapêuticos.

Podemos, então, observar claramente que, com o desenvolvimento das civilizações, especialmente nas eras moderna e contemporânea, o uso de drogas psicotrópicas perde definitivamente seu caráter terapêutico e místico e consolida-se o uso recreativo, com padrão abusivo e crescente de dependência.

O que mudou? Mudou a relação do homem com a droga. Mudou a finalidade do consumo, do uso. Por quê? Porque, com o processo de desenvolvimento, o homem passou a ter outras necessidades, outros anseios, não preenchidos pela saúde e pela espiritualidade; porque o ambiente em que vive foi de tal forma modificado na busca de facilidades para a vida que trouxe, no bojo dos benefícios, também muitos riscos; porque o homem vem perdendo a capacidade de manejar sua própria vida, de enfrentar os riscos próprios da sobrevivência, de lidar adequadamente com suas emoções.

Neste sentido de mudança, evoluíram também as teorias que buscam explicar a gênese da DQ. No século XVIII, predominava a **Teoria Moral**, que preconizava ser o abuso de álcool uma escolha pessoal que transgredia as regras da boa convivência social e que, por isso, deveria ser punida com castigos. Na virada daquele século, surgiu o **Modelo da Temperança**, que compreendia a embriaguez como a perda do autocontrole, que começava por escolha pessoal, tornava-se um hábito e, depois, uma necessidade. Por isso se deveria ser mais complacente com os abusadores. No século XIX, surge o **Modelo Clínico** do alcoolismo, como uma doença crônica, que preconizava tratamentos clínicos prolongados.

Na década de 20 do século passado, a Lei Seca americana acirrou as discussões entre moralistas e cientistas. Daí vem o **Modelo Natural**, pregando que o ser humano tinha uma tendência inata ao uso de drogas e, em seguida, os **Modelos Biológicos** (amparados em teorias neurobiológicas e genéticas), os **Modelos Psicológicos** (teorias psicanalíticas, da personalidade dependente, comportamental, cognitiva e sistêmica), os **Modelos Sociais** (teorias de processo social e de controle social) e os **Modelos Espirituais** (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos).

Mais recentemente surgiu o **Modelo da Saúde Pública**, considerando a DQ como resultado de interações entre o indivíduo (biológico, psicológico e espiritual), o ambiente (social) e a droga, e o **Modelo do Ecletismo**, mais aceito atualmente,

que considera todos os modelos citados a partir do Biológico, assimilando uma combinação de abordagens embasadas em conhecimento científico.

Na abordagem eclética da DQ, nos deparamos com fatores de risco e proteção ao uso, abuso e dependência de drogas. São considerados fatores de risco todas as circunstâncias sociais ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos de risco, como usar drogas. Por outro lado, fatores de proteção são aquelas circunstâncias que contrabalançam ou compensam as vulnerabilidades, tornando a pessoa com menos chances de assumir esses comportamentos arriscados. Assim, os fatores de risco e de proteção englobam aspectos biológicos, genéticos, de relacionamento e interação social, aspectos familiares, culturais, o acesso às drogas e os efeitos dessas sobre o indivíduo.

Como localizar esses fatores? Estes fatores são encontrados no indivíduo, na família, na escola, na comunidade e na própria droga. Observe o quadro a seguir.

O conceito atual de DQ considera que qualquer padrão de consumo é constantemente influenciado por estes fatores de risco e de proteção. Assim, caracterizamos a DQ como um problema multifatorial que deve

ser abordado em todos os campos onde encontrarmos estes fatores. Esta deve ser uma abordagem multiprofissional, na qual é importantíssima a participação dos educadores, que podem estar atentos aos fatores psicossociais aqui listados.

Como já foi abordado no módulo I, sabemos que, geralmente, o uso de drogas ilícitas se inicia na adolescência, e o de drogas lícitas (álcool e tabaco) se inicia ainda mais cedo. Por isso, a prevenção deve ocorrer o mais precocemente possível. Nas escolas, a abordagem preventiva não requer necessariamente uma discussão sobre os diferentes tipos de drogas, mas certamente requer uma atenção especial aos valores éticos e aos aspectos de uma vida saudável, sem prescindir, obviamente, de um ensino de qualidade.

Finalizo com uma reflexão da psicolinguista argentina Emília Ferreira, em *Psicogênese da língua* (1985): “As crianças pobres não aprendem, não porque sejam pobres, carentes e desnutridas (e outras denominações correlatas), mas porque não são devidamente estimuladas; o que temos hoje é uma escola pobre de estímulos, de condições materiais, sucateada, maltratada e que maltrata e expulsa seus alunos”. Eu completo: as crianças não se drogam porque são pobres, mas...

	FATORES DE RISCO	FATORES DE RISCO
INDIVÍDUO	- Insegurança - Insatisfação - Curiosidade - Busca de emoções/prazer - Doenças psiquiátricas (depressão, ansiedade, pânico, esquizofrenia, outras) - Doenças crônicas em geral	- Habilidades sociais - Cooperação - Capacidade resolutiva - Vínculos pessoais - Vínculos institucionais - Ética e valores morais - Autonomia - Autoestima - Saúde
FAMÍLIA	- Autoritarismo - Permissividade ou negligência - Pais ou irmãos que fumam, bebem ou usam outras drogas - Pais ou irmãos que sofrem de transtornos mentais ou doenças crônicas - Conflito entre os pais ou irmãos	- Definição de papéis - Hierarquia - Companheirismo - Envolvimento afetivo - Monitoramento das ações dos filhos - Regras de conduta claras - Respeito aos ritos familiares - Harmonia conjugal
ESCOLA	- Mau desempenho - Falta de regras claras - Baixa expectativa em relação aos alunos - Exclusão social - Falta de vínculos afetivos - Autoritarismo - Permissividade - Falta de infraestrutura - Escola Clube*	- Bom desempenho - Boa adaptação - Oportunidades de participação - Desafios - Vínculo afetivo - Exploração de talentos pessoais - Descoberta e construção de um projeto de vida - Prazer em aprender - Realização pessoal
COMUNIDADE	- Violência - Desvalorização do poder público - Descrença nas instituições - Falta de recursos para prevenção e tratamento - Desemprego - Falta de lazer - Modismos - Falta de informação - Uso indiscriminado de remédios	- Respeito às leis sociais - Credibilidade da mídia - Trabalho - Lazer - Justiça social - Informação sobre drogas - Organização comunitária - Afetividade comunitária - Mobilização social - Boas relações interpessoais
DROGA	- Disponibilidade para compra - Fácil acesso - Propaganda - Efeito agradável/prazer, que leva o indivíduo a querer repetir o uso	- Informações adequadas - Regras e controle para consumo - Dificuldade de acesso

* “Escola Clube” é a escola mais voltada para o lazer do que para o ensino.

Quadro 1 - Fatores de risco e proteção ao uso, abuso e dependência de drogas

MÓDULO IV – PROCESSO DE PREVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Maria Taís de Melo
Liliana Stadnik

O ser humano é produto de sua atividade histórica em seu meio social que, em interação com “os outros”, realiza, transforma e muda o curso de sua história.

É de extrema relevância ter em mente que o homem se constitui por inteiro, ele é um ser biopsicossocial, não mero fragmento a ser visto e analisado, conforme sua posição no mundo.

Nessa concepção de homem e de mundo, podemos vislumbrar as possibilidades em todas as ações humanas, e é assim que pretendemos intervir, possibilitando a reflexão que desencadeie ações efetivas na qualidade de vida de nossas crianças e jovens, prevenindo-os e encaminhando-os para uma vida saudável longe das drogas e de todos seus malefícios, instigando-os à consciência quanto ao uso e suas consequências, muitas vezes fatais e irreversíveis. Quanto à prevenção ao uso de drogas, a responsabilidade vai além da família, deve ser pensada com compromisso na educação formal, aquela que se desenvolve dentro das nossas instituições, a qual chamamos de escola.

1. A família e a escola

Sabemos que a primeira instituição social a educar é a família e seu papel importante é fundamental e intransferível, um espaço/tempo que caracteriza o meio histórico e social de cada sujeito. Entretanto, sabemos também que somente esta instituição, por si só, não pode dar conta do processo educacional, uma vez que as crianças têm ido muito cedo para a outra instituição, a escola, e aí o papel indissociável das duas: de importante responsabilidade, não havendo espaço para jogos de transferência.

Neste mesmo espaço social, as drogas também estão e esperam a oportunidade de chegar às nossas crianças e adolescentes. O engano aqui é pensar que elas estão longe, e, assim pensando, que devem ser discutidas mais tarde. Este discurso do “mais tarde” tem inviabilizado a possibilidade de prevenção, fazendo-nos chegar muito tarde... Temos observado que é nesta espera de tempo que elas têm encontrado espaço junto às nossas crianças e adolescentes.

Se pensarmos um pouco, nós, educadores, estamos diretamente nas escolas, identificamos muito bem esta situação, não apenas percebemos, como somos comunicados que o “Joãozinho/a Joaninha” já estão o suficientemente envolvidos, e que somente o tratamento específico pode ajudar essas vítimas. E é assim que perguntamos: por que não percebemos? Surgem perguntas como estas e, com elas, algumas respostas. Nosso olhar pode estar fixo apenas em cumprir os conteúdos programáticos. Nesse momento, torna-se imprescindível a reflexão sobre o que realmente é “educar”? Qual nosso real papel de educador? Sem dúvida, ele vai

muito além dos conteúdos programáticos que, devemos sim, levar aos nossos alunos. Devemos lembrar, também, que em nossas filosofias consta ensinar, educar e preparar para a vida e, neste sentido, o que estamos fazendo?

Neste curso do qual você faz parte, é nosso papel chamar todos os educadores a pensar nesta possibilidade de educar e verdadeiramente exercer nossa profissão em plenitude com a qualidade de vida.

Como nosso sujeito histórico é total, ele não entra na escola apenas com um cognitivo a ser trabalhado, desse modo, o aspecto emocional deve também ser considerado. Pois a emoção também ocupa um lugar de destaque nos processos de constituição singular destes sujeitos (alunos), sendo que a apropriação da realidade, do cotidiano é posteriormente ressignificada e produzida socialmente, por isso a importância do que se dá e do que se recebe nas mediações e no contexto escolar.

É preciso também entender esta questão da emoção, da afetividade, pois se observa que, nas escolas, esta questão encontra-se ainda em um discurso com olhar pejorativo, como se fosse uma permissividade total, ou com olhar de “coitadinho”, e não é nada disso. A afetividade está em abrir e estender o olhar para dialogar, ensinar, aprender e viver com um ensino de qualidade e a autoridade necessária, que não inclui o autoritarismo – já que este exclui e abre caminho para o mundo enganoso das drogas.

A emoção e a afetividade são condições essenciais e estão na constituição do humano, assim nos move e nos

leva ao melhor caminho, escolhido em cada situação que nos é colocada. E esta situação nos aponta a importância do professor mediador no processo educacional, que suscita a atenção para as leituras não verbais presentes em sala de aula, como as expressões, gestos, comportamentos, que podem significar muito mais que as palavras, como nos diz Freire (1999, p. 47):

Às vezes mal se imagina o que pode passar a representar na vida de um aluno um simples gesto do professor. O que pode um gesto aparentemente insignificante valer a força formadora ou como contribuição do educando por si mesmo [...]. Este saber, o da importância desses gestos que se multiplicam diariamente nas tramas do espaço escolar, é algo sobre que teríamos de refletir seriamente.

E falando de emoções e afetos, lembramos do papel importante da cultura e da linguagem, pois em cada meio social, as palavras e os gestos são dotados de significados simbólicos que estabelecem uma relação dinâmica entre o sujeito e a cultura. Nesse sentido, precisamos pensar que ideologia e cultura são processos dialéticos que, ao serem internalizados, interferem na dinâmica do desenvolvimento das funções mentais superiores (pensamento, memória, imaginação, etc.). Sendo assim, quando nos propomos a discutir aspectos relacionados à prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes, não podemos perder de vista a perspectiva dialética destas dimensões. Assim, devemos começar pela reflexão da forma como pode ser internalizado o próprio conceito de prevenção.

Neste caminho que busca desvendar significados, o diálogo tem um papel fundamental e a leitura dos gestos também dispensa as palavras e faz uma comunicação não verbal de relevante importância, portanto deveríamos nos dedicar e nos aprofundar mais nestas leituras.

Cada ato da fala não é só o produto dado, sempre cria algo que nunca existiu antes, algo absolutamente novo e não repetitivo que se revela na entonação. Ao destacarmos as próprias conversas cotidianas que ocorrem entre as crianças, é possível compreender como a entonação é especialmente sensível a todas as vibrações sociais e afetivas que envolvem o falante, principalmente observar como ela atua constituindo e se integrando ao enunciado como parte essencial da estrutura de sua significação.

Cada época e cada grupo social têm seu próprio repertório de formas de discurso, que funciona como espelho que reflete e retrata o cotidiano. A palavra é a revelação de um espaço no qual os valores fundamentais de uma dada sociedade se exprimem e se confrontam.

Nós concebemos que todos os fenômenos educativos têm certo grau de distanciamento, seja espacial, temporal ou ambos, pois mesmo as aulas, os cursos, currículos ditos presenciais, estão sujeitos a estes aspectos. O currículo não se esgota nas dimensões físicas

da sala de aula ou da presença do professor. Outros instrumentos de aprendizagem perpassam neste cenário: pesquisas, internet, leituras, entrevistas, filmes, diálogos síncronos e assíncronos, etc.

Na prática pedagógica, o diálogo pode se constituir em ferramenta imprescindível para detectar e vislumbrar alternativas que, precedida de uma escura qualificada, pode constituir um referencial que norteie nosso olhar para a dimensão complexa da constituição social do sujeito e, conseqüentemente, nos ofereça um arsenal metodológico de intervenção, o que é fundamental para que possamos agir criticamente na arena complexa da educação.

Portanto, pensar em prevenção ao uso de drogas nos remete à família e à escola e, neste espaço, nos dirigimos especialmente à escola, aos seus profissionais e, especialmente, ao professor educador, onde o mundo das possibilidades é fértil.

Para o trabalho que propomos quanto à prevenção ao uso de drogas e apostando mais uma vez que a educação pode assumir esta causa, pensamos na escola como um espaço humanizado, onde o processo de aprendizagem e ensino seja um espaço de construção que vise atender as propostas delineadas nos Projetos Políticos Pedagógicos, suas filosofias de formar um cidadão consciente, capaz, digno para viver e conviver em sociedade. Para isso, é importante que as relações estabelecidas neste contexto sejam de compromisso acadêmico e com a vida, o que exige uma relação afetiva, conforme Freire (1999, p. 159).

Ensinar exige querer bem aos educandos; o querer bem não significa, na verdade, que por ser professor me obrigo a querer bem a todos os alunos de maneira igual. Significa, de fato, que a afetividade não me assusta, que não tenho medo de expressá-la. Significa esta abertura ao querer bem, a maneira que tenho de autenticamente selar o meu compromisso com os educandos numa prática específica do ser humano.

Neste contexto, localizamos a terra fértil para efetivarmos ações entre a realidade descortinada e conhecida de cada um de nós, educadores, por vezes cruel, bem sabemos, e o ideal que sonhamos. Mas é “entre” a realidade e o ideal que podemos vislumbrar nosso fazer, no mundo das possibilidades, de incluir a **prevenção ao uso de drogas** no cotidiano de nossas escolas, de nossas aulas, pois nossa possibilidade está em chegarmos às nossas crianças e jovens antes das drogas.

Podemos chegar antes se entendermos que este assunto não está longe, como muitos pensam. Ele é real e perigoso. Devemos estar atentos e abertos para identificar, modificar algumas posturas muitas vezes assumidas pela escola. E nesse sentido, relatamos um fato ocorrido há poucos meses e que, graças a uma atitude diferenciada, se pôde obter um bom resultado.

Em uma determinada escola, uma menina do 1º ano do Ensino Médio é encaminhada ao profissional (coordenação) com a queixa de que esta não gostava de ir para a aula de Educação Física e, tampouco, de estar dentro da sala de aula, sendo frequente suas saídas para o pátio, se escondendo até mesmo no banheiro, e que já teria sido chamada sua atenção por várias vezes. Neste caso, a medida comum da escola seria dar uma advertência, fazer um discurso daqueles que não resolvem nada e mandar um bilhete para casa para que os pais estivessem cientes a respeito da indisciplina da filha. Mas neste dia, quem atendeu a menina foi outro profissional, que, diga-se de passagem, nunca comungou desta rotina e destes encaminhamentos. E o que fez? Escutou... escutou... e descobriu que esta menina já estava viciada em álcool há muito tempo. A escuta possibilitou espaços para que esta menina pudesse se abrir e pedir socorro, e isso só ocorreu porque a escuta foi qualificada, isto é, houve acolhimento na abertura, estabeleceu-se vínculo de confiança. Dessa forma, unindo âmbito escolar, familiar e seus envolvidos, foi possível dar os encaminhamentos adequados. Agora perguntamos: e se o atendimento rotineiro fosse feito, onde estaria esta menina? E quantos passam diariamente em nossas mãos e são tratados apenas como mais um caso de indisciplina e/ou afrontamento na escola?

2. Possibilidades de intervenção à prevenção ao uso de drogas

Verifica-se que uma estratégia para proporcionar condições para a objetivação e subjetivação dos sujeitos em programas de prevenção ao uso de drogas é escutar a voz do cursista e seguir o seu olhar. A educação hoje se apresenta como uma proposta mais complexa e diferente do que no passado e uma das formas de se iniciar esse processo de mudança nas políticas de gestão é ouvir o ponto de vista dos alunos sobre elas. Trazer a voz do aluno deverá ser a principal meta dos modelos de educação que estão se alicerçando hoje.

Portanto, neste artigo, sugerimos a metodologia cuja hipótese central é o diálogo e a análise do conteúdo das falas, a percepção do outro, nas mais diversas linguagens e espaços sociais, bem como a atenção a outros indicadores presentes no cotidiano escolar.

Desta forma, sugerimos que haja momentos, nas instituições escolares, voltados à reflexão para uma educação emocional. Relato de experiências, já que falamos de seres humanos, e com eles, uma história, um universo. É importante os professores saberem sobre seus alunos, que bagagem eles car-

regam. Afinal, quantas crianças, jovens e até mesmo adultos não tiveram a chance de mostrar quem realmente são, não tiveram oportunidade e nem receptividade? Será mais fácil rotular e seguir admitindo os famosos comentários: “Ah! O fulano é assim mesmo! Esse garoto não tem mais jeito!” Ou podemos nos permitir escutar o pedido de socorro desse aluno, que muitas vezes está apenas esperando uma chance? Alguns encaminhamentos são possíveis nesse sentido:

- Primeiramente, precisamos nos apropriar deste assunto com o compromisso e responsabilidade que o mesmo requer;

- Ação de mobilização dos alunos (familiares) e professores (escola) pode-se iniciar pelo Projeto Político Pedagógico da escola;

- Refletir a concepção de educação e rever posturas na escola;

- Não planejar PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS como evento. O objetivo é possibilitar um espaço para que aflore o processo de conscientização, construção para que possa ser apropriado (apreendido) e significado;

- Discutir e delinear ações efetivas para o dia a dia sobre a prevenção ao uso de drogas. Para tanto:

- escuta qualificada;
- atenção ao outro;
- acolhimento;
- conhecimento;
- adotar estratégias midiáticas, destacando-se a importância da utilização da produção de vídeo como informação alternativa pois, ele permite chegar à realidade mais próxima do aluno. Por meio do vídeo, o aluno pode ter acesso, por exemplo, aos movimentos históricos de seu próprio povoado, cidade ou algumas cidades vizinhas;
- uso da internet, mediado e acompanhado;
- produção textual;
- material escrito (informativo) sobre o assunto construído pelos professores e escola;
- palestras para professores, escola e, posteriormente, utilizar com alunos;
- proporcionar para que os alunos produzam o material referente ao assunto, observando sua percepção;
- analisar antes de julgar cada caso e cada um dos nossos alunos, crianças e adolescentes, pois a forma de abordagem quanto às cobranças dos insucessos e a baixa autoestima terá grande chance de, na exclusão, encontrar o “outro” caminho: o das drogas...

Finalizando, lembramos que escola e professor devem estar abertos, de forma receptiva, a acolher com ética os sujeitos. Somos peças indispensáveis nesse processo e devemos dedicar nosso potencial e chegar aos nossos alunos antes das drogas e, assim, seremos capazes de alimentar sonhos, ao invés de sufocá-los com a ilusão danosa da droga.

Referências

- BAKTHIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- CARVALHO NETO, C. Z. Por uma pedagogia vivencial. *Revista Direcional Escolas*, São Paulo, 2005.
- DEMO, P. *Educar pela pesquisa*. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 2001.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- FIORI, E. M. Aprender a dizer a sua palavra. In: FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1986.
- LEONTIEV, A. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978.
- MATTOS, R. M.; CASTANHO, M. I. S.; FERREIRA, R. F. Contribuição de Vygotsky ao conceito de identidade: uma leitura da autobiografia de Esmeralda. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v.3, n. 1, 2003. Disponível em: <www2.uerj.br/~revispsi/v3n1/artigos/artigo8v3n1.html>. Acesso em: 13 dez. 2010.

Parte 2 – Processos de intervenção

INFORMAÇÕES SOBRE OS CAPS

Jorge Luiz Barbosa

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento multidisciplinar para esses objetivos. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dessas pessoas – usuárias ou não de substâncias psicoativas e de familiares. Os CAPS constituem-se como uma estratégia da saúde mental no curso da reforma psiquiátrica.

1. CAPS & a rede de atenção à saúde mental

É importante que se possa situar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos que precisam estar articulados na rede de serviços de saúde e que, por conta disso, necessitam manter-se permanentemente vinculados a outras redes sociais de setores afins, de tal modo que atendam as demandas de todos que precisam do suporte e da atenção à saúde, em especial os que ainda não se enquadram nas categorias de assistidos e/ou estejam excluídos da sociedade por transtornos mentais, dependência de drogas, moradores de rua e outras categorias.

Os CAPSs foram concebidos para assumirem papel estratégico na articulação, na construção e fortalecimento das redes de assistência e dos serviços de saúde e, assim, cumprirem sua função na assistência direta e/ou na regulação da rede de serviços de saúde. Por isso devem trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários e, de forma muito especial, assumindo o papel de integrador ao se articularem os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas e outras em cada território.

Assim, ao fazer parte, dinamizar e fortalecer essas redes comunitárias de cuidados estará promovendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental; desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de

Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e espera-se que, por conta disso, se tornem promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Por sua vez, cada território – que é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, bares, etc.) – busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (MANUAL CAPS, 2004).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

2. Surgimento do CAPS

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores

de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

2.1 Evolução do número de CAPS

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime e internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Os CAPS, assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de fornecer um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, em um dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MANUAL CAPS, 2004).

Dados de referências:

1. Portaria/SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece as Diretrizes da Política de Mental no País. Suas diretrizes ainda são válidas para os hospitais;
2. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002: define e estabelece Diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial;
3. Portaria GM /MS, de 30 de abril de 2002: cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de Álcool e Outras Drogas;
4. Portaria GM /MS n. 189, de 20 de março de 2002: inclui na Tabela de Procedimentos do SIH – SUS, os procedimentos que podem ser cobrados pelos Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no SUS – Financiamento via APAC – o artigo 13º estabelece os procedimentos necessários para o Cadastramento de CAPS junto ao Ministério da Saúde;
5. Portaria n. 2.197, de 14 de outubro de 2004: redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências;

6. Portaria n. 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004: institui os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospitais Gerais;

7. Portaria n. 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005: aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

3. Ações dos CAPS

Por ser um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou, em alguns casos, um Núcleo de Atenção Psicossocial, o compromisso desses “dispositivos” é ser um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, passa a ser um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um ambiente de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

4. Objetivos dos CAPS

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. De fato, trata-se de um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
 - gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
 - promover a inserção social dos usuários através 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.
- Os CAPS devem contar com espaço próprio e ade-

quadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. 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 sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana.

5. Usuários dos CAPS

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados ao uso das substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam que serão atendidas nos CAPS.

6. Processo de atendimento nos CAPS

Para ser atendido em um CAPS, pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende a região onde mora.

Quando a pessoa chegar ao CAPS, deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço

e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham.

Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. A partir daí, irá se construir, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado a sua necessidade.

Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS. Por isso, é importante que o CAPS procurado seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa.

7. Usuários e seus familiares

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um **meio terapêutico**, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais quanto a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido por meio da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento.

Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um **projeto terapêutico com o usuário** e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento.

O Terapeuta de Referência (TR) terá de ser responsável por monitorar, junto com o usuário, o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.

Cada usuário de CAPS deve ter um *projeto terapêutico individual*, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02:

- **Atendimento intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com gra-

ve sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- **Atendimento semi-intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- **Atendimento não-intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional.

8. Atividades terapêuticas que os CAPS podem oferecer

Os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além das consultas e do uso de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominada clínica ampliada.

Essa ideia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e

que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias.

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- **Atendimento individual:** prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;

- **Atendimento em grupo:** oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;

- **Atendimento para a família:** atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;

- **Atividades comunitárias:** atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;

- **Assembleias ou reuniões de organização do serviço:** a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência.

Trata-se de uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados que, juntos, discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tenha que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá se iniciar ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social.

Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de tra-

balhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Como vimos, muitas coisas podem ser feitas em um CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana. Demos somente alguns exemplos, mas com certeza existem muitas práticas sendo realizadas nos CAPS que poderiam ser descritas aqui.

9. Dias e horários de funcionamento dos CAPS

Quadro resumo do funcionamento do CAPS
CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira
CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período e assim funcionar até 21 horas
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período e assim funcionar até 21 horas

Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico.

É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês.

O que também determina a frequência dos usuários no serviço é o acesso que têm ao CAPS, o apoio e/ou

o acompanhamento familiar e a possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas, de geração de renda e trabalho. Já os CAPS III funcionam durante 24 horas e podem oferecer acolhimento noturno.

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem.

O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

10. Medicamentos & usuários dos CAPS

A necessidade de medicação de cada usuário do CAPS deve ser avaliada constantemente com os profissionais do serviço. Os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um.

Os CAPS poderão também ser uma central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental na sua região. Isso quer dizer que os CAPS podem ser unidades de referência para dispensação de medicamentos básicos e excepcionais, conforme decisão da equipe gestora local.

Os CAPS poderão dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência e, ainda, em casos muito específicos, àqueles pacientes internados em hospitais da região que necessitem manter o uso de medicamentos excepcionais de alto custo no seu tratamento.

Caberá, também, a esses serviços e à equipe gestora, um especial empenho na capacitação e supervisão das equipes de saúde da família para o acompanhamento do uso de medicamentos e para a realização de prescrições adequadas, tendo em vista o uso racional dos medicamentos na rede básica. O credenciamento dos CAPS na rede de dispensação de medicamentos não é automático e deverá estar sujeito às normas locais da vigilância sanitária, da saúde mental e da assistência farmacêutica, esperando-se que o princípio de fazer chegar os medicamentos às pessoas que precisam deva prevalecer, em detrimento de normas ideais dissociadas da realidade concreta.

11. Oficinas terapêuticas

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas conforme o interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

- **Oficinas expressivas:** espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro;
- **Oficinas geradoras de renda:** servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- **Oficinas de alfabetização:** esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercer a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

12. CAPS: outras atividades

São atividades comuns nos CAPS:

- **Tratamento medicamentoso:** tratamento realizado com prescrição e acompanhamento de fármacos com ação psicoativos (= psicofármacos).
- **Atendimento a grupo de familiares:** reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.
- **Atendimento individualizado a famílias:** atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.
- **Orientação:** conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.
- **Atendimento psicoterápico:** encontros individu-

ais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.

- **Atividades comunitárias:** atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.

- **Atividades de suporte social:** projetos de inserção no trabalho, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares.

- **Oficinas culturais:** atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais, etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.

- **Visitas domiciliares:** atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa.

- **Desintoxicação ambulatorial:** conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/ abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

13. Os CAPS não são iguais

Os CAPS são diferentes:

a) quanto ao tamanho, equipamentos, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas.

b) quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Os diferentes tipos de CAPS são:

- **CAPS I e CAPS II:** são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

- **CAPS III:** são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

- **CAPSi:** CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

- **CAPSad:** CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

14. CAPS para infância e adolescência (CAPSi)

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que se ampliam as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil.

As psicoses da infância e o autismo infantil são condições clínicas para as quais não se conhece uma causa isolada que possa ser responsabilizada por sua ocorrência. Apesar disso, a experiência permite indicar algumas situações que favorecem as possibilidades de melhora, principalmente quando o atendimento tem início o mais cedo possível, observando-se as seguintes condições:

- O tratamento tem mais probabilidade de sucesso quando a criança ou adolescente é mantido em seu ambiente doméstico e familiar.
- As famílias devem fazer parte integrante do tratamento, quando possível, pois observa-se maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente.
- O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia, etc. A melhora das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos.
- As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe.
- Deve-se ter em mente que, no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante

nas condições de vida para eles e suas famílias.

- Atividades de inclusão social em geral, e escolar, em particular, devem ser parte integrante dos projetos terapêuticos.

Em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola.

15. CAPS para usuários de álcool e drogas (CAPSad)

Os CAPS I, II e III destinam-se a pacientes com **transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso de álcool e outras drogas e/ou que essa seja uma condição clínica secundária ao transtorno mental**. Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas, passou a existir, a partir de 2002, os CAPSad. Portanto, os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma **perspectiva individualizada de evolução contínua**.

Fundamenta-se no pressuposto de que o cuidado aos usuários de drogas exige condições que respeitem o indivíduo enquanto pessoa, possibilitando sua (re)inclusão social, profissional e familiar, ampliando as ações em saúde mental na sua intensidade e diversidade.

Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses **serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços)**, de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Objetivos do CAPS ad:

- oferecer atendimento/cuidados intermediários (entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar) com ênfase numa abordagem compreensiva e com suporte educacional, social, recreacional, reabilitação psicossocial e reinserção profissional;
- estimular a melhora da qualidade de vida dos

usuários e seus familiares através do autocuidado;

- intervir junto à comunidade com ações educativas em saúde como forma de reduzir os danos sociais, psíquicos e físicos consequentes do uso de drogas;
- servir como campo para formação acadêmica e de pós-graduação para estudantes e profissionais da área da saúde;
- promover, em parceria com instituições formadoras de recursos humanos em saúde (e áreas afins), a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde loco - regionais;
- diminuir o custo com internações hospitalares (social e financeiro) e uso de medicamentos.

Clientela:

- pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas;
- homens e mulheres a partir de 12 anos de idade;
- pertencer a área de abrangência;
- familiares, cuidadores, etc.

Programa de cuidados intensivos (4 ou 8 horas/dia) 3 a 5 vezes/semana:

- comprometimento intenso dos vínculos sociais e familiares;
- acentuada diminuição da capacidade laborativa (estudo e trabalho), interrompendo frequentemente estas atividades devido ao uso/dependência de substâncias psicoativas;
- pessoas em Síndrome de Abstinência leve e moderada que não requerem hospitalização;
- pessoas com dificuldade de iniciar ou manter voluntariamente abstinência ou diminuição do uso de substâncias psicoativas.

Programa de cuidados semi-intensivos (4 ou 8 horas/dia) até 3 vezes/semana;

Programa de cuidados não-intensivos (4 ou 8 horas/dia) até 3 vezes/mês.

Atividades no CAPSad:

- acolhimento de usuários de SDQ e seus familiares;
- atendimento individual;
- atendimento em grupos: orientação, operativo, etc.;
- visitas domiciliares;
- atividades socioterápicas;
- oficinas terapêuticas.

16. CAPSad & atuação preventiva

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

A prevenção teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma “escalada” do uso e minimizar as consequências de tal uso.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da Redução de Danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad.

As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização combinada dos seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer e atividades livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas. Devem buscar principalmente o fortalecimento de vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas. Os CAPSad devem construir articulações consistentes com os Hospitais Gerais de seu território, para servirem de suporte ao tratamento, quando necessário.

17. Relação dos CAPS com a Rede básica de saúde

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Que significa esta integração? O CAPS precisa:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento

to de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;

c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;

d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Este “apoio matricial” é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos. Quando o território for constituído por uma grande população de abrangência, é importante que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma “especialização”, devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS.

As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF.

18. Equipe CAPS

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS.

Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos.

Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas

CAPS I

• 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental

• 1 enfermeiro

• 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS II

• 1 médico psiquiatra

• 1 enfermeiro com formação em saúde mental

• 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS III

• 2 médicos psiquiatras

• 1 enfermeiro com formação em saúde mental

• 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior

• 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSi

• 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental

• 1 enfermeiro

• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSad

• 1 médico psiquiatra

• 1 enfermeiro com formação em saúde mental

• 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas

• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Para isso, é importante lembrar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados. É importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e ressignificado.

19. Relação: usuários & CAPS

O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica pode favorecer a apropriação, pelos usuários, do seu próprio projeto terapêutico através do Terapeuta de Referência, que é uma pessoa fundamental para esse processo e precisa pensar sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o serviço e com os profissionais e estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais.

Os usuários devem procurar os técnicos para tirar dúvidas e pedir orientação sempre que precisarem, entrando direta ou indiretamente em contato com o CAPS mesmo quando não estiverem em condições de ir ao serviço. A participação dos usuários nas Assembleias, muitas vezes, é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com o CAPS. As associações de usuários e/ou familiares muitas vezes surgem dessas assembleias que vão questionando as necessidades do serviço e dos usuários. Os usuários devem ser incentivados a criar suas associações ou cooperativas onde

possam, através da organização, discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação dos CAPS.

As organizações de usuários e/ou familiares têm cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial no Brasil, participando ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais.

20. Relação: familiares & CAPS

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento.

A presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico. Os familiares também têm criado associações, com outros familiares e/ou usuários, que podem ser um importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos.

21. Relação: comunidade & CAPS

A comunidade é um conjunto de pessoas, associações e equipamentos que fazem existir a vida numa certa localidade. A articulação entre CAPS e comunidade é, portanto, fundamental. A comunidade – serviços públicos das áreas da educação, do esporte e lazer, do trabalho, associações de moradores, clube de mães, associações comunitárias, voluntários – poderá ser parceira dos CAPS através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de um evento especial (uma festa, por exemplo), realização conjunta de projeto mais longo, participação nas atividades rotineiras do serviço.

Com essas parcerias e ações, a comunidade produz um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para a própria comunidade e para todos do CAPS. As parcerias ajudam a toda a comunidade

a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Por isso, a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental. O CAPS deve ser parte integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais.

Referências

BRASIL. *Lei Federal* nº 10.216, de 06 de abril de 2001, Brasília, 2004.

_____. *Portaria GM* nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, Brasília, 2004.

_____. *Portaria GM* nº 816, de 19 de fevereiro de 2002, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n816.htm>. Acesso em: 20 dez. 2010.

_____. *Portaria* nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7689.html>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

_____. *Portaria* nº 1.612, de 9 de setembro de 2005. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7689.html>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

_____. *Portaria* nº 384, de 05 de julho de 2005. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7689.html>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

_____. *Portaria /SNAS* nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as Diretrizes da Política de Mental no País. Suas diretrizes ainda são válidas para os hospitais.

_____. *Portaria/GM* nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece Diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

_____. *Portaria GM/MS*, de 30 de abril de 2002. Cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de Álcool e Outras Drogas.

_____. *Portaria GM/MS* nº 189, de 20 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH – SUS, os procedimentos que podem ser cobrados pelos Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no SUS – Financiamento via: APAC – No artigo 13º estabelece os procedimentos necessários para o Cadastramento de CAPS junto ao Ministério da Saúde.

_____. *Portaria* nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

_____. *Portaria* nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004 - Institui os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospitais Gerais.

_____. *Portaria* nº 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

MANUAL CAPS. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

ANEXOS

1. ORGANIZAÇÃO DE NOVOS CAPS

- Primeiro, verifique se sua cidade de fato precisa de um CAPS, isto é, se ela tem mais de 20.000 habitantes e não dispõe de outros recursos assistenciais em saúde mental, como ambulatório, oficinas terapêuticas, centro de saúde com equipe de saúde mental, equipes de saúde mental na rede básica.

- Procure conhecer as normas técnicas que se aplicam aos CAPS, especialmente as portarias 336, 189 e 816 (esta última sobre os CAPSad), de 2002. Busque ler textos e artigos sobre a experiência dos CAPS, e mesmo entrar em contato com algum serviço já existente, próximo de seu município.

- Todo o processo deve começar pela coordenação municipal de saúde mental. A iniciativa de criar um CAPS é do gestor municipal. Ele deve consultar a coordenação estadual de saúde mental e avaliar a disponibilidade orçamentária, existência de recursos humanos etc. Existe todo um processo de planejamento, que começa no âmbito municipal, a seguir regional, depois estadual. O coordenador estadual de saúde mental dispõe das informações sobre os serviços a serem futuramente implantados no Estado, atendendo aos critérios essenciais: população atendida (a prioridade são os municípios com população maior), existência de recursos humanos e materiais no município e outros.

Processo de cadastramento dos CAPS:

- 1 – implantação efetiva do CAPS;

- 2 – encaminhamento da proposta à Secretaria de Estado da Saúde;

- 3 – aprovação na Comissão Intergestores Bipartite;

- 4 – encaminhamento ao Ministério da Saúde para homologação e cadastramento.

Note que o cadastramento só pode ocorrer se o serviço já estiver em funcionamento e depende de limites orçamentários.

- Os municípios menores, com população abaixo de 20.000 habitantes, não necessitam de um CAPS, mas devem ter um serviço de saúde mental, articulado com a rede básica de saúde (por exemplo, Programa de Saúde da Família).

2. NORMAS APLICÁVEIS AO CAPS

Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art. 1º – Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.

§ 1º – As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º – Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

Art. 2º – Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º – Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua

estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º – Definir que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 – CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f – funcionar no período das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d – visitas domiciliares;

e – atendimento à família;

f – atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a – 1 médico com formação em saúde mental;

b – 1 enfermeiro;

c – 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d – 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.2 – CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f – funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas.

4.2.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d – visitas domiciliares;
- e – atendimento à família;
- f – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a – 1 médico psiquiatra;
- b – 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- c – 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d – 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 – CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana;

b – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g – estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b – atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d – visitas e atendimentos domiciliares;
- e – atendimento à família;
- f – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g – acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias;

i – a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias.

4.3.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a – 2 médicos psiquiatras;
- b – 1 enfermeiro com formação em saúde mental;

c – 5 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d – 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 – Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a – 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b – 1 profissional de nível médio da área de apoio.

4.3.2.2 – Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a – 1 profissional de nível superior entre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b – 3 técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

c – 1 profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPSi – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

e – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS, nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS, nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g – funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até 21 horas.

4.4.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPSi inclui as seguintes atividades:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d – visitas e atendimentos domiciliares;

e – atendimento à família;

f – atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g – desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

4.4.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi, para o atendimento de 15 crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia, será composta por:

a – 1 médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental;

b – 1 enfermeiro;

c – 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d – 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPSad – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b – sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições

de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d – coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS, nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS, nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g – funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas.

h – manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. – A assistência prestada ao paciente no CAPSad para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d – visitas e atendimentos domiciliares;

e – atendimento à família;

f – atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos(oito horas) receberão duas refeições diárias.

h – atendimento de desintoxicação.

4.5.2 – Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSad para atendimento de 25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, será composta por:

a – 1 médico psiquiatra;

b – 1 enfermeiro com formação em saúde mental;

c – 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d – 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e – 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art. 5º – Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa dessas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º – Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art. 7º – Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 8º – Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no Art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$ 52.000.000,00, previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art. 9º – Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPSi

e CAPSad) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 10º – Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

3. GLOSSÁRIO: EXPLICAÇÃO RÁPIDA DE PALAVRAS MUITO USADAS NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

- **Acolhimento noturno** = permanência do paciente no CAPS, para repouso ou observação, durante o período de até sete dias ininterruptos ou dez dias descontínuos em um período de 30 dias.

- **Ambiente terapêutico** = lugar onde a estrutura física das instalações, as relações entre as pessoas e as atividades realizadas ajudam no tratamento dos pacientes.

- **Área de abrangência** = também chamada de território ou região de abrangência. É a região (bairros, área programática) em que o CAPS é responsável pelo atendimento, incluindo-se todas pessoas que moram nessa região.

- **Atendimento de orientação** = aconselhamento ou instrução, individual ou em grupo, sobre algum assunto específico, por exemplo, grupo de orientação sobre medicamentos.

- **Atendimento psicoterápico** = encontros individuais ou em grupos onde são usadas técnicas de psicoterapia ou terapias psicológicas.

- **Atendimento-dia** = o atendimento que é prestado durante o dia no CAPS, com o paciente retornando à noite para casa.

- **Comunidade** = conjunto de pessoas que prestam ajuda umas às outras através de laços de sangue, afetivos, religiosos, de solidariedade, de vizinhança, que mantêm vivas as relações sociais que a sustentam.

- **Direitos civis** = direitos dos cidadãos garantidos pela Constituição do país.

- **Equipe multiprofissional** = é o grupo de pessoas de diferentes profissões que trabalha num CAPS. É também chamada de equipe multidisciplinar ou interdisciplinar.

- **Gerenciamento de casos** = registro, indicação de tratamento e acompanhamento individualizado a cada paciente, mobilizando-se as possibilidades do serviço e das ações intersetoriais para tal fim.

- **Gestor local** = é preferencialmente o secretário municipal de Saúde nos municípios (ou o estadual naqueles sem gestão plena), ou pessoa por ele designada, ou seja, coordenadores ou articuladores de saúde mental, estaduais, municipais, regionais ou distritais.

- **Inserção social** = permanência das relações sociais do paciente e de garantia de equipamentos e atividades em diferentes esferas da vida (moradia, trabalho, lazer etc.), tanto quanto possível.

- **Internação psiquiátrica** = é a permanência diurna e noturna em hospital especializado com medicamentos para redução dos sintomas da doença e que muito frequentemente não favorece a melhora do paciente por provocar o isolamento social e a perda de laços afetivos.

- **Medicamentos essenciais** = conjunto de produtos farmacêuticos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.

- **Medicamentos excepcionais** = conjunto de produtos farmacêuticos, geralmente de custo elevado. Sua dispensação atende a casos específicos, refratários aos medicamentos essenciais, devendo seguir os protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

- **Psicofármacos** = medicamentos psiquiátricos utilizados para o tratamento em crise ou manutenção: antipsicóticos, antidepressivos, tranquilizantes, antiepiléticos, estabilizadores do humor.

- **Psicoterapia** = ver atendimento psicoterápico.

- **Redução de danos** = ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.

- **Sintomas** = modificações no corpo ou comportamento de uma pessoa que indicam alguma doença.

- **Substâncias psicoativas** = são produtos de origem natural ou sintética, utilizados para promover alterações na sensopercepção, no nível de consciência e no estado emocional dos usuários. Muitos dos efeitos obtidos não são buscados de forma intencional pelo usuário (ex.: efeitos clínicos adversos, decorrentes do uso). As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com os seguintes fatores de influência:

a) as características da pessoa que as usa; b) qual droga é utilizada; c) qual a quantidade utilizada; d) qual o

padrão de uso; e) quais as características da substância utilizada, em termos de efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (estimulante, inibidora ou desorganizadora); f) qual o efeito que se espera (e/ou se obtém) da droga (objetivo e subjetivo); g) quais as circunstâncias em que é consumida; h) qual a vulnerabilidade de quem consome.

- **Suporte social** = apoio dado por instituições, grupos e atividades que ajudam o indivíduo a manter-se ativo na sociedade.
- **Terapêutica(s)** = tratamento, cuidado.
- **Transtornos mentais** = doença mental, sofrimento psíquico.
- **Tratamento medicamentoso** = tratamento que é feito com remédios ou medicamentos.
- **Usuários** = pacientes, pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde.
- **Visitas domiciliares** = atendimento domiciliar realizado por um profissional de nível superior do CAPS, sempre que o serviço achar necessário, com duração média de 60 minutos.

4. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS

Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica

1. INTRODUÇÃO: DIRETRIZES GERAIS

2. BREVE HISTÓRICO

3. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

3.1. APOIO MATRICIAL DA SAÚDE MENTAL ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA

3.1.1 Como Organizar as Ações de Apoio Matricial

3.1.2 Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica

3.2 FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA DA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

3.2.1 Formação Profissional

3.2.2 Como Financiar a Formação

3.3 INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

3.3.1 Inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

3.3.2 Revisão dos sistemas de informação da AB, incorporando indicadores relacionados à Saúde Mental

3.3.3 Indicadores Propostos

4. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO: DIRETRIZES GERAIS

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marca um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinho à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatorios e da Atenção Básica (AB) em qualquer uma de suas formas.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nessa rede: a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir da Atenção Básica.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).

Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas. Para essa população específica, vemos que o sistema assistencial ainda vigente (mas em processo contínuo de revisão e reversão de seu modelo) privilegia as pessoas mais acometidas, nos dispositivos de atenção hospitalar.

A essas unidades, chegam os usuários vitimados por um longo processo de adoecer, no qual o tempo médio entre a detecção de problemas relacionados ao uso de álcool e a busca efetiva por cuidados pode chegar a cinco anos, evidenciando consequências diretas/indiretas da falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou da ausência de efetividade das mesmas. Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores dessas substâncias. Portanto, é mais útil pensar em “problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas” do que em “dependência”.

Todos esses dados revelam a amplitude do problema a ser enfrentado. O que existe aí, epidemiologicamente falando? Sem contar com nenhum estudo recente, estimamos que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves está sendo atendida na Atenção Básica (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc.).

ManualCapsFinal 5/31/04

A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.

Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa. Nessa compreensão, baseamos a ideia de que urge estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Podemos sintetizar como princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e Atenção Básica:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

2. BREVE HISTÓRICO

Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na Atenção Básica, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu os seguintes eventos:

- Março de 2001

Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, com a presença do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM)/MS e alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica.

ManualCapsFinal 5/31/04, 6:34 PM 79 80

- Abril de 2002

Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado através de parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard.

- Julho de 2003

Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do DAB, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE, coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país.

A partir dos subsídios produzidos por essas oficinas, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propõe as seguintes diretrizes:

3 – ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

3.1 – Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos2 como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

3.1.1 – Como Organizar as Ações de Apoio Matricial

a. Onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da Atenção Básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

a.1. No caso de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da Atenção Básica é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial (conforme item b) e/ou planejar a expansão do número de CAPS.

b. Onde não houver serviços de saúde mental: criação de equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes.

ManualCapsFinal 5/31/04, 6:34 PM 80 81

b.1) No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.

A Coordenação de Saúde Mental tem recomendado que os municípios com menos de 20 mil habitantes organizem sua atenção em saúde mental sem os CAPS, trabalhando com a lógica de apoio matricial proposta anteriormente. As equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação.

3.1.2 – Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica

As equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas:

a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar.

b. Discutir casos identificados pelas equipes da Atenção Básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas.

c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc. nos grupos de risco e nas populações em geral.

d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.

e. Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura.

f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc.).

g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde, bem como na comunidade.

h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial.

i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

ManualCapsFinal 5/31/04, 6:34 PM 81 82

3.2 – FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA PARA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na Atenção Básica, é fundamental a capacitação destas equipes.

3.2.1 – Formação Profissional

Os Pólos de Saúde da Família, bem como os Pólos de Saúde Mental, já vinham desenvolvendo capacitações específicas em suas áreas, porém, de forma desarticulada. Na atual gestão, esses pólos deverão se adequar às novas diretrizes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, discutindo propostas conjuntas. A Coordenação de Saúde Mental, em seu Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica, prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento no interior dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses núcleos estão se constituindo com representantes de SMS, SES, unidades acadêmicas envolvidas etc. São, portanto, instrumentos de apoio/cooperação para os municípios que estiverem realizando ações de saúde mental na Atenção Básica no sentido de qualificar a rede e o cuidado, e de repensar as estratégias de formação.

Os cursos a serem oferecidos podem ser voltados para as equipes da rede básica: médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, incluindo propostas de atualização em saúde mental (temas afins), de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, é primordial que sejam desenvolvidas capacitações voltadas à promoção da autonomia dos usuários, e a participação da família como parceira no tratamento. A Coordenação de Saúde Mental/DAPE propõe conteúdos básicos a serem abordados nesses cursos, podendo ser modificados de acordo com as demandas e necessidades locais. Há também a disponibilidade para o suporte e a orientação técnica aos núcleos em formação e aos gestores locais.

Visando o estímulo para a formação permanente e não somente para capacitações pontuais, a estratégia de capacitação a ser desenvolvida pelos núcleos se entrelaça com a da implantação das equipes de apoio matricial, pois estas podem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço, discutindo casos e textos junto às equipes da Atenção Básica.

3.2.2 – Como Financiar a Formação

De acordo com o contexto local, o financiamento pode se dar através dos recursos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), de recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTE) para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da Coordenação Geral de Saúde Mental e das parcerias entre gestores locais e estaduais.

3.3 – INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) está em processo de reformulação, sendo estratégico para a avaliação e planejamento em saúde.

3.3.1 – Inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Está em discussão a introdução, no SIAB, de indicadores de monitoramento baseados no conceito de território, problema e responsabilidade sanitária, para evitar a exclusão do cuidado de casos graves na Atenção Básica e seu encaminhamento para a institucionalização.

ManualCapsFinal 5/31/04, 6:34 PM 82 83

3.3.2 – Revisão dos sistemas de informação da AB, incorporando indicadores relacionados à Saúde Mental

3.3.3 – Indicadores Propostos

AÇÃO	INDICADORES
1 – Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool	Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo
2 – Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas	Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo
3 – Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente	Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo
4 – Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica	Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo
5 – Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia)	Prevalência de transtorno convulsivo (epilepsia) por sexo e faixa etária
Outros indicadores sugeridos:	
6 – Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos	Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidos pela rede básica, por faixa etária e sexo
7 – Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio	Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhada pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população)

REFERÊNCIAS

1 – Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, 2001.

2 – Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, 2002.

3 – Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, 2003. Coordenação Geral de Saúde Mental DAPE/SAS/MS

(061) 315-2313/315-2684

Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br.

Coordenação de Gestão da Atenção Básica

DAB/SAS/MS

(061) 315-2898/226-2693 –

Endereço eletrônico: socorro.matos@saude.gov.br.

Processo para implantação do CAPS

Verifique se o seu município de fato precisa de um CAPS, isto é, se tem a população preconizada pela Portaria GM 336/2002, se não dispõe de outros recursos assistenciais em saúde mental, como ambulatório, equipe de saúde mental na atenção básica e o Núcleo de Apoio em Saúde da Família – NASF com profissional de saúde mental.

- Procure conhecer as normas técnicas que se aplicam aos CAPS, especialmente às Portarias GM 336, 189, 245 e 816 (está última sobre CAPS ad) de 2002. Busque ler textos e artigos sobre experiência dos CAPS, e mesmo entrar em contato com algum serviço já existente, próximo do seu município.

- Municípios com população inferior a 20.000 habitantes, de acordo com a deliberação 022/CIB/09, poderão implantar CAPS Microrregional (que atendam dois ou mais municípios).

Procedimentos para solicitação do Incentivo Financeiro Antecipado (Portaria GM nº 245/2005)

1. Ofício do gestor municipal saúde solicitando o incentivo financeiro ao Ministério da Saúde;
2. Projeto terapêutico do CAPS;
3. Recursos Humanos (nome, categoria profissional, carga horária e cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo a equipe mínima, conforme a Portaria GM 336/2002);
4. Termo de compromisso do gestor municipal saúde, assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 03 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro;
5. Proposta técnica de aplicação dos recursos (ver Portaria GM 245 de 17/02/2005);
6. Para CAPS microrregional acrescentar o Termo de Cooperação Técnica entre os municípios.
7. Toda a documentação deverá ser enviada à Gerência de Saúde para conhecimento, e esta, encaminhará à Coordenação Estadual de Saúde Mental para avaliação e solicitação do incentivo financeiro à Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS.

Procedimentos para Cadastramento e Documentos Necessários (Portaria GM 336/GM – 19/02/2002 e Portaria GM 189/SAS – 20/03/2002)

• O Processo de Cadastramento de um CAPS segue os seguintes passos:

1. Implantação efetiva do CAPS - O cadastramento só pode ocorrer se o serviço estiver em funcionamento;
2. Encaminhamento da proposta à Secretaria de Estado de Saúde;
3. Vistoria in loco pela gerência de saúde e/ou coordenação estadual de saúde mental e emissão de Parecer técnico.
4. Aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
5. Encaminhamento à Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS para homologação e cadastramento.

1 – Projeto Terapêutico contendo:

- Modalidade do CAPS: I, II, III, i, ad;
- Identificação do CAPS (Endereço completo, telefone, e-mail);
- Nome coordenador CAPS (categoria profissional);
- Introdução
- Justificativa para implantação do Serviço:
 - População do município;
 - Abrangência do CAPS: municipal, microrregional (identificar os municípios), população;
 - Estimativa de pessoas atendidas no CAPS,
 - Principais problemas de saúde mental dos usuários no município;
 - Clientela a ser atendida: (faixa etária);
- Objetivos do CAPS: geral e específicos;
- Metodologia: atividades a serem desenvolvidas no CAPS e específicas por categoria profissional;
- Rede de atenção psicossocial existente no município (Serviço de Saúde Mental na atenção básica, Equipes de PSF, Hospitais); ONG; Grupos de Mútua Ajuda, etc.);
- Fluxograma para o atendimento;
- Recursos humanos: identificação dos profissionais (nome, categoria profissional, nº Conselho de Classe e carga horária semanal).

2 - Documentação:

- Alvará Sanitário com relatório da Vigilância Sanitária;
- Dados de identificação da Secretaria Municipal de Saúde (endereço completo, telefone, CNPJ);
- Dados de identificação do Gestor Municipal de Saúde (nome, nº do documento de identidade, e-mail);

- Ofício do gestor Municipal de Saúde ao Secretário de Estado da Saúde solicitando cadastramento do CAPS;
- Currículo Vital (resumo) da equipe técnica com fotocópia do RG e do documento profissional do Conselho de Classe;
- Número do CNES.

OBSERVAÇÃO: A liberação do incentivo financeiro e da Portaria de Cadastramento pela Coordenação Nacional de Saúde Mental está condicionada à disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO

AMBIENTES	QUANT	DIMENSÃO (MIM)
Sala de Recepção de Pacientes	1	10,0m2 (1,2m2 por pessoa)
Sala de Registro / Arquivo	1	6,0m2
Sala Administrativa	1	11,0m2 (5,5m2 por pessoa)
Sala de Reunião de Equipe	1	9,0m2
Sanitários para Paciente	2	6,4m2
Sala de Atend. Individual (consultório)	2	15,0m2
Sala de Trabalho em Grupo	1	12,0m2 (1,2m2 por pessoa)
Sala de Estar / Multiuso	1	22,0m2 (1,5m2 por pessoa)
Oficina de Trabalhos	1	15,0m2
Sala de Observação	1	17,0m2 (2 leitos)
Posto de Enfermagem / S. de Serviços	1	6,0m2
DML (com tanque)	1	2,0m2
Copa	1	8,0m2
Refeitório	1	12,0m2 (1,0m2 p/ comensal)
Sala para Lavagem de Roupas	1	8,0m2
Banheiros para Funcionários	2	9,0m2
Sub-Total	---	171,4m2
Circulação / Paredes	15%	25,71m2
T O T A L		197,0m

Informações aos Gestores de Saúde

• **Como o CAPS é um espaço do Serviço de Saúde aberto e comunitário do SUS, ele deve ser** um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

• **Objetivos do CAPS:** oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, lazer, esporte, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêutico, oferecendo o cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os

CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, equipes de Estratégia em Saúde da Família -ESF, 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.
- **Funcionamento dos CAPS:** de segunda a sexta feira - nos 02 turnos e sem interrupção de horário.

Os usuários que permanecem um turno de 04 horas no CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (08 horas), duas refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico.

• **Onde utilizar o recurso:** para a manutenção do CAPS, podendo ser gasto em material de consumo, equipamentos, mobiliário, alimentação e transporte dos usuários, pequenas reformas, aquisição de veículo, qualificação e participação da equipe em eventos (cursos, seminários...), participação dos usuários em eventos (encontros, fóruns etc.), aquisição de materiais informativos (folder e outros materiais); eventualmente em salários de profissionais do CAPS. Lembre que o recurso está condicionado à produção, portanto, o valor mensal poderá variar.

Importante: estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tenha que permanecer a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá ser realizada na comunidade, no trabalho e na vida social.

Como se observa, há um campo extenso de ações que visam a autonomia dos usuários, cujo custeio deve ser garantido com os recursos financeiros do CAPS!

Informações para Implantação de CAPS I - Microrregional

De acordo com a deliberação 68/CIB/10, será liberado incentivo financeiro estadual com recursos do co-financiamento da Atenção Básica para implantação de CAPS, na modalidade I - Microrregional, com a finalidade de apoiar o início do funcionamento até a liberação da Portaria Ministerial.

A mesma deliberação dispõe sobre o incentivo financeiro estadual mensal para apoiar o início do funcionamento de novos CAPS nas diversas modalidades (I – não microrregional, II, III, i (infanto juvenil e ad (para tratamento de pessoas com transtornos por uso de álcool e outras drogas), sendo parcelas no valor de R\$ 15.000,00 não devendo ultrapassar o **período de três meses**.

Orientações Gerais

1. O incentivo financeiro do Ministério da Saúde (em parcela única) para a implantação do serviço será repassado conforme os critérios da Portaria GM Nº 245/2005.

2. A partir do início de funcionamento do CAPS (momento da vistoria do serviço realizada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental e emissão do Parecer Técnico para deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, será repassado o valor de R\$ 20.000,00 - para apoiar o funcionamento de CAPS I microrregional, até a liberação da Portaria Ministerial de cadastramento.

3. Após a liberação da Portaria Ministerial de cadastramento, os novos CAPS I microrregionais, assim como os CAPS I microrregionais já cadastrados, além do repasse financeiro mensal do Ministério da Saúde, receberão o valor mensal de R\$ 5.000,00 proveniente do recurso do Co- financiamento da Atenção Básica, que devem ser pactuado entre os gestores.

4. Os municípios do CAPS I microrregional devem ter aderido ao Pacto de Gestão.

5. Para implantação de CAPS I microrregional, os municípios deverão formalizar um Termo de Cooperação Técnica, devendo constar a responsabilidade de cada município pactuado, tal como o transporte dos pacientes e demais necessidades na documentação para a implantação do CAPS. Será necessário o registro dos acordos em ata dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde.

6. Os municípios pactuados para o CAPS microrregional devem estar geograficamente próximos para facilitar a permanência dos usuários no serviço, principalmente nas modalidades intensivo e semi – intensivo.

7. O município, sede do CAPS, deve ter a maior população (recomendamos população de aproximadamente 12.000 habitantes) para facilitar a aprovação pelo Ministério da Saúde.

8. O Projeto Terapêutico e os documentos para solicitação do incentivo financeiro e cadastramento do serviço serão avaliados pela Divisão de Saúde Mental/Gerência de Coordenação da Atenção Básica, devendo estar de acordo com as Portarias GM nº 245/05 e 336/GM/2002.

8. São critérios para a avaliação: a equipe técnica exigida, o projeto terapêutico e suas especificidades, a estrutura física adequada, existência de ações de saúde mental na atenção básica em todos os municípios pactuados e a existência de hospital geral com unidade psiquiátrica na região de saúde.

As informações detalhadas para o processo de solicitação do Incentivo Financeiro ao Ministério da Saúde e solicitação de cadastramento para CAPS, modalidade I, microrregional, estão no endereço eletrônico <www.saude.sc.gov.br> - Atenção Básica – Saúde Mental -CAPS - Orientações para Solicitação e Implantação de CAPS/SC, modalidade I, Microrregional.

9. Os CAPS microrregionais deverão manter e encaminhar para a Divisão de Saúde Mental, através da Gerência de Saúde, a estatística de procedência dos pacientes para fins de monitoramento e avaliação, assim como a emissão de APACs para a Gerência de Processamento de Serviços Assistenciais – GEPRO/SES.

10. O incentivo para apoiar o início de funcionamento dos CAPS nas modalidades I (não microrregional), II, III, CAPS ad (álcool e drogas) e CAPSi (infanto juvenil) será no valor de R\$ 15.000,00 mensais, até a publicação da portaria do Ministério da Saúde, não ultrapassando ao período máximo de 03 meses.

11. Os recursos mensais serão repassados fundo a fundo e a prestação de contas deverá ser apresentada no Relatório Anual de Gestão Municipal.

Repasso de Recursos Financeiros para CAPS

Os recursos para o financiamento dos CAPS, a partir da PORTARIA n. 2.867, de 27 de novembro de 2008, foram transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC dos Estados, Distrito federal e Municípios.

A referida Portaria definiu os cálculos para repasse dos recursos com base na série histórica da produção de serviços aprovados e registrados no Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS, **no quadrimestre de abril a julho de 2008**.

A Deliberação n. 0270/CIB de 16 de dezembro de 2008 versa sobre a PPI DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:

A metodologia desenvolvida foi avaliar os antigos grupos existentes na tabela e a nova composição da tabela unificada, foi avaliado o percentual que cada procedimento refletia no antigo grupo, para que fossem construídos os parâmetros e os novos agrupamentos.

Foi utilizada a produção de **maio a agosto de 2008**, para verificar a situação quanto à produção para avaliar o parâmetro e o custo médio.

Quanto aos recursos novos todos estão contemplados na nova reformulação da PPI.

Já estão incluídos os procedimentos que eram FAEC e que agora são MAC, de acordo com a Portaria GM/MS 2.867/08 e estão separados dos recursos o teto dos CAPS.

CAPS I: R\$ 24.862,00

CAPS II: R\$ 41.083,50

CAPS III: R\$ 51.004,50

CAPS ad: R\$ 33.341,50

CAPS i: R\$ 27.314,00

Observação: Os CAPS devem continuar com o preenchimento das APACs, para fins de monitoramento e avaliação dos serviços e repasse dos recursos conforme a PPI da Assistência Ambulatorial.

Solicitamos aos gestores que priorizem os serviços dos CAPS para o atendimento dos portadores de transtornos mentais e transtornos por uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas severos e persistentes, os casos de transtornos leves devem ser atendidos na atenção básica, pois não geram APACs e extrapolam a capacidade de atendimento dos serviços, com isso os casos mais graves acabam sendo encaminhados para internação hospitalar.

Para os CAPS - cadastrados após a Portaria nº 2.867 de 27 de novembro de 2008, será repassado para o teto do município as quantias a seguir:

CAPS I: R\$ 21.804,00

CAPS II: R\$ 32.000,00

CAPS i: R\$ 32.000,00

CAPS ad: R\$ 32.000,00

CAPS III: R\$ 45.000,00

INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tadeu Lemos

Toda intervenção em dependência química deve ser multidisciplinar e integrada. Além do tratamento clínico farmacológico, são imprescindíveis as abordagens psicossociais voltadas para o paciente e para a sua família, incluindo os grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos. Este capítulo aborda a intervenção clínica-farmacológica.

1. Compreendendo a Neurobiologia da dependência química

A compreensão dos sistemas neurobiológicos envolvidos na adicção e demais comportamentos compulsivos ainda não está totalmente esclarecida. Sabemos que embora as drogas de abuso apresentem diferentes perfis neurofarmacológicos, todas, de alguma forma, ativam o sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, que modula nossas emoções e comportamento. A ativação deste sistema, em especial do núcleo *accumbens* e de suas inter-relações com o prosencéfalo, responsável pelos efeitos prazerosos ou gratificantes, é reforçadora para a continuidade do uso – reforço positivo.

Sabemos que o efeito reforçador das drogas no cérebro pode ser também consequência da busca por alívio de sinais e sintomas desagradáveis da abstinência, o reforço negativo. Mais recentemente, foi descoberto um terceiro mecanismo denominado *antireward* (anti-recompensa), em resposta à excessiva ativação do sistema de recompensa. Este mecanismo neuroadaptador envolve o recrutamento de sistemas cerebrais relacionados ao estresse, como o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, modulados pelo fator liberador de corticotrofina. Este fenômeno constitui-se em um processo motivacional opoente, com base neuroadaptativa desregulatória (neurotoxicidade funcional), desencadeador de sintomas de ansiedade e depressão e de um estado alostático de vulnerabilidade a recaída e manutenção do ciclo da dependência.

Apesar de o sistema dopaminérgico ser o ator principal deste intrincado fenômeno, importantes vias de neurotransmissão glutamatérgica, serotoninérgica, noradrenérgica, gabaérgica, opioidérgica e canabinoide também o modulam.

A ação reforçadora também é dependente de variáveis genéticas, fatores ambientais, condicionamento e nível de estresse. Por meio destas inter-relações, o reforço biológico pelo uso agudo da substância pode progredir para o uso compulsivo ou abusivo e para a instalação da dependência. Certamente, estes mesmos fatores influenciam na retirada da substância e na ma-

nutenção da abstinência, assim como na recaída.

Sabemos que todas as drogas, de forma direta ou indireta, afetam o sistema mesocorticolímbico. Entre as drogas depressoras da atividade do sistema nervoso central (SNC), o álcool estimula os sistemas dopaminérgico, gabaérgico e opioidérgico, inibe o sistema glutamatérgico e os canais de cálcio; os benzodiazepínicos são agonistas alostéricos do receptor GABA-A e os opioides são agonistas do seu próprio sistema, o opioidérgico. Quanto às drogas estimulantes da atividade do SNC, a nicotina estimula o sistema colinérgico, enquanto a cocaína e os anfetamínicos estimulam o sistema dopaminérgico. Já as drogas alucinógenas interferem na atividade serotoninérgica, sendo que o tetrahydrocannabinol tem ação direta em receptores próprios no sistema canabinoide.

A dependência química está frequentemente associada à tolerância, fenômeno que ocorre com o uso crônico de substâncias, que se caracteriza pela necessidade do aumento progressivo da dose para produzir os efeitos originais da substância. A tolerância é principalmente causada por alterações neuroadaptativas no cérebro (tolerância farmacodinâmica), mas também pode estar relacionada ao aumento do metabolismo da substância (tolerância farmacocinética). As alterações neuroadaptativas incluem *upregulation* de canais de cálcio, depleção de neurotransmissores, *downregulation* de receptores e alterações em segundos mensageiros.

2. O tratamento farmacológico

Considerando a complexidade dos sistemas de neurotransmissão envolvidos na neurobiologia da dependência química e no mecanismo de ação das drogas psicotrópicas, poucas são as alternativas farmacológicas para o tratamento deste transtorno.

As abordagens farmacológicas da dependência química são pouco específicas para os diferentes tipos de subs-

tâncias e baseiam-se, principalmente, no controle das manifestações impulsivas e compulsivas, como o *craving*, tratamento dos sintomas da síndrome de abstinência e das comorbidades psiquiátricas, frequentemente associadas aos transtornos por uso de substâncias.

Para ajudar farmacologicamente um dependente químico, devemos considerar as diferentes etapas de um tratamento: ao interromper o uso da droga, podem surgir sintomas de abstinência que, mesmo quando não ameaçam a vida, são temidos pelo paciente e podem perpetuar o uso da droga para evitá-los. Talvez seja nesta etapa que se observa mais nitidamente o valor da terapia farmacológica. A reposição da substância de abuso por outra que atua por mecanismos semelhantes ou que, sendo a mesma substância utilizada pelo paciente, agora lhe será oferecida por outra via e por outra pessoa (princípio importante contra o estabelecimento da dependência é o uso da droga segundo instruções de um terceiro, a não autoadministração), aliviará ou mesmo suprimirá os sintomas da retirada. Idealmente, esta substância, usada como substituição, deverá ser retirada gradativamente, de forma a levar o paciente para a situação de não uso de drogas. Ainda quando este objetivo não é alcançado, a redução de danos pode ser preferida ao uso indiscriminado da substância. Digamos, por exemplo, que ao administrar metadona como substituição da heroína, ainda que o paciente demore a conseguir a retirada também da metadona, a sociedade não estará sujeita à criminalidade associada à dependência e o dependente estará protegido dos riscos das injeções. A substituição da droga retirada por outra que suprima seus efeitos de abstinência é amplamente conhecida em nosso meio quando dependentes de álcool recebem benzodiazepínicos para evitar a progressão para quadros mais graves.

Passado o tratamento da intoxicação, passados ao menos os sintomas imediatos da abstinência (sabemos que sintomas sutis podem permanecer por mais de um ano), surge o grande desafio que a farmacologia no estado atual de conhecimento enfrenta e de que certamente não dará conta isoladamente: manter a abstinência. Para manter a abstinência, existem algumas opções de medicamentos que diminuiriam o *craving*, e que citamos a seguir, alguns com maior nível de evidência científica, como o dissulfiram para a abstinência de álcool etílico, o naltrexone para a diminuição da quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas, o acamprosato para a diminuição do *craving* pelo álcool, a terapia de reposição de nicotina, a bupropiona, nortriptilina e vareniclina para a dependência de nicotina. Observe que há mais opções fundamentadas para as drogas lícitas, talvez por serem mais estudadas. No caso da cocaína, as evidências sobre a utilidade do dissulfiram foram suficientes para sua recomendação na Inglaterra. Para a *cannabis*, o uso de um antagonista como o rimonabant talvez seja uma opção.

Entretanto, talvez o mais importante e que justifica que

todo serviço de dependência química deve ter ao menos um psiquiatra é o reconhecimento de comorbidades psiquiátricas associadas e que surgirão no período em que o paciente está abstinente. Se não tratadas, levarão à recaída. Para citar algumas das mais importantes, temos a depressão e ansiedade no caso do alcoolismo, transtornos alimentares no caso da dependência de nicotina, depressão no caso da *cannabis*, TDAH no caso da cocaína, e assim por diante. Tratar a comorbidade é fundamental para o sucesso. Vale lembrar que as dependências são consideradas transtornos crônicos, devendo o paciente ser acompanhado por período indeterminado, assim como os hipertensos e diabéticos. Havendo comorbidade psiquiátrica, acompanhá-los torna-se ainda mais imperativo. Em termos de psicofarmacologia, entram no tratamento das comorbidades todos os medicamentos de que dispõe o psiquiatra e que fogem ao escopo deste capítulo.

Podemos classificar os medicamentos utilizados no tratamento da dependência química em quatro grupos: (1) terapias de reposição, (2) antagonistas farmacológicos, (3) agentes aversivos e (4) medicamentos anticraving.

No primeiro grupo, das terapias de reposição, temos a nicotina, utilizada no tratamento do tabagismo, e a metadona, para o tratamento da dependência de opioides. A nicotina é um agonista farmacológico dos receptores nicotínicos, e a metadona é um agonista opioide menos potente, porém de efeito mais prolongado que os demais agentes opioidérgicos.

No segundo grupo, dos antagonistas farmacológicos, temos novamente medicamentos utilizados no tratamento da dependência de opioides e nicotina, entre outros. A naltrexona, um antagonista opioide, e a vareniclina, um agonista parcial colinérgico nicotínico.

O principal exemplo de agente aversivo é o dissulfiram, inibidor da enzima acetaldeído-desidrogenase, que metaboliza o etanol.

Dentre os medicamentos anticraving, estão a naltrexona, também utilizada no tratamento do alcoolismo, a bupropiona, para o tratamento do tabagismo, os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, pelo seu efeito ansiolítico, os neurolépticos sedativos e alguns anticonvulsivantes, como o topiramato, o ácido valpróico, a gabapentina e a lamotrigina.

Concluindo, como foi inicialmente enfatizado, os medicamentos são apenas coadjuvantes do tratamento deste transtorno - a dependência química - que se constitui numa doença biopsicossocial. Portanto, a abordagem terapêutica requer necessariamente o uso concomitante de técnicas psicossociais de motivação para a busca do tratamento, para a aderência ao tratamento, para sua manutenção e prevenção de recaída. Jamais podemos esquecer que além do paciente, devemos abordar também sua família. E para completar esta rede de atenção ao dependente químico, podemos nos valer também dos grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos, que desempenham importante papel na intervenção deste complexo transtorno.

Referências

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. *Tratamentos farmacológicos para dependência química da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEMO, T.; GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. Da neurobiologia ao tratamento biopsicossocial da dependência química. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. *Diretrizes gerais para tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010, p.15-31.

SILVA, V.A.; LEMO, T. Farmacologia da dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 25-34.

INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Tadeu Lemos

Pensar em intervenção na saúde deve, antes de tudo, considerar a promoção da saúde. A promoção da saúde mental compreende uma série de estratégias de encorajamento das habilidades e potencialidades de um indivíduo, em ambiente propício, incluindo aspectos socioeconômicos, de interação intra, inter e transpessoal. Assim, requer ações multiprofissionais e multisetoriais – saúde, emprego, educação, espiritualidade, ambiente familiar e comunitário. Depende, portanto, de políticas públicas e de ações sociais, sejam elas governamentais ou privadas. Desse modo, para garantir a saúde mental coletiva, devemos pensar também na integração social de grupos marginalizados, começando com os próprios portadores de transtornos mentais, incluindo os dependentes químicos, passando pelos portadores de outras doenças crônicas (hipertensão, diabete, AIDS, etc.), pelas minorias sociais e pelos economicamente menos favorecidos.

Pensando em crianças e adolescentes, devemos considerar o desenvolvimento psicossocial e cognitivo destes e a interação familiar. Por isso, precisamos trabalhar com programas que estimulem seu desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico. Estes programas devem, então, envolver não somente a criança e o adolescente, mas também seus pais e os familiares que convivem de maneira muito próxima. Mães e pais que vivem em situação de estresse ou adversidade social precisam ser cuidados para que seus filhos não venham a ser vítimas deste quadro.

Tudo isto vale também para as escolas. As escolas devem ter currículos que facilitem a aquisição de competências psicossociais, habilidades em geral, empatia, comunicação, lidar com as emoções. Precisamos também pensar na saúde mental daqueles que participam da educação das nossas crianças e jovens.

Pensando no adulto, consideramos, além das relações sociofamiliares, a questão do emprego e da satisfação profissional. Pensamos em ações preventivas para um envelhecimento saudável. Afinal, a população mundial está envelhecendo. Estima-se que, daqui a 20 anos, teremos aproximadamente um bilhão e meio de idosos no planeta, sendo que estes constituirão 2/3 dos habitantes nos países em desenvolvimento, como o nosso Brasil.

Uma vez instalado um transtorno mental, a intervenção passa necessariamente por uma avaliação psicofarmacológica e psicoterápica. As abordagens psicoterápicas são de grande importância, pois aumentam a eficácia do tratamento clínico-psiquiátrico, que inclui o uso de medicamentos psicofármacos. Considerando os transtornos psiquiátricos de maior prevalência, an-

siedade, depressão e esquizofrenia, apenas em alguns casos de transtorno de ansiedade é possível o tratamento exclusivamente psicoterápico. Para o tratamento dos demais transtornos, torna-se imprescindível o uso de psicofármacos, sendo que as abordagens psicoterápicas somente devem ser consideradas quando o paciente já se restabeleceu da crise (fase de agudização dos sinais e sintomas).

Os psicofármacos são medicamentos que atuam no sistema nervoso central (SNC), interferindo em seu funcionamento, com a cognição e o comportamento. São utilizados por diversas especialidades médicas, em especial pela psiquiatria e pela neurologia. Existem vários tipos de psicofármacos. Os principais são: os ansiolíticos ou tranquilizantes, usados, principalmente, para o controle da ansiedade; os antidepressivos e estabilizadores do humor, para tratar transtornos de humor como a depressão ou o transtorno bipolar; os neurolépticos ou antipsicóticos, usados para controlar as alterações da percepção, tendências agressivas, as ilusões e as alucinações; os antiepiléticos, que controlam as crises epiléticas; e há ainda os anfetamínicos, de uso terapêutico mais restrito, como na obesidade morbida e na hiperatividade.

Entre os psicofármacos, há substâncias que apresentam importante ação reforçadora e que, por isso, podem causar dependência. Estas substâncias são denominadas psicotrópicos. Englobam, além de alguns medicamentos psicofármacos, como os benzodiazepínicos, as drogas de abuso, legais ou não, como álcool, tabaco, maconha, cocaína, solventes inalantes, entre outras.

Os psicofármacos ditos modernos surgiram após a Segunda Guerra Mundial. O primeiro relato do uso do lítio para tratar mania é de 1949, prescrito por Cade. O uso da clorpromazina, para reduzir sintomas psicóticos, foi descrito primeiramente pelos franceses Jean Delay e Pierre Deniker, em 1952. Os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato, que surgiu em 1954, e o clordiazepóxido, de 1957, seguidos por uma ampla gama de benzodiazepínicos. O primeiro antidepressivo IMAO foi a iproniazida. Usada para tratar tuberculose, percebeu-se que causava melhora no “ânimo” e surtos de euforia. Após estudos de Crane e Kline em 1956 e 1958, respectivamente, passou-se a usá-la para o tratamento de depressão em ambiente hospitalar. O primeiro antidepressivo tricíclico foi a imipramina, que surgiu das pesquisas por novos anti-histamínicos, em 1958.

Assim, ao final da década de 50, já havia representantes das principais classes de psicofármacos:

antidepressivos (imipramina e iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido), antipsicóticos (clorpromazina, reserpina e haloperidol) e estabilizadores de humor (lítio).

Desde então, o arsenal destes medicamentos se ampliou. Surgiram os ansiolíticos benzodiazepínicos (diazepam, lorazepam, etc.) e os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina. Além destas, passou-se a utilizar drogas com perfil de ação diferente das anteriores como, por exemplo, os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: fluoxetina, paroxetina, entre outros; novos ansiolíticos, como a buspirona; e novos antipsicóticos, a exemplo dos “atípicos”, como a clozapina e a olanzapina. As novas drogas estão cada vez mais seletivas, isto é, agem com maior especificidade nos diferentes sistemas neuronais. Há, portanto, uma tendência a se diminuir os efeitos indesejados, garantindo maior aderência ao tratamento.

Em seguida, são descritas as três principais classes de psicofármacos hoje utilizados na medicina:

Ansiolíticos - são as drogas especialmente utilizadas para controlar os sintomas ansiosos. Os principais ansiolíticos são os benzodiazepínicos. Nas últimas décadas, têm cedido lugar aos antidepressivos no tratamento de muitos transtornos de ansiedade, como no caso do transtorno do pânico, supracitado, e no caso do transtorno de ansiedade generalizada. Os ansiolíticos são ainda utilizados na fobia social e no transtorno de ajustamento, quando existe ansiedade ou insônia intensa, por breve período; no tratamento da insônia, por tempo limitado; como coadjuvante no tratamento de diferentes formas de epilepsia; no delirium tremens; no tratamento de mania aguda; na anestesia pré-operatória, na sedação para endoscopia; entre outros. Os benzodiazepínicos podem apresentar como efeitos colaterais sedação, fadiga, perda de memória, sonolência, incoordenação motora, diminuição da atenção, da concentração e dos reflexos, com aumento do risco para acidentes de carro ou no trabalho. Quando utilizados em altas doses e por período prolongado, podem causar dependência, especialmente os de meia-vida curta.

Antidepressivos - são principalmente utilizados para o tratamento dos transtornos de humor, embora alguns tenham efeito também em transtornos ansiosos, como os inibidores da recaptação de serotonina, que têm sido usados para tratar o Transtorno do Pânico, ou a amitriptilina, antidepressivo tricíclico, que, em baixas doses, é usada para o tratamento da fibromialgia e de outras causas de dor crônica, por diminuir o limiar da dor. Há três classes de antidepressivos: os IRSS, os IMAO e os tricíclicos. Em geral, os representantes das três classes têm boa eficácia. Os efeitos colaterais são inúmeros e variam entre os vários medicamentos.

Antipsicóticos ou neurolépticos - são os psicofármacos utilizados para tratar os transtornos psicóticos, como a esquizofrenia ou os transtornos delirantes.

Também utilizados em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação, no transtorno bipolar do humor; na depressão psicótica em associação com antidepressivos; em episódios psicóticos breves; em psicoses induzidas por drogas; psicoses cerebrais orgânicas; no controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência; e no tratamento do transtorno de Tourette. Podem apresentar vários efeitos colaterais, como os efeitos extrapiramidais (acatisia, distonias e discinesias), endócrinos (galactorreia, amenorreia, desencadeamento do diabetes), hipotensão ortostática, taquicardia, sedação, sonolência, tonturas e ganho de peso, além de constipação intestinal e disfunções sexuais. Em geral, os antipsicóticos ditos atípicos causam menos efeitos colaterais e são melhor tolerados.

Nas últimas três décadas, o uso destas medicações se disseminou amplamente, causando grande impacto na sociedade, com grande relevância sociológica, econômica e sanitária, tendo se tornado uma importante questão de saúde pública. A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais e, até mesmo, em alguns países orientais. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

Referências

- CORDIOLI, V. C. Psicofármacos nos transtornos mentais. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- KAPLAN, H. I.; GREBB, J. A.; SADOCK, B. J. *Compendio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- RIGONATTI, S. P. História dos tratamentos biológicos. *Revista Psiquiatria Clínica*, n. 31, p. 210-212, 2004.

TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL

Tadeu Lemos
Rafael Goulart

Saúde mental é um componente essencial da saúde pública. A dimensão positiva da saúde mental é reforçada no próprio conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS): saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. Um estado de bem-estar mental, ou saúde mental, consiste na capacidade de desenvolvermos e executarmos nossas habilidades, na nossa capacidade de lidarmos com fatores estressantes, de sermos produtivos e contribuirmos também para o bem-estar daqueles que nos cercam e da nossa comunidade.

Os transtornos de saúde mental ou transtornos mentais mais frequentes na população em geral são os de ansiedade, os depressivos e os psicóticos.

Os transtornos de ansiedade são os mais comumente encontrados na atenção primária. É importante saber diferenciá-los da ansiedade fisiológica que, como sintoma isoladamente, de leve a moderada intensidade, apresenta alta prevalência, em torno de 50 a 60%. Constitui-se numa experiência humana universal, que ocorre em resposta a situações de perigo ou ameaças reais, bem como ao estresse e desafios da vida. Passa-se a considerá-la patológica quando se apresenta como uma emoção desagradável ou incômoda, com aumento da intensidade, duração e frequência, sem estímulo externo apropriado ou proporcional para explicá-la, com prejuízo de desempenho social e profissional da pessoa. Nos EUA, estima-se que no período de um ano, 17% da população apresenta sintomas de ansiedade que poderiam ser caracterizados como um transtorno. Os principais transtornos de ansiedade são os transtornos do pânico, obsessivo-compulsivo e as fobias. Além destes, há o transtorno de estresse pós-traumático, a reação aguda ao estresse, a ansiedade generalizada e os transtornos de ajustamento com humor ansioso.

Outra condição médica muito comum na atenção primária é a depressão. Este termo tem sido utilizado para denominar duas coisas bem distintas. Uma delas é o sentimento de tristeza ou infelicidade, analisado por Freud em sua obra **Luto e melancolia**, que é uma emoção fisiológica decorrente de situações não desejadas, perdas, insucessos, conflitos pessoais. Quando, por exemplo, morre um ente querido, é natural a ocorrência de sentimentos de tristeza, desesperança, visões negativas de si mesmo, da realidade e do futuro. No entanto, são sintomas passageiros, que tendem a desaparecer sem auxílio médico. Porém, a depressão pode

ser considerada um transtorno quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais. A depressão foi estimada como a quarta causa de incapacidade nos anos 90 e estima-se que em 2020 será a principal causa nos países em desenvolvimento. Em diversos países, estimou-se que a prevalência de transtornos depressivos em pacientes de cuidados primários é maior que 10%. Na população geral, varia de 3 a 11%. Um estudo multicêntrico demonstrou que no Brasil há grande variação da prevalência de depressão, entre 3% (São Paulo e Brasília) a 10% (Porto Alegre).

São considerados psicóticos os transtornos nos quais a pessoa não consegue diferenciar o que é real e o que é imaginário. Diz-se que há, portanto, uma “perda de contato com a realidade”. É comum pessoas com psicose apresentarem alucinações, como ouvirem vozes, sentirem cheiros, perceberem gostos e outras sensações que não existem. Pode-se também perceber nestes pacientes a presença de delírios, isto é, formação de ideias e crenças estranhas e particulares, como crer que é um novo messias e que irá salvar a humanidade; ou delírios paranoides, como desconfiar exageradamente das pessoas ou pensar que existe um grande complô à sua volta para prejudicá-lo. Outras alterações perceptíveis nas psicoses são as dificuldades em organizar o pensamento. A pessoa pode contar histórias desconexas ou mudar de assunto no meio de uma ideia. Além destas características típicas, pode haver alterações de humor, como perda de interesse pela vida, falta de objetivos; alterações de conduta como agitação e agressividade; afetividade inapropriada como, por exemplo, rir ao falar de coisas muito tristes; alterações do sono e do apetite. Há várias causas para as psicoses, desde o uso de substâncias como álcool e outras drogas, intoxicações, alguns medicamentos, a doenças físicas ou psíquicas.

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum. É caracterizada por apresentar sintomas como alucinações, delírios, processos de pensamentos ilógicos ou incomuns e déficit na expressividade emocional e no funcionamento psicossocial, que alteram a capacidade de trabalho e comprometem as relações interpessoais por, pelo menos, um mês, segundo a OMS, ou por seis meses, de acordo com a American Psychiatric Association (APA). Acomete cerca de 1% da população.

Surge, normalmente, entre os 15 e os 35 anos. 90% das pessoas em tratamento para esquizofrenia têm de 15 a 55 anos. Não há uma forma única de esquizofrenia. Os sintomas e a evolução do quadro mantêm relação com a classificação na qual se enquadra, podendo ser, de acordo com o DSM-IV, paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado ou residual. Outros transtornos psicóticos, menos comuns, são: o transtorno esquizofreniforme, cujos sintomas são semelhantes aos da esquizofrenia, mas não duram tempo suficiente para serem classificados como tal; o transtorno esquizoaffective, onde se associam aos sintomas da esquizofrenia sintomas dos transtornos de humor; o transtorno delirante, semelhante à esquizofrenia, mas como sintoma predominante, os delírios; e o transtorno psicótico breve, em que os sintomas, semelhantes aos da esquizofrenia, duram apenas de 1 a 30 dias.

Os transtornos ansiosos, do humor e psicóticos, aqui apresentados, podem estar associados a outros transtornos mentais e comportamentos de risco, como, por exemplo, os transtornos por uso de substâncias e transtornos de personalidade. O desenvolvimento científico do final do século passado e nesta primeira década do século XXI tem permitido uma melhor compreensão desses transtornos e, conseqüentemente, uma abordagem terapêutica mais adequada dos mesmos, como veremos no capítulo seguinte.

Referências

- DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CORDIOLI, V. C. *Psicofármacos nos transtornos mentais*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- KAPLAN, H. I.; GREBB, J. A.; SADOCK, B. J. *Compendio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

