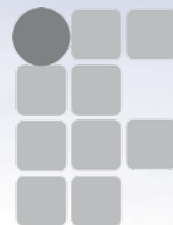




·rede
e-Tec
Brasil

Saúde Coletiva II CAPSi e CAPS AD

Débora Cristina Larcher de Carvalho Lourenço



**INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ**
Educação a Distância

**Curitiba-PR
2012**

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© 2012 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ -
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola
Técnica Aberta do Brasil - e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Profª. Mara Christina Vilas Boas
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

Prof. Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração - PROAD

Prof. Silvestre Labiak
**Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e Inovação -
PROEPI**

Neide Alves
**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assuntos
Estudantis - PROGEPE**

Bruno Pereira Faraco
**Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento
Institucional - PROPLAN**

Prof. José Carlos Ciccarino
Diretor Geral do Câmpus EaD

Prof. Ricardo Herrera
**Diretor de Planejamento e Administração do
Câmpus EaD**

Profª Mércia Freire Rocha Cordeiro Machado
**Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE/
EaD**

Profª Márcia Denise Gomes Machado Carlini
**Coordenadora de Ensino Médio e Técnico do
Câmpus EaD**

Prof. Rubens Gomes Corrêa
Coordenador do Curso

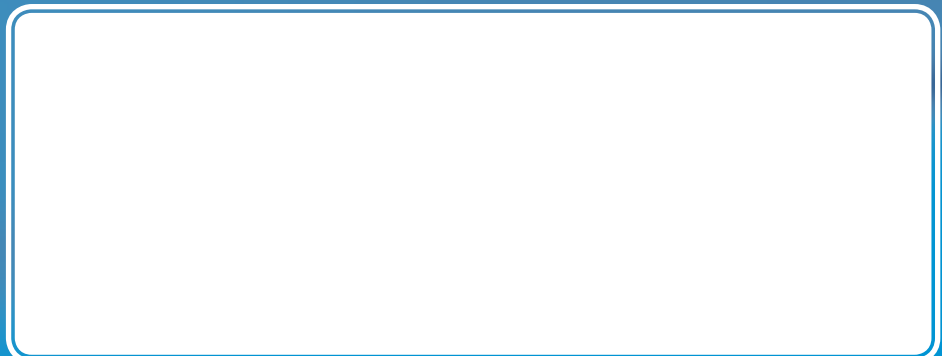
Adriana Valore de Sousa Bello
Cassiano Luiz Gonzaga da Silva
Denise Glovaski Faria Souto
Jéssica Brísola Stori
Assistência Pedagógica

Profª Ester dos Santos Oliveira
Profª Sheila Cristina Mocellin
Profª Magali Minatel
Jaime Machado Valente dos Santos
Revisão Editorial

Flávia Terezinha Vianna da Silva
Paula Bonardi
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

**Catálogo na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia - Paraná**



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br



Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou “curiosidades” e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.



Sumário

Palavra do professor-autor	11
Aula 1 – A história da loucura	13
1.1 Conceito de Loucura.....	13
1.2 Loucura na Idade Média.....	15
1.3 A Loucura na Idade Moderna.....	16
Aula 2 – A história da loucura no Brasil	19
2.1 O impacto da chegada da família real no conceito de loucura no Brasil.....	19
2.2 Mas de quem era a responsabilidade pelo cuidado?.....	20
2.3 O início da Política de Saúde Mental.....	21
Aula 3 – Reforma psiquiátrica	23
3.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	23
3.2 Mas qual a diferença entre desinstitucionalizar e desospitalizar?.....	24
Aula 4 – Legislação em saúde mental	27
4.1 Lei da Reforma Psiquiátrica.....	28
4.2 Cuidar e não excluir.....	28
4.3 Reflexos da Reforma na forma de cuidar.....	29
Aula 5 – Construindo a rede de atenção em Saúde Mental	31
5.1 Pontos de Atenção a Saúde Mental.....	31
Aula 6 – Serviços complementares	37
Aula 7 – Conceitos norteadores da rede de cuidados em Saúde Mental	41
7.1 Rede de cuidados.....	41
7.2 Família.....	42
7.3 Sujeito.....	43
7.4 Território.....	43
7.5 Acolhimento.....	44
7.6 Encaminhamento implicado.....	45

7.7 Vínculo.....	45
7.8 Corresponsabilização.....	46
7.9 Trabalho multidisciplinar.....	47
Aula 8 – O CAPS e a articulação com os demais serviços.....	49
8.1 CAPS e ESF.....	50
8.2 Estratégias de intervenção.....	52
Aula 9 – Como funcionam os CAPS.....	55
9.1 Quem pode ser atendido no CAPS.....	55
9.2 Modalidades de atendimento do CAPS.....	56
9.3 Funções do CAPS.....	57
9.4 Tipo de assistência prestada pelos CAPS.....	58
Aula 10 – Plano Terapêutico Individual – PTI.....	65
10.1 Construindo um Plano Terapêutico Individual.....	65
Aula 11 – Reabilitação psicossocial.....	69
11.1 A importância da parceria entre equipe de Saúde Mental e família para a garantia do cuidado.....	69
11.2 A reabilitação psicossocial como parte do cuidado.....	70
11.3 De que forma podemos promover a reabilitação psicossocial?.....	71
11.4 Participação da comunidade no processo de reabilitação.....	72
Aula 12 – Centro de atenção psicossocial.....	75
12.2 O CAPS como espaço terapêutico.....	76
Aula 13 – Atendimento aos dependentes e usuários de álcool e drogas no CAPS.....	81
13.1 Mas qual a diferença entre uso, abuso e dependência química?.....	81
13.2 A importância do diagnóstico.....	83
13.3 Tratamento psicoterápico – aspectos gerais.....	85
13.4 Abordagens psicoterápicas no tratamento da dependência química.....	86
13.5 A relação entre a dependência química e os transtornos mentais.....	87

Aula 14 – Plano de enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas	89
14.1 Eixo 1: cuidado.....	90
14.2 Eixo 2: Autoridade.....	91
14.3 Eixo 3: Prevenção.....	91
14.4 Rede de Atenção Psicossocial.....	92
Aula 15 – Serviços de acolhimento	95
15.1 Portaria GM n. 121 de 25 de janeiro de 2012	95
15.2 Portaria GM n. 130 de 26 de janeiro de 2012.....	96
15.3 Portaria n. 131 de 26 de janeiro de 2012.....	98
15.4 Portaria GM n. 3090 de 30 de dezembro de 2011.....	99
Aula 16 – O trabalho em conjunto do caps e das comunidades terapêuticas	103
Aula 17 – A importância da família	107
17.1 Abordagem terapêutica.....	107
17.2 O impacto das drogas na família.....	108
17.3 Atuação da família no processo de recuperação.....	109
17.4 Porque é tão difícil a recuperação do dependente químico?.....	110
Aula 18 – O tratamento	113
18.1 Prevalência.....	113
18.2 Evolução/Prognóstico.....	113
18.3 Monitoramento do Tratamento Especializado.....	114
18.4 Urgência e Emergências em Saúde Mental.....	115
18.5 Situações específicas.....	115
Aula 19 – Redução de danos	119
19.1 Breve Histórico.....	119
19.2 Contexto atual.....	120
19.3 Estratégias de redução de danos.....	122
19.4 Principais desafios.....	123
Aula 20 – Adolescência e os cuidados em saúde mental	127
20.1 Adolescência ou juventude.....	127
20.2 Adolescente: um indivíduo em constante transformação.....	127

20.3 A vulnerabilidade da adolescência.....	128
20.4 Cuidados ao adolescente em saúde mental.....	129
20.5 A atenção integral no uso abusivo de álcool e de outras drogas em pessoas jovens.....	132
Referências.....	135
Atividades autoinstrutivas.....	137

Palavra do professor-autor

Querido aluno,

Este livro foi estruturado especificamente para este curso, com a intenção de ajudar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS para saberem um pouco mais sobre os CAPS. Informações sobre o caminho traçado pela saúde mental ao longo da história da humanidade, a origem dos CAPS, seu crescimento em todo o país, a ligação com a rede de cuidados integrais, a participação dos usuários e familiares é apresentado com o objetivo de contextualizar a forma de funcionamento dos diferentes serviços que desenvolvem cuidados em saúde mental, especialmente no âmbito da dependência química.

Para entender a organização da Rede de Cuidados em Saúde Mental que hoje se apresenta, foi necessário realizar um breve resgate histórico, seguido da explanação dos conceitos norteadores da linha de cuidados que se pretende no contexto psicossocial. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com Transtornos Mentais ou com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas lícitas e ilícitas, também objetivam estimular a integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, buscando integrá-los a um ambiente social e cultural concreto onde se desenvolve a vida diária de usuários e familiares. Sua atuação se dá dentro de uma rede composta por diferentes serviços, cada um brevemente descrito com o objetivo de ampliar sua visão do todo da saúde mental.

Gostaria de destacar que o conhecimento técnico é apenas uma das variáveis para fazer do aluno um profissional de qualidade, é necessário responsabilidade, envolvimento e identificação com o trabalho. Sinto-me privilegiada por fazer parte de seu processo pessoal de lapidação profissional, assim contribuindo para fortificação da área da Saúde Mental para além dos serviços de saúde.

Professora Débora Cristina Larcher de Carvalho Lourenço



Aula 1 – A história da loucura

Em nossa primeira aula objetivamos entender como, os serviços de saúde mental estão organizados nos dias atuais, desta forma precisamos resgatar brevemente o conceito de loucura, ao longo do tempo e a forma como a assistência às pessoas em sofrimento psíquico, seja por transtorno mental, seja pela dependência química foi construída na saúde pública do Brasil.

1.1 Conceito de Loucura

A compreensão do que é a loucura passou por diversas fases dentro da história da humanidade. Ao longo de toda a história, as pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico muitas vezes foram vistas a partir da ótica do preconceito. Assim atribuíam-lhes estigmas quanto as mais diferentes explicações para a origem de seu sofrimento: castigo dos deuses, experiência trágica de vida, possessão de demônios, ou na melhor das hipóteses, poderes sobrenaturais. (BISNETO, 2007. p.173).

Quando se fala em anormalidade há que se levar em conta que critérios se está utilizando. As concepções de saúde e enfermidade variam de acordo com o contexto social de onde são retirados. A conceituação de loucura varia de acordo com o momento sócio-histórico onde se atrelam os conceitos de normalidade e anormalidade, seja à luz dos conceitos estatísticos, teleológicos ou ideologicamente determinados.

1.1.1 Jack Kerouac – *On the road*

De origem franco-canadense, teve uma infância séria, onde era muito dedicado à mãe. Frequentou um colégio jesuíta e ajudou o pai numa fábrica de impressão. Suas obras são marcadas pelo fôlego narrativo alucinante. Jack usava uma máquina de escrever e uma série de grandes folhas de papel manteiga, que cortou para servirem na máquina e juntou com a fita para não ter de trocar de folha a todo momento.

Jack Kerouac escreveu sua obra-prima "*On The Road*" em 1957, livro que seria consagrado mais tarde como a "Bíblia Hippie", em apenas três semanas. Redigia de forma ininterrupta, invariavelmente sem a preocupação de cadenciar o fluxo de palavras com parágrafos.



A palavra latina "norma", que está na origem do termo normal, significa "esquadro". A palavra "normalis" quer dizer "aquilo que não se inclina nem para a direita nem para a esquerda", ou seja, que é "perpendicular", que "se mantém num justo meio termo".

Allen Ginsberg, seu amigo pessoal e agente literário assim o definia: “Eu não conheço outro escritor que teve influência tão produtiva quanto Kerouac, que abriu o coração como escritor para contar o máximo dos segredos da sua própria mente”.

On The Road

(Pé na Estrada)

Jack Kerouac

*Aqui estão os loucos.
Os desajustados.
Os rebeldes.
Os criadores de caso.
Os pinos redondos nos buracos quadrados.
Aqueles que vêem as coisas de forma diferente.
Eles não curtem regras.
E não respeitam o status quo.
Você pode citá-los, discordar deles, glorificá-los ou caluniá-los.
Mas a única coisa que você não pode fazer é ignorá-los.
Porque eles mudam as coisas.
Empurram a raça humana para a frente.
E, enquanto alguns os vêem como loucos, nós os vemos como ge-
niais.
Porque as pessoas loucas o bastante para acreditar que podem mu-
dar o mundo, são as que o mudam.*

Fonte: Disponível em <www.pensador.com.br>.



Figura 1.1: Francesca Woodman

Fonte: www.jstor.org

Após alguns anos, Jack resolveu se isolar do convívio humano, passando longos dias sozinho, confinado em uma cabana, sem eletricidade e sem vidros nas janelas. Tomava quase uma garrafa de bebida por dia e sofreu com alucinações e paranoias. A experiência foi registrada no livro “Big Sur”, de 1962.

O problema do alcoolismo piorou com o tempo. Derrotado e solitário, seus últimos trabalhos exibiam uma alma desconectada de um ser humano perdido em ilusões.

Em 21 de outubro de 1969, Jack Kerouac morreu de hemorragia, em consequência de uma cirrose, com 47 anos, num hospital em St. Petesburg, na Flórida.

1.2 Loucura na Idade Média

Durante a Idade Média, por influência do cristianismo, acreditava-se que todas as coisas do mundo eram ordenadas e comandadas pelos desígnios divinos. Por isso, tudo e todos obedeciam à ordem divina. Os **loucos**, os retardados, os miseráveis ou todo aquele que de alguma forma destoava da ordem natural, determinada pelo poder divino eram considerados pecadores. Contudo, ainda assim faziam parte da sociedade e muitas vezes acabavam sendo assistidos pelos mais abastados, como forma de penitência a qual levaria à remissão dos pecados.



Figura 1.2: Medicina idade média – extração da loucura. Obra *O cirurgião: a pedra-cutter*, obras de Jan van Hemessen Sanders, 1555.

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

Assim, se todas as coisas do mundo seguiam aos desígnios divinos, a doença mental era quem promovia o distanciamento entre a pessoa e o Divino. Esse processo era entendido como resultado da relação defeituosa entre o homem e a divindade, um castigo por faltas morais e pecados cometidos, provocado pela possessão do indivíduo por um espírito maligno ou, ainda, pela fuga da alma do corpo da pessoa.



O período da Idade Média foi tradicionalmente delimitado com ênfase em eventos políticos. Iniciado com a desintegração do Império Romano do Ocidente, no século V (em 476 d. C.), e terminado com o fim do Império Romano do Oriente, com a Queda de Constantinopla, no século XV (em 1453 d.C.) ou com a descoberta da América (em 1492) no desenrolar dos chamados Descobrimientos. Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Idade_M%C3%A9dia.



Os loucos também eram chamados de insanos, “lunáticos” (do latim luna = Lua, pois existia a crença que a mente das pessoas era influenciada pelas fases da lua)

A-Z

Exorcismo

Cerimônia católica destinada a expulsar os maus espíritos do corpo do possuído. Adorcismo: ação mágico-terapêutica que buscava resgatar no indivíduo sua alma “perdida”.



A Idade Moderna destaca-se das demais por ter sido um período de transição por excelência. Estabelecido pelos historiadores franceses, como o período histórico que vai do século XV ao XVIII. A época moderna pode ser considerada, exatamente, como uma época de “revolução social” cuja base consiste na “substituição do modo de produção feudal pelo modo de produção capitalista”.
Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Idade_Moderna.



Figura 1.3: Loucura

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>.

Ainda assim, os loucos desfrutavam de relativa liberdade de ir e vir, pois mesmo a loucura que os possuía era entendida como expressão da vontade de Deus. Porém, muitas vezes eram submetidos a rituais religiosos de **exorcismo** ou adorcismo praticados por padres, beatos, ou “homens santos” que recebiam o consentimento da Igreja para tal.

No final da Idade Média, no auge da Santa Inquisição, vários indivíduos de comportamento “desviante”, foram perseguidos, julgados e queimados vivos nas fogueiras. Doentes com distúrbios mentais mais graves ou mais agressivos eram flagelados, acorrentados, sob a alegação de estarem “possuídos pelos demônios”.

1.3 A Loucura na Idade Moderna

Com o final do feudalismo e o desenvolvimento do mercantilismo, a Idade Moderna é marcada pelo processo de formação de cidades de forma acelerada e conseqüentemente a esta situação ocorre à concentração de população. Por volta do século XVII, as cidades cada vez mais populosas e afastadas das fontes de abastecimento começam a registrar problemas sociais e sanitários.

Nesse período, pobres e loucos passaram a ser vistos como desocupados e como séria ameaça a toda a sociedade. Como não trabalhavam e não produziam riquezas, eram considerados marginais e improdutivos, não podendo compartilhar o espaço com essa nova sociedade.

Para eliminar a pobreza, as cidades passaram a expulsar os mendigos. Os loucos, que vagavam em relativa liberdade pelas propriedades e vilas medievais, auxiliados pela caridade pública, passaram a ser considerados responsabilidade privada de suas famílias, a quem cabia mantê-los. Para os doentes mentais e os miseráveis sem família, o isolamento passou a ser a única alternativa.

Surgiram então os hospitais gerais, instalados nos antigos leprosários, já que a lepra epidêmica praticamente desaparecera da Europa. Nesses hospitais eram internados não só os loucos, mas toda a população marginalizada pelos padrões da época.

A loucura se inscreve em um lugar polêmico. Com o declínio do Feudalismo, o Estado, buscando formas de organização, se deparou com uma população de indivíduos que não se adequavam à nova ordem social. A partir da Idade Média surgem instituições que recebiam toda espécie de pessoas que não se incluíam no modelo social estruturado. (FOUCAULT, 1972, p. 352).

O século XVIII é marcado pelo tempo do confinamento, das celas, prisões e correntes.



Muitas resistências tiveram de ser vencidas para que se aceitasse a ideia de que as pessoas pudessem apresentar comportamentos diferentes, ou seja desviantes ou ditos em desordem, as quais talvez não estivessem sob efeito de feitiçaria, bruxaria ou possessão, e sim, sofrendo de uma doença mental. Somente no final do século XVIII, por iniciativas francesas e inglesas, começa-se a pensar em formas mais específicas e adequadas de tratamento, do ponto de vista médico e humanitário no que diz respeito à abordagem da doença mental.

No século XX surgem importantes movimentos psiquiátricos: na França a Psiquiatria de Setor e a Análise Institucional, na Inglaterra a Comunidade Terapêutica e a Antipsiquiatria, nos Estados Unidos a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria Comunitária e, na Itália, a Psiquiatria Democrática.

Essa mudança de perspectiva em relação aos doentes mentais foi sendo construída progressivamente ao passar do tempo, com a contribuição da Reforma religiosa e a formulação dos princípios de “Liberdade Individual”, os quais marcaram a passagem da Idade Moderna para a Idade Contemporânea.



Figura 1.4: Obra Dr. Philippe Pinel à la Salpêtrière, de Joseph-Nicolas Robert-Fleury.

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com>

Resumo

Nesta aula você conheceu um pouco mais sobre as diferentes formas de abordagem da loucura ao longo da história da humanidade. Este conteúdo servirá de base para entendimento de todo o processo de construção dos serviços de saúde mental no Brasil.



Leia o artigo: “Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs”. O artigo apresenta um breve histórico sobre a Luta Antimanicomial no mundo, no Brasil e em Minas Gerais, descrevendo a jornada dos pacientes em saúde mental que saíram do hospício e foram acolhidos nos CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) no município de Belo Horizonte.”
Fonte: www.webartigos.com/artigos/saude-mental-luta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/11430.



Para saber mais leia o livro: História da Loucura na Idade Clássica, de Michel Foucault. Ele está disponível no link: <http://www.filoczar.com.br/foucault/Michel-Foucault-Historia-Da-Loucura-Na-Idade-Classica.pdf>.

Aula 2 – A história da loucura no Brasil

Nesta aula iniciaremos a contextualização histórica da saúde mental no Brasil, as diferentes formas de entender a loucura, o surgimento dos hospitais e o processo de exclusão e institucionalização das pessoas ditas “loucas”.

2.1 O impacto da chegada da família real no conceito de loucura no Brasil

Foi a partir da chegada da família real no Brasil em 1808, que se começou a pensar a loucura no país, pois a mudança da corte portuguesa para o Rio de Janeiro trouxe consigo transformações econômicas, culturais e sociais, para um país até então conhecido como “terra sem lei”.

Pensando na necessidade de organizar o país desde as questões sociais até aquelas relativas à saúde, a Sociedade Médica do Rio de Janeiro (SMRJ), criou um código de posturas a partir da realização de um grande diagnóstico sanitário de todas as instituições existentes na corte e que contavam com a atuação de profissionais da saúde pública.



Figura 2.1: Família real
Fonte: <http://4.bp.blogspot.com>

Essa espécie de “mapeamento dos loucos” trouxe à tona o descaso para com essa população abandonada nas ruas, nas prisões ou abandonada em hospitais gerais. Assim ocorreu a intensificação da necessidade de se pensar um lugar adequado, direcionado ao atendimento e ao abrigamento dos doentes mentais. Nesse contexto surgiram os primeiros asilos de alienados.



Figura 2.2: Hospício de Pedro II, 1856, obra de Eduardo Rensburg.
Fonte: <http://upload.wikimedia.org>

O **hospício de Pedro II**, inaugurado em 1852, foi a primeira instituição brasileira especialmente criada para internação dos alienados. Seguiu a ideia de que seria um espaço limpo, arejado e amplo tanto para a cura dos loucos, bem como serviria para atuação exclusiva do saber e da prática alienista (ENGEL, 2001).



Conceito de alienação atribuído ao louco, foi criado pelo psiquiatra francês Philippe Pinel, no final do século XVIII, nele, a loucura é capturada pela interpretação científica e institucional produzida pela medicina mental e pelo asilo de alienados mentais. Pinel definiu o conceito de alienado por observar que os loucos ficavam “alheios” a realidade da maioria. Essa conceituação considera a loucura como uma doença mental e, por conseguinte busca meio de curá-la – acentua e agrava os preconceitos, estigmas e estereótipos já existentes. Fonte: www.psicologoeofilho.com/comunidades.net/index.php?pagina=1769586659_22



Para ampliar o conhecimento sobre o “Hospício de Pedro II”, acesse o link: http://pt.wikipedia.org/wiki/Hosp%C3%ADcio_Pedro_II.



A necessidade da criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil surgiu quase que exclusivamente com o objetivo de resolver um problema localizado em outro estabelecimento de assistência, tais como as igrejas e as enfermarias.



2.2 Mas de quem era a responsabilidade pelo cuidado?

No Rio de Janeiro, a ideia de se criar um espaço de recolhimento mais adequado aos loucos que se encontravam nas ruas, prisões e nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, representava uma tentativa de transferir a responsabilidade da família, da classe médica e da sociedade, justificada pela necessidade de retirá-los do espaço urbano.

Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841., que fundou o Hospício de Pedro II, para ler o decreto na íntegra acesse: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1841-07-18;82>.



O princípio básico que servia de respaldo a criação dos asilos de alienados era o afastamento do louco do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão, o mais importante era que essas pessoas tivessem um espaço próprio, distante e permanente.



Figura 2.3: Hospital de Pedro II

Fonte: www.fnt.org.br

Para a construção do primeiro Asilo de Alienados, o Hospício de Pedro II o local escolhido foi a Praia Vermelha, em função de ser um local afastado do centro urbano, a atenção aos doentes mentais da época ficava restrita ao interior dos asilos, evidenciando novamente a prática de exclusão como forma de lidar com a loucura.

A utilização do isolamento como estratégia de controle e princípio terapêutico contribuíram para fazer do Hospital Psiquiátrico uma estrutura de tratamento sólida e forte, trazendo como consequência a constituição de conceitos presentes até hoje na vida das pessoas quando se fala em loucura: a exclusão, a segregação, a perda da autonomia, do convívio social e do direito de ser cidadão.

Pouco tempo depois da inauguração destas instituições próprias da loucura, começam a surgir críticas e questionamento quanto a real eficácia do serviço. O que se via era a falta de poder do médico sobre a instituição, pois a administração do hospício cabia à Santa Casa e o trabalho nas enfermarias

era realizado pelas irmãs de caridade. Não havia critérios claros para classificar e separar os internados, assim era frequente a presença de órfãos adultos nas enfermarias e, comumente, registrava-se maus tratos aplicados aos alienados.



Figura 2.4: Fandangos suicida
Fonte: www.fandangossuicida.blogspot.com

2.3 O início da Política de Saúde Mental

Até 1899, no entanto, pode-se dizer que não havia uma política de saúde feita pelo Estado e a assistência era concentrada nestas instituições asilares. A primeira política de saúde com vistas à saúde pública surge durante o período da República Velha (1889–1930), através de um modelo de ação denominado de Campanhas Sanitárias.

A razão para a implementação desta política de saúde teve como primeiro aspecto a questão econômica, uma vez que a população vinha sendo atingida por vários tipos de doenças, como pestes e epidemias e o comércio, principal fonte econômica da época sofria prejuízos. O segundo aspecto era que essas doenças atingiam a todos, independentemente da classe social.

Segundo Resende (1990), a situação da psiquiatria brasileira no final da década de 1950 era bastante deficitária e com os hospitais apresentando elevadas taxas de ocupação, por exemplo: Hospital Colônia de Juqueri com 14 a 15 mil internos; Colônia de Alienados de Barbacena com 3.200 internos; Hospital São Pedro (Porto Alegre) com mais de 3.000 internos quando sua capacidade era de 1.700. Da mesma forma, vários outros estabelecimentos encontravam-se com o mesmo quadro de superlotação.

Em 1948 a Dra. Nise da Silveira iniciou um trabalho voltado ao desenvolvimento de atividades com arte no Hospício Pedro II. A partir desse traba-



No início do século 20, Oswaldo Cruz partiu para a Amazônia, em viagem de inspeção sanitária aos portos do Brasil, resultando em um documentário contendo depoimentos de médicos, pesquisadores e historiadores que abordam as questões sociais, políticas e culturais que envolveram a campanha de vacinação do governo de Rodrigues Alves, em plena República Velha.



Figura 2.5: Revolta da vacina
Fonte: www.fiocruz.br



Assista o filme *Em Nome da Razão*, 1979, de Helvécio Rattton- Grupo Novo de Cinema – Associação Mineira de Saúde Mental.
Acesse os links:
Parte 1: http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=h7n9L_eGAAE
Parte 2: http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=h7n9L_eGAAE



Para saber mais sobre a terapia através da arte ou a Arteterapia, acesse o link: http://pt.wikipedia.org/wiki/Arte_terapia.



Sobre Nise da Silveira, acesse o link: http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=xuvU2YDlfa4, e assista o vídeo.



Higienismo

É uma doutrina que nasce com o liberalismo, na primeira metade do século XIX quando os governantes começam a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades

Iho foi possível observar que os doentes mentais melhoravam após cada seção de terapia ocupacional, pois o contato artístico representava um momento em que eles tinham a chance de exteriorizar seus pensamentos e questionamentos (SOARES *apud* CAVALCANT, 2007).

A partir de 1981 a crítica ao modelo manicomial, de reclusão e asilamento puramente **higienista** desencadeia um período de importantes transformações que ocorreram até o final da década de 80, tais como a redução de leitos, reequipamento dos serviços.



Figura 2.6: Nise da Silveira
Fonte: <http://multiply.com>

Você sabia?

A partir do século XIX, interessava ao novo poder estatal estabelecer políticas higienistas por meio das quais se poderia sanear o “corpo” da população, depurando-o de suas infecções internas, da mesma forma, excluir e esconder a loucura era uma forma de tornar a sociedade mais “mentalmente saudável”.

Resumo

Vimos nessa aula que o conceito de loucura começou a ser pensado no Brasil a partir das transformações econômicas, culturais e sociais decorrentes da chegada da família real. Com a realização de um grande diagnóstico sanitário, pode-se observar o descaso com que esses loucos eram tratados e a necessidade de se construir espaços reservados especificamente para este fim, chamados de asilos dos alienados.



Atividades de aprendizagem

- O início das Políticas Públicas de Assistência à saúde mental no Brasil é marcada pela utilização do isolamento como estratégia de controle e princípio terapêutico, trazendo como consequência a constituição de conceitos presentes até hoje na vida das pessoas quando se fala em loucura. Quais são estes conceitos?
-
-

Aula 3 – Reforma psiquiátrica

Nessa aula vamos estudar a construção dos movimentos psiquiátricos no Brasil, quando, ao final da década de 1970 e início dos anos 1980, a partir de uma série de denúncias públicas sobre as péssimas condições, em que os portadores de Transtornos Mentais estavam sendo submetidos durante os internamentos hospitalares, a área de saúde mental começa a sofrer um grande processo de mudança.

3.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, os movimentos psiquiátricos surgiram a partir da observação de experiências europeias ou norte americanas que, embora bastante evoluídas para a época, eram pouco críticas em relação à realidade brasileira.

No início de 1850 surgiu a Reforma Clemente Pereira, que ficou conhecida como a era de ouro dos Asilos. Já em 1890 temos a Reforma Teixeira Brandão conhecida como a era de ouro das Colônias, em 1940 a Reforma Aduino Botelho conhecida como a era de ouro dos Hospitais Estaduais e a Reforma Leonel Miranda em 1960 a era de ouro dos Hospitais privados. (MACHADO, 2005).

No ano de 1978, ocorreu o Movimento da Reforma Psiquiátrica com os Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) fortalecido pelos avanços da Reforma Sanitária, contido na Constituição de 1988, e pela Lei n. 8080 do Sistema Único de Saúde e composto por profissionais da área, familiares de pacientes e os próprios pacientes.

Em 1987, no Município de Bauru – SP houve a realização do 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema “**Por uma sociedade sem manicômio**”, deixando a mensagem de que não bastava humanizar os Hospitais Psiquiátricos, era necessário travar uma verdadeira batalha contra o modelo **hospitalocêntrico**.



Figura 3.1: Luta antimanicomial
Fonte: <http://genesis.brasilportais.com.br>



Ações de saúde centradas na instituição hospitalar. Nesta forma organizacional do serviço, a prioridade não é a atenção básica, e sim a ideia de que saúde é "ausência de doença" e no seu tratamento vigente, incorporando como princípios a desinstitucionalização e a desospitalização, buscando, assim, o direito a cidadania dos portadores de Transtornos Mentais visando um tratamento digno e de qualidade.



Sobre o Movimento Antimanicomial, também conhecido como Luta Antimanicomial, acesse: http://pt.wikipedia.org/wiki/Movimento_antimanicomial.



Hospitalocêntrico
É isso mesmo, "hospital no centro". Expressão comumente usada dentro do setor saúde para criticar um modelo de saúde baseado no hospital.

3.2 Mas qual a diferença entre desinstitucionalizar e desospitalizar?

Segundo Amarante (1995), a noção de desinstitucionalização, era entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização e seus princípios fundamentais eram: prevenção de internações inadequadas, oferta de alternativas sociais comunitárias para o tratamento; ressocialização dos pacientes que possuam condições para tal; criação da rede de apoio comunitário para os pacientes que, ao saírem do internamento, precisassem de serviços relacionados à saúde mental.

Ou seja, desinstitucionalizar é muito mais do que só desospitalizar. É retirar o paciente do hospital e devolvê-lo ao convívio familiar. Implica em reinseri-lo na sociedade como uma pessoa que tem direitos, deveres, limitações, potencialidades e responsabilidades.

Como resposta para a sociedade, o Estado fez uma tentativa de humanização dos Hospitais Psiquiátricos, através de uma série de projetos com esse objetivo.



No ano de 1989, em Santos – SP, ocorreu a primeira experiência bem-sucedida de tratamento fora do Hospital Psiquiátrico, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, prestando atendimento assistencial humanizado 24 horas por dia para os pacientes e seus familiares, sem internação, servindo de modelo para todo o Brasil.



Para ler a Lei n. 10.216/01 na íntegra, acesse o link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm .

Pensando na oferta de tratamento mais humanizado, a atenção à saúde mental foi progressivamente, adotando um novo perfil de trabalho. Seguindo o movimento observado em alguns países da Europa, iniciou-se a reforma psiquiátrica, preconizando que os doentes mentais deixassem de ser tratados nos ambientes hospitalares de caráter asilar e fazendo com eles fossem inseridos na sociedade, com a criação da **Lei n. 10.216/01** do deputado Paulo Delgado, regulamentando atenção aos doentes mentais sobre a lógica do cuidado integral.



Leia o material Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, elaborado pelo Ministério da Saúde no link: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf .

Antes da assim chamada Lei da Reforma (2001), no entanto, o Ministério da Saúde promulgou as **Portarias 189/91 e 224/92***, que marcam o início de um contínuo processo de reformulação legislativa da área, fundamentado inicialmente na transferência do financiamento de internações psiquiátricas para a criação de serviços extra-hospitalares, que substituiriam os hospitais psiquiátricos.

Desde então, o modelo de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS passou a ser implantado em todas as regiões do país como principal estratégia da nova Política Nacional de Saúde Mental. Nas últimas duas décadas o número de CAPS implantados expandiu de forma expressiva em todo o território nacional. Podemos, com isso, afirmar que foi o primeiro serviço aberto criado no Brasil.



Figura 3.2: Sou mais CAPS
Fonte: <http://fopspr.files.wordpress.com>

Resumo

Nesta aula conhecemos um pouco mais sobre a história da reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada a partir da observação de experiências europeias ou norte americanas que, embora bastante evoluídas para a época, eram pouco críticas em relação à realidade brasileira. Diante da necessidade de se ofertar formas de tratamento mais humanizado, a atenção à saúde mental foi progressivamente adotando um novo perfil de trabalho e, com a promulgação da **Lei n. 10.216/01** do deputado Paulo Delgado, começou o processo de implantação de serviços extra-hospitalares que ofertassem atenção aos doentes mentais sob a lógica do cuidado integral.

Atividades de aprendizagem

1. Qual a principal diferença entre desinstitucionalizar e desospitalizar?

2. Quais os principais objetivos que se pretendia alcançar com a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil?



Aula 4 – Legislação em saúde mental

Nesta aula veremos que atualmente o país conta com várias Leis Estaduais, além da Federal, em comum, as legislações vigentes em Saúde Mental propõem o redirecionamento da assistência em saúde mental e a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares, bem como outras formas de tratamento que garantam os direitos humanos dos portadores de transtornos psiquiátricos.

Em 2001, o Relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS dedicou-se ao tema da “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança” sob o lema “Cuidar Sim, Excluir Não” e definiu 10 recomendações gerais com o objetivo de promover a integração da atenção em saúde mental nos demais serviços de saúde, em especial no nível da Atenção Primária, favorecendo a diminuição da estigmatização e do preconceito em relação às pessoas acometidas por sofrimento psíquico. São elas:

1. Proporcionar tratamento na Atenção Primária;
2. Garantir o acesso aos psicotrópicos;
3. Garantir atenção na comunidade;
4. Educação em saúde para a população;
5. Envolver as comunidades, as famílias e os usuários;
6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais;
7. Formar Recursos Humanos;
8. Criar vínculos com outros setores;
9. Monitorizar a saúde mental na comunidade;
10. Dar mais apoio à pesquisa, na área de saúde mental.

Por todas as realizações históricas, o ano de 2001 foi considerado o Ano Internacional de Saúde Mental. Cada marco contribuiu para que os governantes reconhecessem a importância de investir na área de saúde mental tornando o tema presente em todas as discussões onde se considere o cuidar como estratégia para promoção da saúde.



Para ler na íntegra o Relatório Final da 2.ª Conferência Nacional de Saúde Mental, acesse o link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf

4.1 Lei da Reforma Psiquiátrica

Como se pode observar, a Reforma Psiquiátrica surgiu para questionar os conhecimentos e as práticas profissionais, sendo entendida como um processo em construção permanente, pois mudam os conceitos, as práticas, os sujeitos e a história.

Segundo Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica que tem como estratégia o questionamento das práticas existentes e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da Psiquiatria.

4.2 Cuidar e não excluir

A Reforma Psiquiátrica pretende demonstrar que é possível que as pessoas consideradas loucas possam assumir diversos papéis na sociedade, pois sua condição clínica não é resultado apenas do desencontro entre homem e meio natural, mas também entre este indivíduo e toda a sociedade, ou seja, antes mesmo de assumir o papel estigmatizante de “doente mental” trata-se de um sujeito único, com direitos e deveres e que pode a sua maneira contribuir para a organização social de sua comunidade.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.



Figura 4.1: Marcha dos Usuários

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

É na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A **Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001**, também conhecida como *Lei Paulo Delgado* e como *Lei da Reforma Psiquiátrica* instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.



Ainda assim, a promulgação da **Lei da Reforma** impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. No imaginário popular, a pessoa portadora de transtornos mentais ainda causa a sensação de ameaça e perigo, nesse contexto repleto de conceitos estigmatizantes, considerar que o portador de transtornos mentais é um ser integral como qualquer um de nós e que deve ser tratado como tal, é uma visão que deve ser ampliada.

Devemos levar em consideração que esta, além de uma luta política, se transformou numa luta contra nossas próprias dificuldades em lidar com o diferente, com o dito excêntrico e bizarro.

Efeitos da lei:

- Reconhecimento dos direitos do portador de sofrimento mental;
- Construção do novo olhar da saúde mental, voltado para cidadania e cuidado;
- Introdução da ideia de proteção como uma necessidade dos usuários;
- Redirecionamento do modelo de assistência: da exclusão à inclusão;
- Impulsão à consolidação da rede substitutiva.



4.3 Reflexos da Reforma na forma de cuidar

O que se espera com a consolidação da Reforma Psiquiátrica não é meramente atribuir os cuidados aos doentes mentais para fora dos muros do hospital, transferindo o internamento para dentro de sua casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo sem deixá-lo entregue à própria sorte. O que se espera é que a possibilidade de tratamento fora da instituição hospitalar e próximo da família promova o resgate da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o autor de sua própria história, corresponsável pelo seu próprio tratamento e com isso reintegrá-lo à família e a sociedade.

Mas para que isso seja possível é necessário mais do que abrir os portões dos hospitais psiquiátricos ou criar serviços substitutivos ao modelo hospitalar, implica numa progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade diante das questões de saúde mental. Exige vencer a barreira do preconceito, quebrar estigmas da sociedade, rever as práticas de saúde mental em todos os níveis de atenção e adotar uma postura mais crítica e comprometida dos órgãos formadores de profissionais, principalmente, os da saúde e da educação.

Resumo

Vimos nesta aula que, ao se observar que os Hospitais Psiquiátricos criados para assistência aos doentes mentais haviam se transformados em “depósitos de doentes” onde não se ofertava tratamento resolutivo, começou a se pensar na necessidade da oferta de tratamento mais humanizado. Seguindo o movimento observado em alguns países da Europa, iniciou-se a reforma psiquiátrica marcada pela criação da Lei n.10.216/01. Seu maior objetivo era que os doentes mentais deixassem de ser tratados nos ambientes hospitalares de caráter asilar e fazendo com eles fossem inseridos na sociedade.



Atividades de aprendizagem

1. Porque o ano de 2001 é considerado Ano Internacional de Saúde Mental?

2. A chamada Lei da Reforma trouxe uma série de efeitos positivos quanto a forma de cuidar em Saúde Mental, cite três deles.

Aula 5 – Construindo a rede de atenção em Saúde Mental

Nesta aula tomaremos contato com o conceito de Rede de atenção à saúde mental e como esta pode ser composta por diversos equipamentos chamados pontos de atenção. O atendimento ofertado nestes pontos de atenção envolvem desde a promoção do cuidado à saúde mental, as ações na atenção primária, serviços de urgência e emergência, até de média e alta complexidade.

5.1 Pontos de Atenção a Saúde Mental

A rede de Atenção em Saúde Mental é formada a partir da ação dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade em conjunto com outros serviços de assistência a comunidade que permitem a constituição da “teia” que tem como objetivo a promoção dos vínculos psicossociais e a qualidade de vida dos indivíduos que possuam transtornos psíquicos, suas famílias e a comunidade. Em seguida veremos as características dos principais pontos de atenção que compõe essa rede.

a) Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família

A Unidade Básica de Saúde – UBS é o ponto de atenção central do sistema integrado, tendo como principal função a acessibilidade, e o atendimento da população em seu território, deve oferecer serviços essenciais, coordenação da atenção, com foco na família e na orientação comunitária.

As equipes das UBS podem prestar atendimento aos portadores de Transtornos Mentais, a partir da prática de supervisão dos profissionais capacitados pela equipe de saúde mental disponível na rede.

A Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, realizada através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelas famílias do território de determinada Unidade.



Figura 5.1: Saúde da Família
Fonte: <http://1.bp.blogspot.com>



Saúde Mental Passo a passo
<http://portal.saude.gov.br>



As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. São compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.



Cada serviço que compõe o SUS deve estar vinculado a uma grande rede de atenção, que define todos os serviços de acordo com níveis de complexidade, e direciona as ações de cada um a determinado território de abrangência, ou seja, com área física e população delimitada.



Matriciamento ou apoio matricial

É realizado por um ou uma equipe de profissionais com formação em saúde mental e pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência na atenção primária a saúde.

b) Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF são unidades de **matriciamento** com objetivo primordial de assegurar retaguarda especializada, com uma metodologia de trabalho complementar, para os profissionais e as equipes que atuam junto à população. Deve oferecer também suporte técnico pedagógico a equipes, conforme as necessidades das mesmas, por meio de acompanhamento de casos, discussão clínica e construção conjunta de projetos terapêuticos individuais.

Criados pela Portaria GM 154, de 24.01.2008, constituem duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, com as seguintes características:

- **NASF 1:** composto por, no mínimo, 5 (cinco) profissionais de nível superior: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Realiza atividades vinculadas a, no mínimo, 8 (oito) e no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.
- **NASF 2:** composto por, no mínimo, 03 (três) profissionais de nível superior: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Realiza as atividades vinculadas a, no mínimo a 3 (três) Equipes de Saúde da Família.

c) Ambulatórios

Os Ambulatórios de Saúde Mental são serviços especializados que podem funcionar ligados ou não a uma Unidade Básica de Saúde. Tem por objetivo o tratamento, a reabilitação e reinserção social, como também a promoção da saúde mental. Visam atingir a população em geral, realizando atendimento individual e de grupo, consulta, avaliação médico-psicossocial, psicoterapia, orientação, atendimento familiar, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e outras.

Deve contar com profissionais de várias categorias, com a finalidade de realizar um trabalho em equipe interdisciplinar. Como exemplo de serviços encontrados nos Ambulatórios de Saúde, podem-se citar terapias individuais, terapias em grupo, atividade educativa com grupos na comunidade e visita domiciliar por profissional de nível superior.

O atendimento ao paciente no ambulatório é periódico, conforme necessidade do paciente e orientação do profissional, sempre com ênfase no acompanhamento familiar.

d) Hospital Dia

O hospital dia é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolvendo programas de atenção de cuidados intensivos, visando substituir a internação integral. O paciente frequenta o serviço diariamente por 8 (oito) horas diárias. Sua atuação deve estar integrada a uma rede de cuidados de saúde mental.

e) Leitos de Atenção Integral

São todos os recursos hospitalares e de acolhimento noturno, sendo eles: leitos em CAPS III, leitos de Psiquiatria em Hospitais Gerais ou em Hospitais Psiquiátricos.

Esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. São articulados em rede, mas podem estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando existirem.

Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. Os Hospitais Especializados em Psiquiatria são destinados ao atendimento de pacientes que necessitem cuidados intensivos, cujo tratamento não é possível ser feito em serviços de menor complexidade.

Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as atividades que vão desde avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual, atendimento grupal, até a abordagem à família orientando sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

As Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais são destinadas a internações de pacientes agudos, a priori de curta permanência, para pacientes sem intercorrências, ou para pacientes portadores de transtorno mental com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais. Em determinados hospitais, essas unidades podem ser dedicadas a patologias como psicoses, transtornos do humor, geriátricas, dependência química etc, conforme a demanda e as habilidades dos serviços instalados.

O hospital geral oferece uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em serviços extra-hospitalares ou para atendimento emergencial ou de urgência.

f) Unidades de Acolhimento Transitório – UAT



A Portaria n. 122/2012 faz parte do novo Plano de combate ao do Crack. Esta e as demais portarias que compõem o Plano podem ser consultadas no link: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2862>.

Regulamentado pela Portaria n. 121 de 26 de janeiro de 2012, as Unidades de Acolhimento tem como objetivo, oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico, baseado em um projeto terapêutico individualizado desenvolvido em conjunto com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em articulação com a atenção básica e com dispositivos intersetoriais (saúde, assistência social, direitos humanos, justiça, educação, e outros).

g) Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias destinadas a cuidar dos Portadores de Transtornos Mentais, egressos de internações psiquiátricas de

longa permanência, ou de Hospitais de Custódia que não possuíam suporte social e laços familiares e que viabilizassem sua inserção social.

Muitas pessoas tiveram seus vínculos sociofamiliares perdidos ou seriamente prejudicados, e, muitas famílias não o aceitaram, em um primeiro momento, receber de volta os parentes afastados há tantos anos. Neste caso, é de responsabilidade do poder público oferecer a esses pacientes uma moradia, por isso, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos que fazem parte da estratégia de desinstitucionalização, conforme preconiza a legislação que institui a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Programa de Volta para Casa

Benefício fornecido aos portadores de Transtorno Mental que estejam comprovadamente internados em Hospital Psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos.

h) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS prestam serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam segundo a lógica do território. Atendem prioritariamente pacientes com Transtornos Mentais Severos e Persistentes em que o comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Deve ser indicado para a fase de reabilitação visando a reinserção social do cidadão que mantém condições de convívio familiar e/ou na comunidade. Auxilia na recomposição da estrutura interna e social da pessoa como instância dentro de contínuo tratamento.



Figura 5.3: CAPS
Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

Resumo

Hoje você pôde aprender que a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas.



Atividades de aprendizagem

- Preencha o quadro abaixo relacionando o serviço correspondente às características descritas:

Equipes que atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.	
Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolvendo programas de atenção de cuidados intensivos, visando substituir a internação integral.	
Ponto de atenção central do sistema integrado, tendo como principal função a acessibilidade, e o atendimento da população em seu território, deve oferecer serviços essenciais, coordenação da atenção, com foco na família e na orientação comunitária.	
Serviços especializados que podem funcionar ligados ou não a uma Unidade Básica de Saúde. Tem por objetivo o tratamento, a reabilitação e reinserção social, como também a promoção da saúde mental.	

Aula 6 – Serviços complementares

Nesta aula veremos como funcionam os chamados serviços complementares que compõe as redes de atendimento às pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas. Estes serviços são fundamentais para que a Rede de Cuidados em Saúde Mental seja efetiva. São serviços que não pertencem ao Sistema Único de Saúde – SUS como: Alcoólicos Anônimos (A.A), Narcóticos Anônimos (N.A), Amor Exigente, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Comunidades Terapêuticas.

Vimos que a Rede de Atenção em Saúde Mental é formada por diversos equipamentos chamados pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade que em conjunto com outros serviços de assistência a comunidade permite que a constituição da “teia” com objetivo a promoção dos vínculos psicossociais e da qualidade de vida dos indivíduos que possuam transtornos psíquicos, suas famílias e comunidade.

- **Alcoólicos Anônimos (AA)**

Os Alcoólicos Anônimos constitui-se em uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

O A.A. não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição, atua com base nos doze passos e prima pelo anonimato de seus participantes, tendo como objetivo primordial manter a sobriedade dos participantes através da ajuda mútua, da troca de experiências e compartilhamentos de ideias.



Figura 6.1: Alcoólicos Anônimos
Fonte: <http://vibedoamor.files.wordpress.com>

- **Narcóticos Anônimos (NA)**



Trata-se de uma associação comunitária de adictos a drogas em recuperação. A base do programa de recuperação dos Narcóticos Anônimos é uma série de atividades, pessoais conhecida como Doze Passos, organização esta adaptada dos Alcoólicos Anônimos.

Figura 6.2: Narcóticos Anônimos

Fonte: www.portalfrenteiraoeste.com.br

O principal serviço ofertado é a reunião em um grupo conduzida por membros do NA onde outros membros participam, partilhando suas próprias experiências para manutenção da abstinência.

- **Amor Exigente**



Saiba mais: |
www.amorexigente.org.br

O Amor-Exigente é um programa de auto e mútua ajuda que desenvolve preceitos para a organização da família, que são praticados por meio dos 12 Princípios Básicos e Éticos, da espiritualidade e dos grupos de auto e mútua-ajuda que através de seus voluntários, sensibilizam as pessoas, levando-as a perceberem a necessidade de mudar o rumo de suas vidas e do mundo a partir de si mesmas.



Figura 6.3: Amor Exigente

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

- **A Associação de Pais e Amigos Dos Excepcionais (APAE)**

Constitui-se como associação civil, filantrópica, de caráter assistencial, educacional, cultural, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, com duração indeterminada e que tem foro e sede no município onde estiver situada.

A APAE é formada a partir da mobilização de um grupo social com um olhar voltado às pessoas com deficiências. Tem como principal missão prestar ser-

viços de assistência social no que se diz respeito à melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência, conscientizando cada vez mais a sociedade, desenvolvendo ações conjuntas para prevenção, tratamento, promoção de bem estar e desenvolvimento global da pessoa com deficiência.



Figura 6.4: APAE
Fonte: www.apaebrasil.org.br

- **Comunidades Terapêuticas**

As comunidades terapêuticas são serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso.

É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

As comunidades terapêuticas não são consideradas serviços da área de saúde e sim complementares, não estando capacitadas para o atendimento de pessoas com comprometimento psíquico e orgânico graves, como crises convulsivas, arritmias cardíacas e hemorragias digestivas decorrentes da dependência química.

Resumo

Na aula de hoje vimos que a Rede de Atenção a Saúde Mental pode ser composta por diversos equipamentos chamados pontos de atenção, que atuam de forma conjunta embora em diferentes níveis de complexidade, por exemplo, as unidades básicas de saúde, os CAPS, os hospitais especializados e as comunidades terapêuticas. O atendimento ofertado nestes pontos de atenção envolvem desde a promoção do cuidado à Saúde Mental, as ações na atenção primária, serviços de urgência e emergência, até média e alta complexidade.



Atividades de aprendizagem

1. A Rede de Atenção em Saúde Mental é formada por diversos equipamentos chamados pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade.

2. Que serviços são estes? Observe a sua comunidade e identifique os serviços existentes.

3. Na sua opinião, de que forma os serviços existentes na sua comunidade poderiam melhorar o cuidado em Saúde Mental?

Aula 7 – Conceitos norteadores da rede de cuidados em Saúde Mental

Nesta aula vamos aprender que para que uma rede de Cuidados em Saúde Mental seja fortalecida e resolutiva em suas ações, é necessário observar alguns conceitos básicos, chamados de norteadores do serviço, com os quais se estabelecem as bases do cuidado a ser ofertado.

7.1 Rede de cuidados

A ideia de rede de cuidados pressupõe a articulação de toda uma rede de ações em diversas áreas das políticas (educação, assistência social, cultura, jurídica, etc) que garanta assistência, proteção e inclusão, principalmente, às pessoas e grupos mais vulneráveis.

Segundo Dalmaso & Filho (2001),

(...) para se garantir efetivamente o acesso a uma vida saudável é necessário ir além da oferta de serviços voltados para o tratamento de enfermidades baseados no diagnóstico seguido da medicalização, (...) num esforço de articulação com os diversos recursos que a comunidade já dispõe e os serviços ofertados por ONG's, Associações, entidades civis da sociedade organizada em geral e os serviços públicos locais constituindo uma rede de apoio e proteção social.

Construir a Rede de Atenção em Saúde Mental significa levar as ações de cuidado para além do espaço físico dos serviços. Quando temos uma Rede de Atenção fortalecida, os serviços não limitam sua atuação às questões técnicas, mas incluem na sua rotina diária o trabalho com os demais serviços do território visando ampliar saberes e aprimorar o atendimento à população.

Para ser resolutivo, o atendimento em Saúde Mental deve acontecer na rede integral de atenção à Saúde Mental, onde estão envolvidos desde atenção primária, serviços de urgência e emergência, média e alta complexidade.

Os serviços que compõem a Rede de Atenção em Saúde Mental são: Unidades Básicas de Saúde/Equipe de Saúde da Família (UBS/ESF), Núcleos de

Atenção à Saúde da Família (NASF), Equipes de Consultório na Rua (CR), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), Hospitais dia, Hospitais Gerais com leitos e/ou Unidades psiquiátricas e Hospitais Psiquiátricos.

7.2 Família

O primeiro contato que temos com o mundo é através dos nossos pais. É na família que recebemos os primeiros valores, estabelecemos as primeiras relações afetivas, compartilhamos experiências e encontramos conforto.



Figura 7.1: Família

Fonte: www.entrepadres.com

A família tem importância fundamental para a formação do indivíduo, porque constitui o principal pilar para o desenvolvimento humano. O adoecimento de um familiar é um imprevisto que desorganiza o modo de funcionamento de uma família, provoca mudanças na convivência diária da família, traz ansiedade e preocupação, pois quase sempre, acreditamos que estamos imunes à doença.

Quando a família se depara com o diagnóstico de uma doença mental o impacto na dinâmica familiar é mais significativo ainda. Isto porque junto com a patologia psiquiátrica aparecem sentimentos como: revolta, medo, vergonha que são sustentados pelo estigma, o preconceito e a exclusão.

Podemos considerar que o grande desafio para os familiares ao cuidarem de uma pessoa com doença mental, é justamente o enfrentamento de valores e sentimentos estigmatizados dos indivíduos e da sociedade. É preciso que haja uma profunda mudança na forma de enxergar essa pessoa para além da doença, voltando os olhos para as suas capacidades e potencialidades.

Nesta multiplicidade de sujeitos envolvidos, a família se destaca pelo seu papel de cuidadora e por ser, muitas vezes, o elo mais próximo que os pacientes têm com o mundo.

Muitas vezes, o familiar responsável concentra sua dedicação e seu tempo no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, o que pode levar a transformações na sua vida, como dificuldades no trabalho e diminuição do lazer.

Assim é oportuno que a equipe de Saúde Mental esteja atenta e comprometida com essa problemática: a dificuldade/ complexidade do cuidado da família e do usuário, buscando construir dispositivos de apoio e mecanismos que facilitem a participação e a integração da família.

Entretanto, para que a participação familiar seja efetiva, além da disposição e da vontade de participar, é necessário que haja o vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuário, sendo um aspecto relevante no cuidado em Saúde Mental, pois nas práticas de atenção psicossocial a relação entre os técnicos e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade.

7.3 Sujeito

A história da psiquiatria e da Saúde Mental nos mostra que a definição de sujeito por várias vezes foi negligenciada ou então atribuída a questões biológicas ou puramente sociais.

Aos olhos do cuidado à Saúde Mental, o consenso atual entre os profissionais é de que um sujeito, ou seja, uma pessoa deve ser compreendida em uma perspectiva multidimensional como um ser plural, biológico, linguístico, histórico, cultural e social.

O ser humano vive em uma condição de constante mudança. Um processo de criação permanente de necessidade, de desejos e de crenças, que se concretiza por meio da linguagem, de sentimentos e da relação que estabelece com outros seres humanos e grupos sociais.

Dessa forma, o “olhar” do profissional ao invés de ser direcionado para a doença, os sintomas, deve estar voltado para o sujeito com sua história, sua subjetividade e sua vida cotidiana.

7.4 Território

Entendemos como território do paciente todas as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, sua casa, a escola, a igreja, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas os outros espaços de convivência.

O território vai se compondo pelas características das pessoas, que também sofrem as ações desse território, em processos contínuos de transformação. É ainda no território que as pessoas adoecem e portanto é nele que o cuidado se faz.

Por isso podemos dizer que as políticas de Saúde Mental devem atender a lógica do território, ou seja, as ações devem ocorrer no território onde a pessoa vive, estabelecendo parcerias com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos, a promoção dos direitos dos usuários e seus familiares, a participação no cuidado e retomada da autonomia.



Para que as ações tenham efetividade, é necessário que tanto o sujeito quanto sua família e toda a comunidade se identifiquem com os serviços como pontos de atenção e cuidado, reconhecendo sua importância e contribuição para o bem estar de todos.

Não só os CAPS devem desenvolver ações de Saúde Mental em seu território de atuação. É possível e necessário que a Atenção Primária em Saúde também se encarregue da Saúde Mental. Por exemplo, em municípios que não possuam serviços especializados, as ações de Saúde Mental que podem ser desenvolvidas pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família.

O trabalho conjunto entre a equipe de Saúde Mental, a saúde da família e o agente comunitário de saúde aprimora o cuidado, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica os territórios quanto à forma de encarar o sofrimento psíquico.

7.5 Acolhimento



Figura 7.2: Acolher

Fonte: <http://1.bp.blogspot.com>

Acolher significa dar boas vindas e humanizar o atendimento, este deve ser feito de maneira empática, ou seja, colocando-se no lugar do outro. Este primeiro contato pode garantir a adesão e a continuidade de todo o processo de atendimento e um bom vínculo entre o profissional e o usuário permite que a atenção à Saúde Mental ocorra de maneira mais efetiva.

Este princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de Saúde Mental devem estar abertas a toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, devendo ser recebida, ouvida e respondida.

O acolhimento não implica na afirmativa de que todo aquele que procurar o serviço terá necessariamente sua demanda solucionada, mas na ideia de que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado sempre possível e que deve anteceder aos diversos encaminhamentos abrangidos pelo serviço.



7.6 Encaminhamento implicado

Significa que aquele que encaminha continua incluso no encaminhamento, se responsabilizando pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhando o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso.

Isto é, o serviço de saúde deverá realizar o trabalho de “desconstrução”, que muitas vezes implica em uma intervenção junto a outras instâncias para que outros compreendam a parcela de responsabilidade que fica para o serviço mesmo após o encaminhamento do caso.

Podemos citar, como exemplo, a escola, quando encaminha situações de indisciplina ou os chamados “problemas de aprendizagem” como se fossem questões de Saúde Mental que necessitassem unicamente de tratamento psiquiátrico de tratamento, quando, na verdade, o sucesso de uma abordagem está relacionado ao comprometimento de todos os envolvidos.

7.7 Vínculo

A construção do vínculo no cuidado em Saúde Mental depende do modo como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde dos usuários e as singularidades de cada um. Porém, não depende só do comprometimento do profissional, muito menos só do desejo do paciente em buscar ajuda, o vínculo pode interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor forma de cuidado.

Sabemos que as necessidades de saúde são determinadas em grande parte pelo modo de vida de cada sujeito, a condição de vida, o direito à singularidade, o direito às tecnologias de melhoria da vida, o acolhimento e o vínculo na construção da autonomia são pontos fundamentais que vão além do espaço onde o cuidado acontece, seja a unidade de saúde ou a própria casa.



Figura 7.3: Vínculo

Fonte: <http://nosnacomunicacao.com.sapo.pt>

Ao se vincular a alguém ou a alguma instituição (uma equipe ou um centro de saúde) muitas vezes transferimos afetos para essas pessoas ou instituições. Afetos são sentimentos imaginários, baseados na história pessoal de cada um e na imagem produzida pelo serviço ou pelo profissional e que podem contribuir positiva ou negativamente para a eficácia do cuidado. Por isso, o vínculo pode ganhar variados sentidos (confiança, respeito, amizade, compreensão, defesa, dependência, antipatia), de acordo com os laços de afetividade construídos ao longo do tratamento entre trabalhador de Saúde Mental, a instituição, o usuário e a comunidade.

7.8 Corresponsabilização

Chamamos de corresponsabilização a parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em Saúde Mental, visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico.

Essa parceria acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões, os limites e possibilidades dos trabalhadores, dos usuários, das famílias e das pessoas da comunidade na composição do projeto terapêutico.

Devemos considerar sempre o contexto onde uma pessoa está inserida, a vida vivida de cada um e a própria oferta terapêutica no serviço, pois um plano terapêutico estruturado contando com estes pontos-chaves favorece o resgate de valores, práticas e sentimentos acumulados ao longo do tempo, necessários para a reabilitação integral.

Portanto, a responsabilização deve ser mútua, ou seja, uma co-responsabilização entre terapeuta, pessoa, serviço, família e comunidade, com base nas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para a própria reinserção na sociedade de modo a atenuar os efeitos da doença mental, estimular a capacidade de enfrentar de seus problemas e retomar a autonomia.

7.9 Trabalho multidisciplinar

No Brasil, desde a década de 1970, o trabalho em saúde passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações, propondo um espaço de construção conjunta onde cada profissional tem ao mesmo tempo responsabilidades individuais e coletivas.

Quando a interdisciplinaridade acontece, permite o cuidado integral onde o usuário passa a ser o denominador comum, e portanto o ponto de entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais.

Multidisciplinariedade nas práticas assistenciais:

- Não pode ser definida como um aglomerado de trabalhadores, na qual cada um deles exerce apenas a sua função profissional específica;
- Também não se resume apenas como uma forma de dividir o trabalho, em que cada um faz “a sua parte”, sem preocupar-se com o produto total;
- Deve contar com profissionais de formações diferentes, assegurando assim diversidade de olhares e troca de experiências;
- Caracteriza-se pela capacidade de participar coletivamente de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação, troca de saberes e construção de conhecimento.



Resumo

Nesta aula pudemos aprender que quando temos uma Rede de Atenção fortalecida, os serviços não limitam sua atuação às questões técnicas, mas inclui na sua rotina diária o trabalho com os demais serviços do território e com a própria comunidade, visando ampliar saberes e aprimorar o atendimento à população. Para isso, os profissionais atuantes na rede de Saúde Mental devem estar atentos a alguns conceitos norteadores fundamentais para a garantia da eficácia do trabalho.

Atividades de aprendizagem

1. Em relação aos conceitos norteadores, podemos afirmar que:

- () A ideia de rede de cuidados pressupõe a articulação de toda uma rede de ações em diversas áreas das políticas (educação, assistência social, cultura, jurídica, etc) que garantam assistência, proteção e inclusão, principalmente, às pessoas e grupos mais vulneráveis.



Aula 8 – O CAPS e a articulação com os demais serviços

Nesta aula conheceremos um pouco mais detalhadamente como acontecem os atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e como ocorre a articulação entre ele e os demais serviços.

Apesar de ter um caráter estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em Saúde Mental. Aliás, como já foi dito antes, a atenção em Saúde Mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados.

Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também mental, e que toda Saúde Mental é também produção de saúde, isto porque, quando se tem uma doença, sempre existe um componente emocional de sofrimento, medo ou dor associado, muitas às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou até de intervenções clínicas. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a atenção básica.

Todos os municípios do país possuem assistência primária a saúde que é feita nas Unidades de Saúde. Porém, nem sempre a atenção básica está preparada para atender integralmente a essa difícil realidade doença física x sofrimento psíquico. A falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma atuação das equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de Saúde Mental é de fato uma tarefa muito complexa que exige do profissional não só conhecimento técnico, mas afeto, empatia e habilidade para lidar com as inúmeras tentativas de abordagem.

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 visem estabelecer vínculos e acolher. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica.



Leia o texto da Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, que está disponível no *link*: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>

Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre Saúde Mental e atenção básica:

1. Noção de território;
2. Organização da atenção à Saúde Mental em rede;
3. Intersetorialidade;
4. Foco na reabilitação psicossocial;
5. Multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
6. Desinstitucionalização;
7. Promoção da cidadania dos usuários;
8. Construção da autonomia possível de usuários e familiares.

8.1 CAPS e ESF



Figura 8.1: Equipe Multiprofissional CAPS Araçatuba

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

No início da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, o que se pretendia era instituir um serviço especializado, caracterizado pela porta aberta, com base comunitária que funcionasse como regulador da rede de Saúde Mental de um determinado território. Atualmente entendemos que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não deva centralizar os cuidados em Saúde Mental, ao contrário, deve articular estratégias de cuidados no território. Isso exige compor estratégias de atenção combinadas entre atenção especializada e atenção básica.

De acordo com estudos recentes, no país inteiro a realidade das equipes de atenção básica revela que diariamente os problemas de “Saúde Mental” chegam até as unidades de Saúde: 56% das equipes de saúde da família disseram realizar “alguma ação de Saúde Mental” (BRASIL, 2003). Isto porque, por mais simples que pareça, as demandas de cuidados em Saúde Mental estão em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em se tratando das Equipes de Saúde da Família e do lugar estratégico que elas ocupam por estarem inseridas diariamente no território, de uma certa população, há um potencial sem igual “para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2003).

construindo o Sistema Único de Saúde e conseguindo fazer avançar, em grande extensão territorial, uma série de experiências fundamentadas nas ideias do movimento antimanicomial, na práxis da reabilitação psicossocial, com significativa participação e protagonismo de usuários e familiares (...) a atenção para a potencialidade, a eficácia e o porvir das ações de Saúde Mental desenvolvidas nos Programas de Saúde da Família. (LANCETTI, 2001, p. 98).

Como já falamos anteriormente, o bom resultado na abordagem das questões de Saúde Mental está ligada ao fortalecimento de seus princípios norteadores, em especial, o vínculo, a corresponsabilização e a territorialização das ações. Por isso, é tão urgente e necessária à construção, inclusão e consolidação de políticas e ações de Saúde Mental, dentro da lógica da estratégia de Saúde da Família, considerando o vínculo já existente entre equipe e usuários e o conhecimento aprofundado dos serviços disponíveis em determinado território.

Por ser a referência especializada em Saúde Mental no território, os CAPS têm uma função especial, porém, é no contexto da Saúde da Família que os mais diversos problemas de Saúde Mental afloram e por isso o olhar clínico da equipe deve ser potencializado. A articulação entre a equipe do CAPS e a Estratégia Saúde da Família passa pela construção de vínculo e apoio matricial, produzindo uma potencialização de mão dupla para ambas as partes. Campos (2007, p. 400) afirma que o matriciamento objetiva oferecer suporte ou retaguarda especializada.

Quando falamos em aprimorar a habilidade dos profissionais da saúde da família para assistir a demandas da Saúde Mental não estamos dizendo que obrigatoriamente estes técnicos terão que desenvolver ações que estejam além das suas competências profissionais, mas se trata de investir em suas potencialidades permitindo ações compartilhadas e portanto mais resolutivas.

deve existir momentos de preparo, elaboração e discussão destas composições grupais e seus conteúdos e possíveis encaminhamentos posteriores com os diferentes profissionais que têm a contribuir com determinado assunto. (BRAGA CAMPOS, 1992, p. 53).

É este o objetivo do trabalho do CAPS com a ESF: ter as equipes de Saúde da Família como referência para as pessoas da comunidade, cabendo às equipes dos CAPS não só a assistência àqueles usuários que diariamente

frequentam o serviço, mas também a atuação contínua como apoiadores matriciais. Desta forma, a equipe do CAPS e as Equipes de Saúde da Família compartilham alguns casos e estudam a melhor abordagem para cada um.

8.2 Estratégias de intervenção

a) Reuniões

Encontros periódicos entre as equipes de saúde da família e Saúde Mental. Neles há troca de experiência e conhecimento, são discutidos casos e trabalhadas as angústias e dificuldades dos profissionais da Saúde da Família no momento em que tenham que lidar com demandas da Saúde Mental.

b) Visitas domiciliares

As visitas domiciliares e os atendimentos conjuntos também fazem parte do trabalho territorial. Não há regras ou critérios rígidos a serem seguidos, a necessidade de realizar visitas domiciliares é uma decisão conjunta entre ESF e CAPS, de acordo com cada situação e cada família.

Essas ações, geralmente, são realizadas quando se observa situações de maior vulnerabilidade (conflitos familiares, sofrimento psíquico intenso, auto ou heteroagressividade) ou riscos de internações psiquiátricas. Em grande parte das vezes, realiza-se a visita com um ou dois profissionais da Saúde Mental e um ou dois do PSF. Lembramos que a presença do Agente Comunitário de Saúde – ACS é essencial, pois são eles que possuem o maior vínculo com as famílias.

Um dos principais objetivos de se realizar visitas domiciliares é fortalecer o vínculo das equipes de saúde da família com a sua comunidade, principalmente do agente comunitário, já que é esse profissional que mais tem contato e está implicado no cuidado cotidiano com as pessoas. Quando a equipe de Saúde Mental acompanha a visita domiciliar a mensagem que é passada ao usuário e seus familiares é de que todos estão comprometidos com o cuidado ofertado.



Embora seja imprescindível que as equipes do PSF adquiram noções básicas de Saúde Mental, existe um nível mais complexo de saberes desta área que seus profissionais não são obrigados a conhecer. A disponibilidade da equipe de Saúde Mental é essencial, cabe a ela ajudar na abordagem destas ques-

tões, através de reuniões e de debates periódicos, discutindo no cotidiano do serviço alguns casos, auxiliando a avaliação de outros e recebendo aqueles que se agravam ou se complicam.

Resumo

Nesta aula vimos que por priorizar o trabalho em rede, as ações de Saúde Mental podem acontecer nos mais diversos espaços. Apesar de ter um caráter estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em Saúde Mental e a atenção primária à Saúde, bem como a Estratégia de Saúde da Família são os grandes parceiros com quem o CAPS deve contar para continuidade do cuidado em Saúde Mental.

Atividades de aprendizagem



1. Todos os municípios do país possuem assistência primária a saúde que é feita nas Unidades de Saúde. Porém, nem sempre a atenção básica está preparada para atender integralmente a essa difícil realidade doença física x sofrimento psíquico. Identifique na aula de hoje os principais desafios para a implantação das ações de Saúde Mental.
2. Assinale abaixo os princípios fundamentais da articulação entre Saúde Mental e atenção básica:
 - Noção de território.
 - Organização da atenção à Saúde Mental em rede.
 - Hospitalização.
 - Construção da dependência dos usuários ao serviço.
 - Promoção da cidadania dos usuários.
 - Trabalho individualizado.
 - Foco na reabilitação psicossocial.
3. Quando falamos em aprimorar a habilidade dos profissionais da saúde da família para assistir a demandas da Saúde Mental o que se quer dizer é que:
 - obrigatoriamente estes técnicos terão que desenvolver ações que estejam além das suas competências profissionais.
 - deve-se investir em suas potencialidades permitindo ações compartilhadas e portanto mais resolutivas.

Aula 9 – Como funcionam os CAPS

Nesta aula estudaremos como funcionam os CAPS, algumas especificidades desse serviço público no atendimento à Saúde Mental.

De acordo com o Ministério da Saúde, CAPS é

um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004).

Na atenção Psicossocial Especializada os CAPS atuam sob a ótica interdisciplinar, realizando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.



Portaria n. 3088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html?q=>>.

9.1 Quem pode ser atendido no CAPS

Uma vez que a atenção diária ofertada nesses serviços, seja pelo acompanhamento medicamentoso, pelas oficinas terapêuticas ou pela terapia individual e coletiva, auxilia na recomposição da estrutura interna e social da pessoa como um todo, o CAPS deve ser indicado para a fase de reabilitação visando à reinserção social do cidadão.

Os CAPS devem ofertar atendimento a todas as pessoas que fazem parte de seu território de atuação e que possam ser beneficiadas naquele momento com o tratamento ofertado. Uma pessoa pode vir encaminhada da Unidade Básica de Saúde, do Ambulatório de Saúde Mental, do Hospital Psiquiátrico, do Hospital Geral, dos Serviços de Urgência e Emergência ou simplesmente por procura espontânea.

Nem todas as pessoas que apresentam algum transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de alguma substância química terão o CAPS como melhor indicação de tratamento. Por isso é necessário avaliar caso a caso relacionando o nível de comprometimento, capital de recuperação, histórico de tratamentos realizados, riscos eventuais entre outras variáveis para que se possa assegurar o tratamento mais indicado a cada pessoa.

Uma avaliação pouco criteriosa pode significar perder a melhor oportunidade de tratamento. Por exemplo, encaminhar um usuário para internamento psiquiátrico em caráter involuntário sem antes estudar as possibilidades de abordagem na própria comunidade, através do CAPS ou do ambulatório ou mesmo da ESF, da mesma forma, insistir no tratamento ambulatorial de um dependente químico que está apresentando risco para si e/ou para terceiros também põe em cheque a resolutividade do tratamento.

9.2 Modalidades de atendimento do CAPS

Basicamente, os CAPS trabalham com três modalidades de atendimento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

- a) **Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave 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;
- b) **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;

- c) **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.



Ver texto na íntegra (p.16) do material **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**, disponível no link: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/118.pdf>

A modalidade de atendimento é definida pela avaliação conjunta da equipe técnica do CAPS, a partir da avaliação da história de vida de cada sujeito, do grau de comprometimento que apresenta no momento do ingresso no serviço e pelo potencial de adesão ao tratamento, devendo ser reavaliado periodicamente com o objetivo de acompanhar a evolução de cada caso.

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.

9.3 Funções do CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS é referência no tratamento dos transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, substitutivo do modelo asilar que visa 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.

Podemos definir resumidamente que além da articulação da rede de atenção à Saúde Mental são também funções do CAPS dar suporte; discutir e intervir conjuntamente; supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica e o Programa Saúde da Família, no atendimento às necessidades em Saúde Mental; propiciando a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de Saúde Mental pelas equipes locais.

Barros (2003) expõe que a construção da assistência no CAPS, bem como da rede de serviços substitutivos, deve possibilitar a construção de projetos de vida, que deve ir “além dos muros” desses serviços, e para isso, faz-se necessária à formação de uma rede social, afim de evitar novas cronificações de usuários atendidos neste serviço. Esses equipamentos devem:

- Regular da rede de atenção à Saúde Mental;
- Organizar a rede de serviços de Saúde Mental em seu território;
- Coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas;
- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de Saúde Mental;
- Realizar e manter atualizado o cadastro de pacientes que utilizam medicamentos especializados;
- 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.

Por constituírem um serviço chamado substitutivo do modelo hospitalocêntrico, os CAPS só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar pode localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, porém, devem ser independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e usuário, organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se com CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III.

9.4 Tipo de assistência prestada pelos CAPS

a) CAPS I

- Indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;
- Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;
- Com funcionamento no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, devem realizar:
 - 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 a família;
- f)** atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g)** Uma refeição diária para pacientes assistidos em um turno (04 horas) e duas refeições diárias para os assistidos em dois turnos (08 horas).

b) CAPS II

- Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes;
- Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local;
- Com funcionamento de **08:00 às 18:00 horas**, em 02 (dois) turnos, durante os cinco **dias úteis** da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas, devendo realizar:
 - 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 a família;
 - f)** atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
 - g)** Uma refeição diária para pacientes assistidos em um turno (04 horas) e duas refeições diárias para os assistidos em dois turnos (08 horas).

c) CAPS III

- Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPS AD;
- Com funcionamento de serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana:
 - 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 a família;
 - f)** atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
 - g)** acolhimento noturno nos feriados e finais de semana com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
 - h)** uma refeição diária para pacientes assistidos em um turno (04 horas), duas refeições para os assistidos em dois turnos (08 horas) e quatro refeições diárias para os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas;
 - i)** a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

d) CAPS i (infanto-juvenil)

- Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

- Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.
- Com funcionamento no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas, devendo realizar:
 - 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 a 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) uma refeição diária para pacientes assistidos em um turno (04 horas) e duas refeições diárias para os assistidos em dois turnos (08 horas).

e) CAPS ad (álcool e drogas)

- Serviço de Saúde Mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.
- Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Com funcionamento de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas:
 - 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 a família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) uma refeição diária para pacientes assistidos em um turno (04 horas) e duas refeições diárias para os assistidos em dois turnos (08 horas);
- h) atendimento de desintoxicação.

f) CAPS AD III

- Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- Atende adultos, crianças e adolescentes considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.
- Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, devem realizar:
 - 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 a família;
 - f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
 - g) acolhimento noturno nos feriados e finais de semana com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
 - h) uma refeição diária para pacientes assistidos em um turno (04 horas), duas refeições para os assistidos em dois turnos (08 horas) e quatro re-

feições diárias para os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas;

- i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Tabela 9.1 - Quadro de resumo

ATIVIDADE	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	CAPS ad III
Funcionamento das 08 às 18 horas	X	X		X	X	
Funcionamento 24 horas			X			X
Atendimento individual	X	X	X	X	X	X
Atendimento em grupo	X	X	X	X	X	X
Oficina terapêutica	X	X	X	X	X	X
Visita e atendimento domiciliar	X	X	X	X	X	X
Atendimento a família	X	X	X	X	X	X
Atividades comunitárias	X	X	X	X	X	X
Leito para observação			X		X	X
Atendimento para desintoxicação			X		X	X
Acolhimento noturno			X			X
Refeição diária	X	X	X	X	X	X

Fonte: Elaborado pelo autor.

Resumo

Nesta aula você pode aprender sobre o papel estratégico do CAPS no processo de articulação e construção da Rede local de Saúde Mental, as diversas modalidades de CAPS existentes no território nacional e as várias formas de atendimento ofertadas em cada uma das modalidades. No quadro resumo você pôde observar de maneira sistematizada que grande parte das atividades ofertadas é comum a todas as modalidades por se tratarem de pontos estratégicos no processo de reabilitação do sujeito.



No Portal da Saúde você encontrará mais orientações aos gestores. Acesse o link: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela>.

Atividades de aprendizagem

1. Além da articulação da rede de atenção à Saúde Mental, que outras funções podem ser atribuídas ao CAPS?



Aula 10 – Plano Terapêutico Individual – PTI

Na aula de hoje veremos que embora o atendimento nos CAPS muitas vezes seja realizado de forma coletiva, o usuário de CAPS deve ter um Plano Terapêutico Individual, isto é, um plano de atendimento que respeite a sua particularidade, que personalize o cuidado a cada pessoa na unidade e fora dela e que selecione, dentre as atividades ofertadas, aquelas que o sujeito participará durante sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.

10.1 Construindo um Plano Terapêutico Individual

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

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, de expressão, geradoras de renda, de alfabetização, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, visitas domiciliares, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, com o objetivo de integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral;

- Assembleias ou reuniões de organização do serviço: instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. São espaços onde se discutem os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

O Plano Terapêutico nos indica a direção que se pretende dar ao tratamento. Deve – se levar em conta a pergunta: o que é possível e o que é desejável obter ao longo do tratamento desse paciente.

Objetivo deve ser caminhar sempre no sentido de propiciar ao paciente a retomada da voz e do poder de decisão sobre as questões que lhe dizem respeito, levando em conta a dimensão subjetiva em que se manifestam suas queixas e seus sintomas.

10.2 Como compor o Plano Terapêutico Individual - PTI

Embora algumas informações sejam definidas pela equipe técnica, o PTI deve ser construído e acordado em conjunto com o paciente e se possível com sua família:

- a) Identificação do usuário: por se tratar de um plano individual, cada pessoa atendida deve ser reconhecida pelo seu nome.
- b) Justificativa do tratamento no serviço: os motivos que levaram a inclusão de determinado paciente na rotina de tratamento do CAPS devem estar claros tanto para os profissionais da equipe quanto para o próprio paciente e sua família.
- c) Objetivos do tratamento no serviço: uma vez em que se tem claro os motivos que levaram à busca e inclusão do paciente no CAPS, deve-se traçar os objetivos do tratamento que se inicia. Neste momento o profissional deve estar atento, pois os objetivos devem ser reais, possíveis e significativos para o paciente.
- d) Previsão do tempo de tratamento no serviço: o tratamento ofertado constitui uma etapa no processo de reabilitação bio-psico-social. Ou seja, tanto a equipe quanto o paciente e sua família devem estar conscientes de que o tratamento tem início, meio e fim e por isso, todas as atividades desenvolvidas durante o tratamento visam gradativamente à reinclusão do sujeito em seu meio. Não significa que ao término do processo o paciente será abandonado pela equipe do CAPS, mas que os cuidados con-

tínuos necessários ao dependente químico ou à pessoa com transtornos mentais poderão ser realizados fora do ambiente do CAPS.

- e) Regime de tratamento: trata-se da modalidade de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) de acordo com o grau de comprometimento do paciente.
- f) Frequência ao serviço: da mesma forma, dentro de cada modalidade deve-se definir se o paciente frequentará meio período ou o dia todo, levando em conta o suporte sócio-familiar de que se dispõe na comunidade.
- g) atendimentos agendados: atendimentos de psicologia, assistência social, fisioterapia, entre outros que possam ser ofertados pelo CAPS devem ser acordados levando em conta o nível de comprometimento, capacidade de adesão ao tratamento, histórico de tratamentos anteriores, objetivos traçados para determinado paciente entre outros critérios.
- h) Avaliação psicofarmacológica: os profissionais de enfermagem ou o próprio médico psiquiatra deve realizar levantamento do histórico dos medicamentos já utilizados, o esquema medicamentoso atual e as possíveis adequações necessárias.
- i) Frequência do acompanhamento psiquiátrico.
- j) Participação de atividades no serviço: A equipe deve apresentar a gama de atividades ofertadas na unidade (oficinas, passeios, reuniões) e levar em conta os objetivos traçados em conjunto com o paciente e sua família para o tratamento que se inicia, definindo quais das atividades o paciente participará.
- k) Cuidados especiais com o paciente: algumas pessoas chegam ao serviço necessitando de cuidados que vão muito além da Saúde Mental. Orientações quanto a higiene e auto cuidado, risco de auto-extermínio, cuidado médico, odontológico entre outros devem ser observados, pontuados junto à família e ao paciente e encaminhados quando necessário.
- l) Abordagem família: considerando o papel fundamental da família no processo de reabilitação psicossocial de uma pessoa, deve-se descrever as atividades das quais a família participará, aspectos a abordar, atendimentos dos quais participará, frequência dos encontros com a equipe profissional entre outros aspectos pertinentes a cada caso.
- m) Reinserção social: o período de tratamento no CAPS deve envolver a abordagem de problemas sociais imediatos e garantia de direitos reinserção social a médio ou a longo prazo, identificando os dispositivos disponíveis no território do paciente e considerando os desejos e objetivos já discutidos com o próprio paciente e sua família.

- n) Reavaliação do PTI: A equipe, o paciente e a família devem estar cientes do período programado para a efetivação do PTI. Isto é, os objetivos traçados serão periodicamente reavaliados considerando a evolução do caso, a grade de atividades ofertadas e a forma como a família tem se envolvido no processo.
- o) Técnico de referência: para cada pessoa que inicia o tratamento no CAPS a equipe deve definir um profissional que servirá de referência tanto para o paciente, quanto para a família. Este técnico ficará responsável de fortalecer o vínculo com a família e o paciente, apresentar a equipe os detalhes da evolução do paciente no serviço e intermediar as dúvidas e esclarecimentos que possam surgir de todas as partes envolvidas.

Resumo

Nesta aula você pôde aprender um pouco mais sobre a estratégia fundamental para que o tratamento no CAPS aconteça. Cada usuário atendido deve ter um Plano terapêutico Individual – PTI, traçado em conjunto com a equipe e a família e que direciona as intervenções, os objetivos e etapas a serem superadas no processo de reabilitação desenvolvido no CAPS.



Atividades de aprendizagem

- Assinale verdadeiro ou falso nas alternativas abaixo:
 - () Cada usuário atendido no CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um plano de atendimento que padronize o cuidado a cada pessoa na unidade e fora dela.
 - () O projeto terapêutico nos indica a direção que se pretende dar ao tratamento.
 - () O tratamento ofertado constitui uma etapa no processo de reabilitação bio-psico-social. Tanto a equipe quanto o paciente e sua família devem estar conscientes de que o tratamento tem início, meio e fim.
 - () O PTI deve ser construído pela equipe do CAPS e apresentado ao paciente depois de finalizado.
 - () Algumas pessoas chegam ao serviço necessitando de cuidados que vão muito além da Saúde Mental, nestes casos, deve-se encaminhar a pessoa a outros serviços que fará a orientação necessária.

Aula 11 – Reabilitação psicossocial

Nesta aula estudaremos um pouco mais a respeito da reabilitação psicossocial e como a família e as equipes de Saúde Mental podem unir-se para garantir o cuidado do paciente em recuperação.

11.1 A importância da parceria entre equipe de Saúde Mental e família para a garantia do cuidado.

O cuidado ao ser humano é uma tarefa árdua para a qual, poucas pessoas estão preparadas. Quem se propõe a cuidar, precisa de conhecimento, criatividade, empatia e sensibilidade, solidariedade e principalmente afetividade, pois, cuidar implica em tocar, sentir, escutar, acolher e auxiliar o outro em tarefas do dia a dia.

Para que os cuidadores também possam se sentir cuidados, os profissionais do serviço de Saúde Mental devem atuar na promoção de espaços de diálogo individuais ou coletivos onde o cuidador encontre suporte e orientação e possa reduzir ansiedades, medos, e dúvidas, além de discutir situações específicas vivenciadas com objetivo de construir estratégias conjuntas de cuidado.

Para haver o cuidado humanizado, é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas. (SILVA, MBB. 2004).

Todo profissional que atue na área da saúde pública reconhece que o cuidado no âmbito da Saúde Mental segue os princípios da integralidade, e deve assistir à pessoa em sofrimento psíquico em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual, de forma contínua, integral e não fragmentada.

O SUS se apoia em três princípios: universalidade, integralidade e equidade. De uma forma bem simplista, isso quer dizer que a saúde é um direito de todos – universalidade, é um aspecto que integra todas as áreas da vida humana – integralidade – e cada um deve ser atendido de acordo com as suas necessidades – equidade.



Da mesma forma, deve ter em mente que cuidar só é possível na lógica do cuidado humanizado, onde existam vínculos entre equipe, sujeito, família e comunidade, sendo o tratamento de responsabilidade de todos.

Embora no dia a dia da assistência prestada pelos CAPS as equipes se deparem com famílias que buscam apoio e participam das atividades e outras que nem sequer buscam saber sobre o tratamento de seu familiar, é imprescindível que a equipe tenha claro que a família é parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário dentro do proposto no Plano Terapêutico Individual inicialmente traçado.

Quando recebem apoio e orientação, a família se sente fortalecida e consequentemente se tornam capazes de compartilhar seus problemas e aliando-se à equipe na desinstitucionalização e reabilitação social de seu familiar.

É necessário oferecer atenção e suporte contínuos às famílias, pois as possibilidades de reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias se tornam mais concretas quando os familiares acreditam que a melhora na condição de saúde do usuário é possível.

Porém o profissional na área de Saúde Mental deve compreender que a ausência de alguns familiares no processo de reabilitação de um paciente está relacionada às dificuldades em assumir sua parcela de responsabilidade no tratamento, justificada pelo sentimento de sobrecarga, impotência e enfraquecimento acumulado ao longo dos anos.

A sobrecarga da família refere-se às consequências que afetam o dia a dia: gastos financeiros, desorganização da vida afetiva, social e profissional, tarefas extras, convivência com comportamentos impróprios, iminência de situações extremas de risco de morte, preconceito social, entre outros são situações com as quais ao longo dos anos a família acaba aprendendo a lidar, mas que nem por isso diminuem o desgaste físico, mental e emocional.

11.2 A reabilitação psicossocial como parte do cuidado

A reabilitação psicossocial, no contexto da reforma psiquiátrica, considera o transtorno psíquico como um dado da história de vida do usuário, às vezes determinante, mas não incapacitante da vida em comunidade. Ou seja, uma pessoa dependente química ou portadora de algum transtorno mental não

deixa de ser um indivíduo que faz parte de uma família, vive em um território e nele mantém relações sociais e afetivas.

A reabilitação também é entendida como um conjunto de ações que visam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, e envolve todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral.

Fonte: (Revista Ciência Saúde Coletiva, vol.14, 2009).

Os serviços substitutivos tais como os CAPS, uma vez que estão estruturados de forma territorializada, devem promover a reabilitação utilizando espaços na própria comunidade, fazendo com que paciente retome sua lugar na sociedade e que esta mude seu para a pessoa doente: de incapaz para capaz, de louco para doente, de inútil para cidadão, favorecendo o processo de reconstrução de autonomia, liberdade e cidadania.

Quando há ações que promovam reabilitação em Saúde Mental, acontece a retomada da visão positiva da humanidade, onde uma pessoa é entendida como capaz de agir, sentir, decidir, opinar, sofrer, alegrar-se, enfim, viver a plenitude da vida mesmo com o diagnóstico da loucura sem ter sua condição de sujeito de direitos desvalorizada por isso.

11.3 De que forma podemos promover a reabilitação psicossocial?

Uma das formas de incluir socialmente aqueles que sofrem com transtorno mental é o contato com atividades artísticas e artesanais realizadas através de oficinas terapêuticas.

As oficinas terapêuticas são descritas pela portaria SNAS n. 189/1991 como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”. A dança, a música, a arte, o teatro, a marcenaria, entre outros são atividades desenvolvidas em grupo, oportunizando ao usuário a inter-relação com os demais participantes.

De acordo com a premissa da reforma psiquiátrica, as oficinas são entendidas como mobilizadores de espaços sociais onde o usuário tem a oportunidade de reconquistar ou conquistar seu cotidiano. A oficina terapêutica faz parte do processo reabilitador e, desta forma, se mostra como experiência

positiva, atuando no campo da cidadania. É uma maneira também de incentivar a preparação para o mercado de trabalho, fazendo com que o usuário retome suas atividades e descubra novas habilidades, na busca por sua independência.

11.4 Participação da comunidade no processo de reabilitação

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 fundamental. A comunidade formada pela população e pelos serviços públicos das áreas da educação, do esporte e lazer, do trabalho, associações de moradores, clube de mães, associações comunitárias, voluntários podem e devem construir parcerias com o CAPS através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de eventos, desenvolvimentos de projetos de geração de renda, participação nas atividades rotineiras do serviço, dentre outros.

As parcerias ajudam toda a comunidade a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Através delas, 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. Por isso a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de Saúde Mental.

Resumo

Na aula de hoje vimos que a reabilitação social está entre os principais objetivos do trabalho do CAPS uma vez que entendemos que uma pessoa dependente química ou portadora de algum transtorno mental não deixa de ser um indivíduo que faz parte de uma família, vive em um território e nele mantém relações sociais e afetivas.

A comunidade tem papel fundamental no processo de reabilitação social. Através das parcerias entre CAPS e comunidade como um todo é possível construir estratégias e oportunidades para que uma pessoa em reabilitação reconstrua sua autonomia e torne-se produtivo novamente. As parcerias ajudam toda a comunidade a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros.

Atividades de aprendizagem



1. Por que nem todas as famílias conseguem acompanhar e se responsabilizar pelo tratamento de seu familiar?

2. Qual o principal objetivo de se promover reabilitação social?

3. Na sua comunidade, que tipo de parcerias poderiam ser criadas com a finalidade de promover ações de reabilitação social?

Aula 12 – Centro de atenção psicossocial

Vimos nas aulas anteriores os repetidos insucessos das tentativas de fazer dos hospitais psiquiátricos verdadeiros espaços terapêuticos. Nesta aula iremos aprofundar nossos conhecimentos sobre o CAPS, e como ele se tornou um serviço substitutivo de atenção em Saúde Mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico.

A principal razão de sua efetividade é que os CAPS são serviços abertos, que buscam promover o cuidado de maneira humanizada, reconhecendo o sofrimento do sujeito, mas também o considerando capaz ser livre autônomo e produtivo.

Porém, é preciso estar atento à forma de cuidado ofertada, pois, diante da grande demanda por atendimento, da escassez de serviços, do despreparo profissional e distanciamento da família no processo de tratamento, facilmente a equipe de Saúde Mental do CAPS pode se perceber reproduzindo o modelo hospitalar mesmo estando fora do hospital.

Portanto, vejamos alguns pontos imprescindíveis para que o espaço do CAPS se estruture segundo uma lógica antimanicomial:

- O empenho para evitar o uso da força na relação com os usuários é essencial. Isto começa pela admissão e pela frequência do serviço, para as quais se deve sempre buscar o consentimento do paciente;
- Diante de um episódio de agitação intensa que justifique o uso de medicação de controle, esta deve sempre ser precedida, acompanhada e seguida pela conversa e pela argumentação;
- A estratégia de contenção física e outras medidas de imposição utilizadas rotineiramente, só podem ser acionadas quando esgotar outros recursos possíveis;
- É preciso criar um clima acolhedor e ativo, mesmo com AM rotina intensa, o ambiente deve ser agradável e hospitaleiro, só assim é possível que pacientes apreciem a permanência no serviço e vinculem-se a ele.

12.1 Como deve ser um serviço de Saúde Mental?

Os serviços de Saúde Mental não precisam ser todos iguais. Sua função primordial deve ser a oferta de terapias padronizadas, que promovam não só a estabilização de um quadro de sofrimento psíquico, mas que possibilitem ao sujeito o resgate dos vínculos familiares e sociais.

A-Z

Existem dois processos biológicos: a agudização que é quando uma doença se instala e termina de forma rápida. A **cronificação** é justamente o oposto: ela se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).

Gradualmente, em algumas cidades, vem se abrindo o campo para que os pacientes pensem em organizar pequenas cooperativas, para efetivar a sua inserção na comunidade, por artesanato, ou pela venda de outro produto seu, e passem a construir alternativas contra o desemprego e o ócio, que incomoda e ajuda na **cronificação**.

Não existe um formato único para a Rede de Cuidados em Saúde Mental, cada município deve estruturar as ações de Saúde Mental, de acordo com suas características e com a criatividade de suas equipes. Alguns possuem apenas ambulatorios psiquiátricos, outros, priorizam reuniões em grupos e consultas, outros têm atividades físicas, manuais, artísticas e esportivas. Alguns investem na reabilitação, ensinando trabalhos úteis na indústria ou dão atividades rurais, investindo no trabalho com hortas e jardinagem.

O que realmente importa é que em todos os municípios do país existem pessoas necessitando de cuidados em Saúde Mental, portanto, seja através do CAPS, seja através de atividades comunitárias, somos todos corresponsáveis pela promoção desse cuidado.

12.2 O CAPS como espaço terapêutico

Se um paciente necessita afastar-se ao menos temporariamente de sua própria casa, isto só faz sentido se o recebemos num local onde ele tenha cuidados constantes e respeitosos.

Esses cuidados podem variar:

- a) Atendimento individual diário com seu técnico de referência, com o qual possa falar e procurar entender o que se passa com ele;
- b) Ajuda para a sua higiene e cuidados com o próprio corpo, geralmente prejudicados pela crise;
- c) Participação em atividades coletivas, como oficinas, reuniões, assembleias, passeios;

- d) Atendimento à família, que deve fazer-se presente durante todo o tratamento;
- e) Prescrição adequada da medicação.

Os CAPS constituem um ambiente de cuidado, respeito e liberdade. Ali as pessoas em sofrimento psíquico encontram na atenção diária, suporte médico e psicológico, aconselhamento e orientação da enfermagem, terapias individuais ou de terapias em grupos.

Através da terapia ocupacional, atividades lúdicas, educativas, artística, recreacionais e de reabilitação profissional são ofertadas e as pessoas em tratamento podem passar parte do dia fazendo atividades que vão ajudar na sua socialização, no seu relacionamento com outras pessoas, na diminuição de suas ansiedades e na compreensão do seu tratamento.

As famílias devem encontrar nos CAPS um local seguro onde deixar a pessoa que está em sofrimento, em crise, com a segurança de que ela receberá uma atenção especializada, sem precisar ficar internado em hospital e sem perder seus vínculos com a comunidade.

O profissional de saúde deve adotar uma abordagem cultural de cuidado, que leve em consideração os valores, as crenças e os modos de vida característicos de determinada comunidade, possibilitando ao indivíduo e a sua família a construção do seu bem estar, a melhoria de suas capacidades e da qualidade de vida.

Você sabia?

Algumas considerações sobre os direitos de cidadania do portador de sofrimento mental

Quando se afirma um direito, afirma-se um princípio que entendemos ser justo. Isto não quer dizer que existam instâncias prontas para assegurá-lo: a afirmação de um direito não é jamais uma garantia, e sim uma conquista. Existem leis que preconizam direitos, instâncias e órgãos públicos para assegurar seu cumprimento. Contudo, essas leis, instâncias e órgãos são, por sua vez, objetos de uma conquista social, a ser permanentemente acompanhados e fortalecidos.

Direitos fundamentais, como morar, trabalhar, etc, não bastam por si mesmos, e nem serão jamais conquistados, se não se fazem valer outros,

igualmente fundamentais: pronunciar-se, participar, escolher, responsabilizar-se. A posição passiva de receber benefícios pode ajudar a sobrevivência de um ser humano, mas não faz avançar sua vida. Cidadania é algo que só se exerce quando se partilha a palavra e se tomam decisões – encontrando para as questões que afetam a cada um seu registro na cultura.

O reconhecimento da cidadania do usuário do serviço de Saúde só se dá quando o tratamos verdadeiramente em pé de igualdade. Não vale, aqui, uma certa polidez impregnada de superioridade, com os quais muitas pessoas tratam aquelas de classes sociais que lhes são “inferiores”. Trata-se de reconhecer em quem apela, seja quem for um meu igual, a justo título e de pleno direito – lembrando quão injustamente desiguais são muitas vezes as nossas situações.

Quando se trata da cidadania dos portadores de sofrimento mental, as questões são as mesmas levantadas acima. Basta apenas lembrar que estas pessoas foram privadas de seus direitos de uma forma particularmente brutal. Um pobre, na rua ou na favela, pode ainda tentar defender-se de muitas maneiras, adequadas ou não: pode esmolar, gritar, roubar... Contudo, um portador de sofrimento mental, internado num manicômio, não tem sequer essas tristes alternativas: está privado de qualquer chance de fazer-se ouvir.

O sofrimento mental traz questões que devem ser consideradas pela sociedade, na forma pela qual se pensa o conceito mesmo de cidadania. Afinal, “fazer caber” na cultura estas pessoas diferentes que escutam vozes, têm visões ou deliram, não consiste em adaptá-las aos nossos padrões. Pelo contrário, leva-nos a reexaminar esses padrões mesmos. Ao desconhecer a diferença crucial que a loucura nos coloca, sofreremos todos – por não conseguirmos fazer reconhecer aquilo que em cada um de nós é diferente, singular e único.

O exercício da cidadania é indissociável da participação política e social. Como vimos, os movimentos de Reforma Psiquiátrica surgem sempre no bojo de mobilizações sociais mais amplas. Assim, por mais que se desacredite da prática política no mundo contemporâneo, não há outra saída: sem intervir nas relações de poder que estabelecem a constituição dos saberes, as condições de trabalho, as relações sociais, é inútil usar palavras como “direitos” e “cidadania”.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

Resumo

Nesta aula vimos que os CAPS surgiram como uma alternativa substitutiva do modelo hospitalocêntrico e, por ter como característica principal o cuidado humanizado, tem atendido positivamente ao proposto. Vimos também que os serviços de Saúde Mental não precisam ser todos iguais, eles devem ser estruturados de acordo com a realidade local, sem esquecer a função primordial de ofertar espaços seguros, livres e humanizados de promoção de cuidado para o paciente e sua família.

Atividades de aprendizagem

1. Não existe um formato único de Rede de Atenção em Saúde Mental.

Como um município ou uma comunidade pode organizar esta forma de cuidado?

2. Relacione as formas de cuidado ofertadas pelo CAPS enquanto espaço terapêutico:



Aula 13 – Atendimento aos dependentes e usuários de álcool e drogas no CAPS

Nesta aula teremos a oportunidade de analisar a etiologia da dependência química, considerando as dimensões biológicas, psicológicas, culturais e farmacológicas em diferentes modelos teóricos, veremos também que o uso de drogas sempre acontece dentro de um contexto social, independente do tipo de substância que se consome.

Mesmo que algumas vezes o usuário procure agir de maneira isolada e solitária, adquirindo e consumindo drogas, inevitavelmente sua atitude afeta suas interações, não apenas pelos efeitos da substância, mas sobretudo pelos prejuízos físicos, emocionais e sociais que acompanham a experiência de uso, abuso e dependência química.

13.1 Mas qual a diferença entre uso, abuso e dependência química?

Dependência química deve ser considerada uma doença de origem multicausal e que, portanto, implica em mudança de estilo de vida. Deve-se levar em conta que cada indivíduo é único e traz em sua história de vida fatores **filogenéticos, ontogenéticos**.

Alguns fatores culturais devem ser considerados no momento do tratamento, por isso, o tratamento da Dependência Química não se resume a parar de beber ou de usar outras drogas, implica em mudança de estilo de vida e no acompanhamento integral do indivíduo, para o resto de sua vida.

A dependência química é uma doença crônica capaz de corromper os mecanismos fisiológicos do cérebro, causando danos psicológicos e sociais de diversas intensidades. Cada substância possui suas particularidades e por isso não existe receita pronta para todos os atendimentos devem ser considerados, sem prevalecer um em detrimento do outro, pois cada um dos serviços tem sua relevância durante as fases do tratamento.

A-Z

Ontogenética

Envolve uma relação do comportamento com o tempo, estando o interesse voltado para o processo de diferenciação e de integração dos padrões comportamentais no curso do desenvolvimento de um indivíduo jovem.

Filogenética

Estuda a história do comportamento no curso da evolução da espécie.



Para saber mais sobre Etologia, acesse o link: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Etologia>>.

Porém, nem todas as pessoas que consomem algum tipo de substância psicoativa lícita ou ilícita são consideradas dependentes químicos. O Livro Classificação internacional de Doenças (CID-10) define três relações distintas entre indivíduo e substância:

- Uso sugere experiências esporádicas;
- Abuso refere o uso frequente acarretando em algum prejuízo na vida do usuário;
- Dependência química configura-se a partir do momento em que o indivíduo não consegue mais viver sem consumir droga, acarretando para ele e seus familiares, muito sofrimento.

Geralmente é nesse período em que a família ou o usuário procura por ajuda profissional.

Sabe-se que os usuários de álcool e outras drogas não se tornam dependentes da noite para o dia. O dependente já foi um usuário inicial e passou por várias fases de padrão de uso até o ponto onde se percebe a dependência instalada.

Por isso, quem trabalha no nível de atenção primária (Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde ou outros serviços), deve estar atento e não somente se preocupar com o problema quando o usuário se torna um dependente ou quando um familiar deste usuário chega à Unidade buscando ajuda.

O profissional de saúde está o tempo todo em contato com grande número de pessoas que procuram os serviços por outros problemas e que muitas vezes já podem estar relacionado com o uso do álcool a outras drogas. Quando não se dá a devida importância às queixas e angústias, perde-se uma oportunidade importante para fazer algo já, imediatamente, e evitar que a pessoa se torne dependente.

Por isso, um serviço de saúde não pode negar atendimento ao paciente porque ele “não quer parar de verdade”, ou porque “já foi feito tudo e nada deu certo”, ao contrário, deve ofertar cuidados a qualquer pessoa doente enquanto ela permanecer doente e necessitar de atendimento, usando para isto os meios que estiverem ao nosso alcance.

13.2 A importância do diagnóstico

Para que se possa ofertar a forma de tratamento mais adequada é muito importante identificar qual o nível de uso das substâncias psicoativas, para isso existem algumas ferramentas conhecidas como “Instrumentos de Triagem” que têm como função apontar em uma grande amostra populacional aquelas pessoas que têm tendência a apresentar determinada doença e identificar entre os pacientes aqueles com maior chance de apresentar tal problema. Também são utilizados para ajudar a definir a estratégia de intervenção mais adequada e para informar ao usuário seu padrão de consumo, facilitando a introdução sobre o assunto.

Podemos destacar três ferramentas, desenvolvidas com o apoio da Organização Mundial de Saúde: CAGE, AUDIT e ASSIST.

Questionário ou CAGE:

C - Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

0 - () não 1 - () sim

A - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

0 - () não 1 - () sim

G - O (a) Sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?

0 - () não 1 - () sim

E - O (a) Sr. (a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou ressaca?

0 - () não 1 - () sim

1. Atribua um ponto para cada resposta positiva (sim) a cada uma das perguntas.
2. Some os pontos das respostas.
3. Interpretação: dois pontos ou mais, ou seja, duas respostas afirmativas ou mais, quer dizer que a pessoa tem grande possibilidade de ter dependência de álcool.

O CAGE é um instrumento de utilização extremamente simples e o mais conhecido para detectar abuso, mas principalmente a dependência de álcool. Este nome é uma abreviação das quatro perguntas existentes no instrumento, em inglês: *Cut down* (redução), *Annoyed* (aborrecimento), *Guilty* (culpa), *Eye opened* (olhos abertos).



Para conhecer o Questionário AUDIT, acesse o link: http://www.alcohollearningcentre.org.uk/library/AUDIT_Portuguese.pdf >.

Para conhecer o Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias – ASSIST, acesse o link: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf >.

A ferramenta AUDIT refere-se à abreviação do seu nome original: *Alcohol Use Disorders Identification Test* que, em português significa “Teste para Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool”.

Já a ferramenta ASSIST, nome dado a partir da abreviação: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, foi desenvolvida por pesquisadores de vários países sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Este instrumento foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português.

Todo uso de drogas está associado a fatores biopsicossociais. Além dos problemas físicos já descritos, há os de ordem psicológica, social e legal. Principalmente no caso do usuário de crack, ocorrem graves perdas nos vínculos familiares, nos espaços relacionais, nos estudos e no trabalho, bem como a troca de sexo por drogas e, ainda, podendo chegar à realização de pequenos delitos para a aquisição da droga. Há controvérsia se tais condutas socialmente desaprovadas têm relação com o estado de “fissura” para usar ou se resulta da própria intoxicação. A unanimidade é que o usuário desemboca numa grave e complexa exclusão social. Portanto o atendimento ao dependente de crack deve considerar alguns importantes critérios:

- 1. O usuário que não procura tratamento:** a ele devem ser dirigidas estratégias de cuidados à saúde, de redução de danos e de riscos sociais e à saúde. As ações devem ser oferecidas e articuladas por uma rede pública de serviços de saúde e de ações sociais e devem ser feitas por equipes itinerantes, como os consultórios de rua, que busquem ativamente ampliar o acesso aos cuidados em saúde e em Saúde Mental destes usuários;
- 2. A porta de entrada na rede de atenção em saúde** deve ser a Estratégia de Saúde Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços especializados devem ser os organizadores das demandas de Saúde Mental no território. Os CAPS devem dar apoio especializado as ESF, fazer articulações com outras Políticas Públicas (Ação Social, Educação, Trabalho, Justiça, Esporte, Direitos Humanos, Moradia) e encaminhar e acompanhar os usuários à internação hospitalar, quando necessário;
- 3. Quando o usuário acessa as equipes de saúde e de Saúde Mental,** é necessária uma avaliação clínica das suas condições de saúde física e mental, para a definição das intervenções terapêuticas que devem ser

desenvolvidas. É importante que se faça uma avaliação de risco pelas equipes de saúde para se definir se é necessária ou não a internação;

4. A decisão pela internação deve ser compreendida como parte do tratamento, atrelada a um **projeto terapêutico individual** e, assim como a alta hospitalar e o pós-alta, deve ser de natureza interdisciplinar. Intervenções e procedimentos isolados mostram-se ineficazes, com pouca adesão e curta duração, além de favorecer o descrédito e desalento da família e mais estigma ao usuário.

13.3 Tratamento psicoterápico – aspectos gerais

Conforme o documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas*, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser assegurados a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

Deve-se promover o acesso e a garantia de atendimento nos serviços mais próximos do convívio social de seus usuários: as unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e de Outras Drogas (CAPS ad), leitos em hospital geral, etc.

A mobilização da sociedade civil é fundamental: deve-se oferecer ao usuário condições de participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.

Em todos os casos graves de uso abusivo de álcool e de outras drogas, o tratamento é difícil, exige tempo e paciência. Não tem sucesso garantido a priori: por isto mesmo, os resultados mais modestos são bem vindos, podendo apontar para possíveis progressos futuros.

A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes possíveis: informações fornecidas pelo próprio sujeito, análises de sangue e de outros líquidos corporais, sinais e sintomas físicos, psicológicos e comportamentais característicos, drogas achadas com o paciente e relatos de terceiros bem informados.



Para ler na íntegra a Portaria n. 2.197/GM de 14 de outubro de 2004, acesse o link: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>

Patognomônicas

É um termo médico que se refere a sinal ou sintoma específico de uma determinada doença, diferenciando-a das outras.

Não há análises bioquímicas específicas, **patognomônicas** para o uso de álcool e drogas. No entanto, a dosagem das enzimas hepáticas pode contribuir com o diagnóstico dos transtornos relacionados ao consumo de álcool ou de estimulantes.

O diagnóstico de dependência consiste na obtenção de três perfis básicos:

1. o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência;
2. a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida;
3. a motivação para a mudança.

A importância de se obter esses três critérios está relacionada ao planejamento da abordagem terapêutica. Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes médicas compatíveis com o grau do problema.

13.4 Abordagens psicoterápicas no tratamento da dependência química.

Nos últimos 30 anos, estudos e pesquisas cientificamente embasadas têm propiciado mudanças no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

O conjunto de Ações para o tratamento a essas pessoas incluem entre outros:

- Terapia Familiar;
- Terapia Cognitiva Comportamental (treino de habilidades sociais e prevenção de recaída);
- Intervenções Motivacionais – (*Motivational Interviewing*);
- Gerenciamento de Contingências (uso de incentivos motivacionais);
- Identificação Dos Fatores de Risco e Proteção aos usuários e suas Comunidades;
- Trabalhar estimulando a resiliência dos participantes e familiares;
- Construção com os sujeitos envolvidos de um “Projeto de Vida”;
- Abrigos ou Pensões protegidas para os usuários em situação de risco;
- Hospitais com leitos para as intervenções clínicas;
- Leitos psiquiátricos para atendimento aos pacientes em surtos psicóticos;
- Comunidades Terapêuticas.

A entrevista motivacional pode ser combinada com as outras abordagens, como a prevenção da recaída e o treinamento de habilidades sociais. O objetivo principal da motivação é aumentar a prontidão intrínseca para a mudança nos indivíduos, por meio do trabalho com a ambivalência e a resistência.

Por sua vez, a prevenção da recaída e o treinamento de habilidades sociais, ambas de **orientação cognitivo-comportamental**, buscam a mudança por meio do aprendizado de novas maneiras de lidar e enfrentar as situações de risco, aumentando assim sua eficácia para a resolução de problemas.

Apesar da eficácia comprovada vale ressaltar que o modelo cognitivo que embasa essas terapias requer dos pacientes um funcionamento mental adequado, além de alguma motivação e cooperação com o programa. Portanto, pacientes com prejuízos cognitivos marcantes – muitas vezes, porém, imperceptíveis à avaliação não especializada – podem apresentar dificuldades de entendimento e adesão a esse tipo de abordagem, beneficiando-se mais de tratamentos de natureza comportamental.

13.5 A relação entre a dependência química e os transtornos mentais

A associação entre transtornos de humor e o consumo de substâncias psicoativas é comumente observado no tratamento da dependência química. Está presente em cerca de quase metade dos dependentes de alguma substância psicoativa desenvolve sintomas depressivos ao longo da vida. Do outro lado, pessoas com transtornos do humor frequentemente têm problemas com álcool, tabaco e outras drogas ao longo da vida e ainda, cerca de um terço dos pacientes deprimidos e mais da metade dos bipolares fazem uso de substâncias psicoativas de modo problemático.

Independente da ordem de aparecimento, a combinação de tais doenças representa um sério complicador para o paciente e seu grupo de convívio. Por isso, o profissional da saúde da área da dependência química deverá ter a habilidade e o diagnóstico da **comorbidade**.

Hoje sabemos que o uso de drogas é individual, depende uma série de variáveis que envolvem questões sociais, biológicas, familiares entre outras, e ainda, o tipo de substância consumida, a frequência e a intensidade do consumo está diretamente relacionada com o potencial de recuperação de uma pessoa, por isso, o tratamento também deve ser individual.

A-Z

Forma de psicoterapia que se baseia no conhecimento empírico da psicologia a respeito da maneira como seres humanos modificam seu comportamento, têm por fim uma melhora sistemática dos problemas tratados.



Leia a reportagem **Dependência Química e outras doenças mentais**, acesse o link: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=326>>.

A-Z

Comorbidade

É formado pelo prefixo latino "cum", que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbididade, originada de "morbus", que designa estado patológico ou doença. Assim, o termo é utilizado para descrever a coexistência de transtornos ou doenças.



Para ampliar o conhecimento acesse o artigo **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência**, de Miriam Schenker e Maria Cecília de Souza Minayo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>>.

Resumo

Nesta aula você aprendeu a importância de se direcionar o tratamento do álcool e outras drogas a partir da identificação do nível de consumo que o indivíduo apresenta. Para isso, existem alguns instrumentos que através de perguntas simples podem identificar o potencial para a dependência de substâncias em uma pessoa. A partir da identificação do grau de comprometimento do paciente, existem diversas abordagens psicoterápicas que associadas à abordagem medicamentosa se mostram bastante eficazes.



Atividades de aprendizagem

1. Qual a importância de se fazer o diagnóstico adequado no processo de definição das estratégias para tratamento da dependência química?

2. Todo uso de drogas está associado a fatores biopsicossociais. Descreva dois dos principais critérios que devem ser observados no atendimento da dependência química.

Aula 14 – Plano de enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas

Nesta aula daremos continuidade no detalhamento dos planos de enfrentamento ao uso, abuso e dependência de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, o novo plano de ação de enfrentamento às drogas tem como tema “Crack é possível vencer”. Trata-se de um conjunto de medidas, que pretende reorganizar o atendimento aos dependentes químicos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como parceria os Ministérios da Saúde, Educação e Justiça, além de entidades do terceiro setor como a Central Única das Favelas (Cufa) e Comunidades Terapêuticas.



Figura 14.1: Crack é possível vencer. Tema do plano de ação do Governo Federal para o plano de enfrentamento às drogas, 2011.

Fonte: www.guimaraes.org.br

O Plano foi elaborado a partir do consenso de que o enfrentamento ao crack é de responsabilidade de todos os setores, nas três esferas de governo, através de ações integradas que envolvam:

- **Educação:** capacitação dos professores, envolvimento das famílias no cuidados aos jovens, aproximação da escola com ações que envolvam a comunidade;
- **Saúde:** melhoria da qualidade dos serviços, voltando o olhar para a lógica do cuidado integral, ampliação da oferta e acesso, capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária, secundária e terciária para a abordagem e cuidado do dependente químico;



Para ler a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, acesse o link: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

- **Assistência social:** programas de geração de renda, medidas protetivas e de atenção às vulnerabilidades, acompanhamento familiar e investimento no resgate dos vínculos familiares;
- **Segurança pública:** ações de combate ao tráfico e redução da oferta, aproximação da polícia e da comunidade, prevenção ao uso/abuso de drogas junto aos jovens, qualificação do efetivo da polícia para abordagem do usuário.

O plano, que foi agrupado em três eixos: prevenção, cuidado (tratamento) e autoridade (repressão ao tráfico). O conjunto de ações tem previsão de investimento de R\$4 bilhões até 2014.

14.1 Eixo 1: cuidado

Inclui ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde voltada aos usuários, com criação da rede de atendimento “Conte com a Gente”. Vejamos algumas propostas que compõe o eixo do cuidado:

1. **Consultório na rua** - consultórios de rua, que farão atendimento volante. As equipes são compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A ação, que terá recursos de R\$ 152,4 milhões, atenderá municípios com mais de 100 mil habitantes. Os recursos já estão disponíveis e aguardam apenas a adesão dos municípios. O Ministério do Desenvolvimento Social também entra nessa estratégia ao investir R\$ 45 milhões, na assistência social às pessoas atendidas pela ação.
2. **CAPS ad 24 horas** - passarão a funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Até 2014, serão 175 unidades em todo o país. Cada um dos centros oferecerá tratamento continuado para até 400 pessoas por mês.
3. **Enfermarias especializadas em Saúde Mental nos Hospitais Gerais** - Até 2014, o Ministério da Saúde repassará recursos para que estados e municípios criem 2.462 leitos, que serão usados para atendimentos e internações de curta duração durante crises de abstinência e em casos de intoxicações graves.
4. **Tele-saúde.**
5. **Unidade de acolhimento** – o paciente ficará em regime residencial por até seis meses, para manutenção da estabilidade clínica e o controle da

abstinência. Para o público adulto, serão criados 408 estabelecimentos, já para o acolhimento infanto-juvenil, serão 166 pontos exclusivos para o público de 10 a 18 anos de idade.

- 6. Parceria entidades 3º Setor** – haverá a participação de instituições da sociedade civil que fazem atendimento aos dependentes químicos e seus familiares no Sistema SUS. Para receberem recursos do SUS, estes estabelecimentos terão de cumprir critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e assegurar um ambiente adequado, que respeite a integridade dos direitos dos pacientes e de seus familiares. Todas as instituições estarão vinculadas ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

14.2 Eixo 2: Autoridade

Esse eixo tem como foco a integração de inteligência e cooperação entre Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais, a realização de policiamento ostensivo nos pontos de uso de drogas nas cidades, além da revitalização desses espaços. Para isso propõe algumas ações estratégicas:

- 1. Atuação nos locais de concentração do uso de crack**- implantação de policiamento ostensivo e de proximidade nas áreas de concentração de uso de drogas, onde serão instaladas câmeras de videomonitoramento móveis e fixas, para que estas contribuam para inibir a prática de crimes, principalmente o tráfico de drogas;
- 2. Intensificação das ações de inteligência e de investigação** - identificar e prender os traficantes, bem como desarticular organizações criminosas que atuam no tráfico de drogas ilícitas;
- 3. Aumento do contingente da polícia** - através de concurso público com qualificação profissional.

14.3 Eixo 3: Prevenção

Propõe investimentos nas ações de prevenção ao uso, abuso e dependência de crack, álcool e outras drogas e ainda, promoção da vida saudável sem drogas em todos os pontos de atenção, desde escolas, unidades de saúde, associações, toda a comunidade tendo como parceiros os diversos meios de comunicação com a população. Podemos destacar algumas ações nesse sentido:

- 1. O Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola** - proposta de capacitar 210 mil educadores e 3,3 mil policiais militares do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) para prevenção do uso de drogas em 42 mil escolas públicas;
- 2. Programa de Prevenção na Comunidade** - capacitação de 170 mil líderes comunitários até 2014;
- 3. Campanhas específicas** - para informar, orientar e prevenir a população sobre o uso do crack e de outras drogas. Serviço de atendimento telefônico gratuito de orientação e informação sobre drogas, o VivaVoz, passará de 0800 para o número de três dígitos 132, para facilitar o acesso ao cidadão;
- 4. Portal Enfrentando o Crack** – o espaço virtual que reúne as informações sobre o tema e já está disponível em www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack.

Cumprindo as ações previstas no plano “Crack é possível vencer”, nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou uma série de Portarias que instituem a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, propondo a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção a Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/ abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas próximas aulas você poderá aprofundar seu conhecimento acerca dessas novas portarias, pois, os serviços de Saúde Mental a partir do ano de 2012 devem ser baseados nos critérios estabelecidos para cada nova portaria.



Portaria na íntegra:
<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>

14.4 Rede de Atenção Psicossocial

A primeira portaria publicada para atender ao Plano de Enfrentamento do Crack, álcool e outras drogas do Governo Federal foi a Portaria GM n. 3088, lançada em 23 de dezembro de 2011 e é denominada “portaria mãe”.

A Portaria institui quais os pontos de atenção que deverão compor a rede psicossocial de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, estabelece diretrizes, objetivos gerais, objetivos específicos e os componentes da rede, sendo:

I - Atenção Básica em Saúde

- a) Unidade Básica de Saúde – UBS;
- b) Equipe AB para populações em situações específicas: equipe de consultório na rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centro de Convivência;
- d) NASF.

II - Atenção Psicossocial Especializada

Centro de Apoio Psicossocial (CAPS): CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i.

III - Atenção de Urgência e Emergência

- a) SAMU;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24horas;
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório

- a) Unidade de Acolhimento: adulto e infanto-juvenil;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial – Comunidades Terapêuticas.

V - Atenção Hospitalar

- a) Enfermaria especializada em hospital geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI - Estratégias de desinstitucionalização

- a) Serviço Residencial Terapêutico – SRT;
- b) O Programa de Volta para Casa – PVC.

VII - Reabilitação Psicossocial

- a) Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários, cooperativas sociais;
- b) Operacionalização da implantação da Rede de atenção Psicossocial será em 04 fases.

De acordo com a Portaria, o hospital psiquiátrico continua sendo considerado um ponto de atenção e pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Resumo

Hoje você conheceu o novo Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras Drogas, lançado em dezembro de 2011 pelo Governo Federal. O Plano apresenta um conjunto de medidas, que pretende reorganizar o atendimento aos dependentes químicos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), através de parcerias entre Saúde, Educação, Assistência Social e Justiça, além de entidades do Terceiro Setor.



Atividades de aprendizagem

1. O novo Plano propõe a criação, implementação e o fortalecimento da rede psicossocial de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, composta por diversos pontos de atenção. Os CAPS são entendidos como:
 - a) Estratégias de desinstitucionalização.
 - b) Atenção de Urgência e Emergência.
 - c) Reabilitação Psicossocial.
 - d) Atenção Psicossocial Especializada.
2. Segundo o novo Plano, o cuidado e a assistência às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas deve acontecer de forma integrada com foco em três grandes eixos:
 - a) Cuidado, prevenção e autoridade.
 - b) Cuidado, segurança, educação.
 - c) Tratamento, prevenção e promoção.
 - d) Cuidado, promoção e autoridade.

Aula 15 – Serviços de acolhimento

Como já vimos na aula anterior, o novo Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras drogas propõe a implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, através da criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção a Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/ abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta aula, você poderá conhecer melhor as Portarias do novo Plano referentes aos serviços de acolhimento que devem compor a rede de cuidados de uma comunidade.

15.1 Portaria GM n. 121 de 25 de janeiro de 2012

Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

As Unidades de Acolhimento são serviços de caráter residencial transitório, acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico, porém, afastados do convívio de sua família. Funcionam 24 horas por dia, 7 (sete) dias da semana.

As ações a serem desenvolvidas pelas Unidades de Acolhimento e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular. O Projeto Terapêutico Singular será formulado com a participação do Centro de Atenção Psicossocial.

15.1.1 Modalidades das Unidades de Acolhimento

As Unidades de Acolhimento podem construir seu plano de trabalho direcionado a dois tipos de população: adulto e infanto-juvenil. Podem ser de âmbito municipal ou regional, desde que atendam aos critérios estabelecidos para cada modalidade.



Vejam os critérios no quadro abaixo:

Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111896-121.html>>.

UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO	UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL
Referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes;	Referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes;
Destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos;	Destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos;
Disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas;	Disponibilidade de 10 (dez) vagas;
Incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais).	Incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

15.2 Portaria GM n. 130 de 26 de janeiro de 2012

Pensando na ampliação do acolhimento noturno, a Portaria redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III).

Vimos anteriormente que os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS prestam serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam segundo a lógica do território, atendem prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em que o comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo e não intensivo e deve ser indicado para a fase de reabilitação visando a reinserção social do cidadão que mantém condições de convívio familiar e/ou na comunidade.

A modalidade CAPS AD III significa um CAPS especializado em álcool e drogas que além de ofertar a atenção diária nos moldes dos serviços extra-hospitalares, conta com alguns leitos para acolhimento noturno dos usuários que necessitem de atenção diferenciada.

Esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. São articulados em rede, mas podem estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando existirem.

15.2.1 Características:

- Poderá atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente;
- Funcionamento nas 24 horas/dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

- Retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes podendo, também, ser Regional;
- Pode ser de dois tipos: CAPS AD III Novo e CAPS AD III Qualificado, que é resultado da adaptação e qualificação de um CAPS tradicional pré-existente;
- Incentivo financeiro para implantação: R\$ 150.000,00 para a implantação de CAPS AD III Novo; e, R\$ 75.000,00 para a implantação de CAPS AD III Adaptado.
- Tempo de permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno: 14 dias, no período de 30 dias. Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento.

Todos os CAPS Tipo II das capitais dos Estados da Federação serão transformados em CAPS AD III; e os demais Municípios que não possuam retaguarda para acolhimento 24 horas transformarão pelo menos 1 CAPS Tipo II em CAPS AD III.

Equipe mínima para atendimento de cada 40 por turno:

- 1 médico clínico;
- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de Saúde Mental;
- 5 profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; e, educador físico.
- 4 técnicos de enfermagem;
- 4 profissionais de nível médio;
- 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para o acolhimento noturno, a equipe deve também contar com: 1 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 3 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e, 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os atendimentos ofertados aos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser acrescida dos seguintes profissionais: 1 enfermeiro; 3 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.



Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111927-130.html>>.

O CAPS AD III pode ser de abrangência municipal ou regional, neste caso, a equipe deve ser ampliada em: 2 profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; e, educador físico, além de mais 1 técnico de enfermagem.

15.3 Portaria n. 131 de 26 de janeiro de 2012

A rede psicossocial de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas envolvem não só serviços especializados em Saúde Mental, mas todos que desenvolvem ações voltadas ao processo de reinserção social do dependente químico.

Essa portaria institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Para tanto, a Portaria trás uma definição do que caracteriza um serviço de atenção em regime residencial: “Serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”.

Como forma de apoio à assistência prestada nos serviços de atenção residencial transitória, o Ministério da Saúde definiu na Portaria n. 131\12 com um valor de incentivo financeiro para custeio (R\$15.000,00 mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência), que deverá ser utilizado exclusivamente para atividades que visem o cuidado em saúde para os usuários em acompanhamento nestas entidades.

Como a proposta central do Plano de Enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas é de criação, implementação e fortalecimento das Redes de Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a portaria define que, para cadastramento de um serviço dessa modalidade os entes interessados no recebimento do incentivo deverão integrar Região de Saúde que conte com os seguintes componentes em sua Rede de Atenção Psicossocial:

- I. pelo menos 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III);
- II. pelo menos 1 (uma) Unidade de Acolhimento Adulto;
- III. serviço hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;
- IV. retaguarda de atendimento de urgência (SAMU e Pronto-socorro ou Pronto-atendimento ou Unidade de Pronto Atendimento).

Uma vez que o Ministério da Saúde, através da portaria vem legitimar a assistência ofertada nos serviços residenciais transitórios como de interesse da saúde e, portanto, parte integrante da rede de cuidados, para que um serviço possa ser habilitado, além de contar com os pontos de atenção do item anterior, também deverá dispor de uma equipe mínima de profissionais:

- I. 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato senso (mínimo de 36 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;
- II. no mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.



Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111928-131.html>>.

15.4 Portaria GM n. 3090 de 30 de dezembro de 2011

Muitas pessoas que se encontram internados em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia há tanto tempo que tiveram seus vínculos sociofamiliares perdidos ou seriamente prejudicados, e, muitas famílias não o aceitarão, em um primeiro momento, receber de volta parentes afastados há tantos anos.

Nestes casos, é de responsabilidade do poder público oferecer uma moradia segura e pertencente a uma comunidade. Por isso, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos que fazem parte da estratégia de desinstitucionalização, conforme preconiza a legislação que institui a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são caracterizados como um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. Eles existem para acolher pessoas com internação de longa permanência, dois anos ou mais ininterruptos, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. São unidades de moradia, inseridas na comunidade, por isso devem estar fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculadas à rede pública de serviços de saúde.



Portaria n. 3.090, de 16 de dezembro de 2009 – Declara a elegibilidade dos Estados e do Distrito Federal para a Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e define as diretrizes, ações e prazo de participação.

Segundo a nova Portaria, os SRT são constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II definidos conforme tabela abaixo (**Anexo I** da Portaria).

SRT	População	N. de Moradores		Foco Do Cuidado	Profissionais
		Min	Max		
Tipo I	Pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização.	04	08	<ul style="list-style-type: none"> – Espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social; – Acompanhamento em consonância com PTI; – Processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc). 	01 cuidador de referência.
Tipo II	Pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos.	04	10	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhamento em consonância com PTI; – Reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária, referentes ao auto cuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação, etc. – Aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente. 	05 cuidadores em regime de escala e 01 técnico de enfermagem diário para cada grupo de 10 moradores.

Resumo

Hoje você aprendeu que o novo Plano de Enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas propõe a implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, através da criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à Saúde, dentre eles aqueles que chamamos de serviços de acolhimento. Para cada serviço existe uma legislação específica que determina desde o objetivo principal do serviço até a forma de funcionamento, número de profissionais e valor dos repasses financeiros.

Atividades de aprendizagem



1. Identifique o serviço de acolhimento a partir das características descritas abaixo:

a) Unidades de moradia, inseridas na comunidade, devem estar fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, para acolhimento de pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

b) Serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

c) Serviços de caráter residencial transitório, acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico, porém, afastados do convívio de sua família. Funcionam 24 horas por dia, 7 (sete) dias da semana.

d) Serviço de atenção diária especializado em álcool e drogas que conta com alguns leitos para acolhimento noturno dos usuários que necessitem de atenção diferenciada.

Aula 16 – O trabalho em conjunto do CAPS e das comunidades terapêuticas

Nesta aula veremos um pouco mais sobre o papel das Comunidades Terapêuticas dentro da rede de cuidados em Saúde Mental e como os CAPS contribuem para esse cuidado ofertado às pessoas acometidas pelo uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas.

A discussão acerca da incorporação das comunidades terapêuticas entre as estratégias da política de atenção integral a usuários de álcool e drogas veio ganhando corpo no último ano. O último encontro do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental discutiu junto ao Ministro da Saúde esta incorporação, movimentos sociais têm se reunido em torno deste debate, assim como conselhos de classe em especial o de psicologia.

As comunidades terapêuticas são entendidas como instituições de atendimento aos dependentes químicos, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes.

As propostas e formas de atendimento terapêutico variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições, governamentais e não governamentais, atuantes nesta área. Numa lógica similar à dos grupos de ajuda mútua, utiliza a influência entre companheiros, o apoio dos funcionários e de co-residentes para a recuperação, mediada através de vários processos de grupo, com a finalidade de ajudar a cada pessoa a aprender e assimilar as normas sociais e desenvolver habilidades sociais mais eficazes.

As Comunidades Terapêuticas não são um serviço da área de saúde e sim complementares, portanto, em sua maioria, não estão instrumentalizadas para o atendimento de pessoas com comprometimento psíquico e orgânico graves, como crises convulsivas, arritmias cardíacas e hemorragias digestivas decorrentes da dependência química. Quando as pessoas apresentam estes tipos de problemas, elas devem ser encaminhadas para serviços de saúde especializados e clínicas psiquiátricas.

Para uma comunidade terapêutica desenvolver ações de Saúde Mental precisa estar atenta a alguns critérios fundamentais:

- Documentação legal, como alvará de funcionamento, precisa estar em dia;
- Avaliação médica rigorosa. Comunidades não podem abrigar pessoas com transtornos mentais no mesmo espaço que dependentes químicos;
- Não impor crença religiosa;
- Atender as exigências da legislação quanto aos critérios de alojamento dos residentes e espaços de convivência e promoção de cuidados, tais como, quadras de esporte e salas para lazer e para atendimento individual e coletivo;
- Garantir alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;
- Jamais adotar castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e integridade dos pacientes, independentemente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;
- Os serviços devem ser explicitados no programa terapêutico da casa, constando o tempo máximo de internação;
- Evitar práticas que tornem o tratamento crônico;
- Vínculos familiares e sociais precisam ser incentivados.

As atividades desenvolvidas nas Comunidades Terapêuticas devem incluir o acolhimento às pessoas que apresentam impossibilidade temporária de convívio na comunidade de origem, atendimento às necessidades da vida diária destas pessoas, tais como alimentação, moradia, higiene, transporte (quando necessário), atividades sociais de lazer e outras.

Para isso, devem estabelecer planos de cuidados individualizados e personalizados que contemplem a participação em grupos ou oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior, nível médio ou multiplicadores, atividades que promovam a reinserção à vida familiar e comunitária além do atendimento à família, proporcionando visitas dos mesmos e para os mesmos a fim de promover o retorno da pessoa ao lar.

Assim como nos demais serviços de Saúde Mental que funcionam de acordo com o conceito de rede de cuidados que estudamos anteriormente, as Comunidades Terapêuticas também devem promover atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa na comunidade e sua inserção familiar e social. O processo de reabilitação social deve contar com a elaboração conjunta entre CAPS e Comunidade Terapêutica de planos de desligamentos individuais e personalizados, de acordo com a evolução da pessoa.

A parceria entre o CAPS e a Comunidade Terapêutica é essencial para a efetiva oferta do cuidado integral em Saúde Mental. Cada Comunidade Terapêutica deve contar com um CAPS de referência nos quais os residentes realizarão seus tratamentos, no mínimo, na modalidade não intensiva (3 vezes ao mês).

As Comunidades Terapêuticas e os CAPS deverão atuar em consonância e de maneira complementar aos planos terapêuticos de cada usuário, com a clareza de que ao CAPS cabe o papel de dar suporte, orientar, capacitar, acompanhar e, nos casos de necessidades clínicas, acolher a demanda da Comunidade Terapêutica existente no seu território.

Quando acontece a parceria entre CAPS e Comunidade Terapêutica?

- Nas discussões de casos atendidos em conjunto;
- Nas capacitações dos profissionais das Comunidades Terapêuticas, promovidas pelos CAPS;
- Nas ações conjuntas nos casos mais complexos;
- Nas reuniões administrativas para fortalecimento da parceria e organização de fluxos e novos procedimentos;
- No apoio técnico às Comunidades Terapêuticas, oferecido pelos CAPS, para questões referentes à dependência química.

Resumo

Nesta aula estudamos a importância da parceria entre os CAPS e as Comunidades Terapêuticas como serviços complementares da oferta do cuidado integral ao dependente químico. Enquanto a Comunidade Terapêutica promove o atendimento ao dependente químico, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os residentes, o CAPS tem o papel de dar suporte, orientar, capacitar, acompanhar e, nos casos de necessidades clínicas, acolher a demanda da Comunidade Terapêutica existente no seu território.

Atividades de aprendizagem

1. Sobre a parceria entre Comunidade Terapêutica e CAPS para a promoção de cuidados em dependência química podemos afirmar:
 - a) É uma parceria interessante, mas pouco resolutiva.
 - b) O CAPS atua sozinho e não precisa de parcerias.
 - c) É essencial para a efetiva oferta do cuidado integral em Saúde Mental.
 - d) As Comunidades Terapêuticas são serviços isolados e não interessam a saúde.
 - e) De que forma o CAPS pode contribuir para a qualidade do cuidado ofertado nas Comunidades Terapêuticas?



Leia a reportagem: Lançamento de Relatório de Inspeção em 68 comunidades terapêuticas revela violações de direitos humanos, acesse o link: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_111128_002.html>.



Aula 17 – A importância da família

Nesta aula estudaremos sobre o papel da família no processo de recuperação, as diferentes formas de se encarar a dependência química observadas nas dinâmicas familiares e como cada uma delas contribui para o sucesso do tratamento.

17.1 Abordagem terapêutica

Cada teoria psicológica procura explicar o desenvolvimento da dependência química através de seu referencial teórico (Bertolote & Ramos, 1997). Há também, uma determinação sócio-cultural, onde os fatores interpessoais, como a influência dos pares e o comportamento da família, também são muito importantes na determinação do padrão de uso de álcool e outras drogas (BERTOLOTE & RAMOS, 1997).

De fato, ao analisarmos a história de uma dada família, podemos identificar, ao longo dos anos, a presença de vários mecanismos em sua dinâmica com o objetivo de propiciar segurança e estabilidade ao convívio diário de seus membros e garantir seu desenvolvimento saudável.

A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos há muito tempo tem sido estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizado, dentre as várias propostas. A literatura tem concluído que a terapia familiar e de casal produzem melhor desfecho quando comparada com famílias que não são incluídas no tratamento.

Dentro deste contexto, três modelos teóricos têm dominado a conceitualização das intervenções familiares em dependência química: o modelo da doença familiar; o sistêmico e o comportamental.

Modelo	Característica
Doença familiar	Considera o alcoolismo ou o uso nocivo de drogas como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família.
Sistêmico	Considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar.
Comportamental	Baseia-se na teoria da aprendizagem e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento de consumo de álcool e drogas.

Cada profissional tende a valorizar mais um ou outro fator no curso da dependência química, e utilizarão diferentes ferramentas de trabalhos de psicoterapias ou técnicas de modificação de comportamento, dependendo da linha que se segue, ou ainda, poderão investir em drogas eficazes na redução do efeito reforçador cerebral.

No entanto, considerando qualquer uma das formas de tratamento, a tarefa mais difícil e complexa é conseguir a manutenção da mudança do comportamento inadequado, ou seja, conseguir manter-se sem ter uma recaída. Por exemplo, em relação ao uso do álcool, a maior dificuldade não está em parar de beber, mas sim em manter-se em abstinência sem ter a recaída.

Geralmente, quando o dependente apresenta a recaída, sua família tende a marginalizá-lo e a considerá-lo como tal, quando deveria ser a primeira a mobilizar o indivíduo para a formação de uma aliança em busca de sua recuperação.

Deve-se ter como foco que, a dependência química é um transtorno crônico e pela sua própria natureza tem grandes tendências a lapsos e recaídas e, por este motivo, enfrentar e aprender com as recaídas constitui um aspecto extremamente importante na recuperação (KNAPP, 1993).

Refletindo sobre a influência da família no processo de recuperação do dependente químico, levantamos a hipótese de que se a família estivesse mais presente no processo de restabelecimento, lhe dando apoio, afeto e reeducação para uma *volta* à convivência familiar, talvez as chances de recaídas fossem menores.

17.2 O impacto das drogas na família

O impacto que sofre uma família diante do uso de drogas por um de seus familiares é correspondente às reações observadas no próprio usuário. Este impacto pode ser definido em quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e álcool.

No primeiro estágio prevalece a negação do fato, as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem como uma tentativa de extinguir o problema. Nesta fase as discussões são camufladas por questões secundárias, por exemplo, ao perceber que o filho está deixando de ir à escola para consumir drogas, a família discute a possibilidade de perder o ano escolar, mas não o motivo real das faltas, embora se tenha consciência deles.

Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com a questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas consequências físicas, emocionais, no campo do trabalho, da escola e do convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar onde a regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas na família, ou então, que é possível manter o problema dentro do círculo familiar sem que as pessoas da comunidade percebam.

Na terceira fase, a desorganização da família fica ainda mais evidente. Os membros tendem a assumir responsabilidades de atos que não são seus, e assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso de álcool e drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em decorrência do alcoolismo do marido, ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em consequência do uso de drogas da mãe.

O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, quando, então, a situação fica insustentável, levando ao afastamento entre os membros agravando a fragmentação familiar.

Embora esses quatro estágios definam um padrão da evolução, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo. O que se sabe é que existe uma tendência dos familiares de se sentirem culpados e envergonhados por estar nesta situação e por isso, muitas vezes, a família demora muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional.

17.3 Atuação da família no processo de recuperação

A abordagem familiar em dependência química teve início em 1940, com a criação dos grupos de Al-Anon por parte dos Alcoólicos Anônimos. Em 1981, Wegsheider introduziu o conceito de co-dependência, caracterizado por uma obsessão familiar sobre o comportamento do dependente e seu bem-estar, onde o controle do consumo alcoólico passa a ser o eixo da organização familiar.

Ao se refletir sobre o processo de recuperação do dependente químico, podemos identificar dois tipos fundamentais de atuação dos familiares. O primeiro tipo de família é aquele que encara a doença de forma simbiótica,

ou seja, seus integrantes estão sempre agrupados uns nas vidas dos outros agindo sem muita discriminação entre fantasia e realidade. Desta forma, esta é a família que acaba por paternalizar a doença, tratando o dependente como um fracassado e perdendo a capacidade de diálogo e de desenvolvimento de uma relação verdadeira e produtiva.

O segundo tipo é oposto a este, pois seus membros estão separados e nenhum deles é capaz de pensar na família como um grupo com relações de companheirismo e desenvolvimento. Esta é a família que não encara a doença como sendo um fato presente na família, mais sim como algo direcionado apenas ao alcóolico. Sendo assim, acaba por discriminar e maltratar o doente, depositando neste todas as angústias e razões do desequilíbrio familiar.

Os dois estilos pouco contribuem para o processo de recuperação do familiar dependente químico. Isto porque, quanto mais favorável e compreensivo for o ambiente o qual o dependente químico estiver inserido, maiores serão as chances de sucesso do tratamento.

Assim o estilo de família ideal seria aquele que reconhece a existência do problema e interessa-se pela busca de uma ajuda construtiva, pois desta forma, a família conseguiria manter sua autoestima preservada para caminhar para um crescimento de uma relação saudável. Esta ajuda pode ser caracterizada, por exemplo, pelo comportamento de procurar um tratamento tanto para o dependente quanto para família, pois esta deve admitir que esta sofrendo os efeitos da doença do outro.

17.4 Porque é tão difícil a recuperação do dependente químico?

A partir de uma série de pesquisas, cada qual baseada em uma linha teórica específica, hoje o consenso entre os profissionais que atuam no tratamento da dependência química é de que a família tem papel fundamental, determinante para o curso do tratamento de um dependente químico, porem não depende só da família ou da sociedade, ou ainda da mobilização e do acolhimento nos serviços especializados, o primeiro passo para se libertar das drogas é realmente desejar parar com o uso.

Em seguida à abstinência, deve-se mudar o estilo de vida, ou seja, readaptar-se à vida sem o uso de qualquer substância alteradora de humor. A mente do dependente químico está condicionada para o uso de drogas, portanto,

há necessidade de reestruturar uma nova rotina de vida, por um período mínimo de dois anos.

No geral, a recuperação requer:

1. Informações corretas sobre a dependência química;
2. Conscientização permanente sobre o problema;
3. Habilidades para poder vencer as fissuras em quaisquer situações, de risco ou não;
4. Vínculo permanente a um programa de recuperação.

Sem mudanças, não há recuperação. É preciso mudar hábitos, modo de pensar e agir, colocar disciplina na rotina diária, obedecendo a horários para comer, dormir, levantar e fazer as tarefas, evitar colocar-se em situações de risco: velhos companheiros de uso, velhos caminhos, velhas rotinas, velho pensar, etc.

Resumo

Você estudou sobre o papel da família no processo de recuperação do dependente químico. Pôde aprender sobre as diferentes formas de se encarar a dependência química observadas na dinâmica das famílias e que, quanto mais favorável e compreensivo for o ambiente o qual o dependente químico estiver inserido, maiores serão as chances de sucesso do tratamento.

Atividades de aprendizagem

1. Considerando a importância da família no processo de recuperação da dependência química, qual o estilo ideal?
 - a) Aquele que encara a doença de forma simbiótica, ou seja, seus integrantes estão sempre agrupados uns nas vidas dos outros agindo sem muita discriminação entre fantasia e realidade.
 - b) Os membros estão separados e nenhum deles é capaz de pensar na família como um grupo com relações de companheirismo e desenvolvimento.
 - c) Reconhece a existência do problema e interessa-se pela busca de uma ajuda construtiva, pois desta forma, a família conseguiria manter sua autoestima preservada para caminhar para um crescimento de uma relação saudável.
 - d) Não importa o estilo, basta que a família seja informada do tratamento.



Aula 18 – O tratamento

Nesta aula veremos que a dependência de substâncias psicoativas (substâncias que agem no cérebro) é considerada uma “doença do cérebro” porque elas alteram as funções cerebrais.

Quando o quadro de dependência química se instala já há inúmeras disfunções cerebrais. Por este motivo a dependência química deve ser tratada por profissionais especializados na área (médico psiquiatra e terapeutas especialistas).

18.1 Prevalência

Segundo a Organização Mundial de Saúde estima que a prevalência de usuários de uma ou mais substâncias psicoativas esteja em torno de 10% a 13% da população, constituindo-se como o segundo problema de saúde pública mais importante do mundo.

A prevalência de dependência de álcool é 4,5% ao ano, de tabaco é 32% ao ano e de outras drogas é 0,6% ao ano. As drogas mais usadas, segundo a frequência, são álcool, tabaco, inalantes, maconha, medicamentos (tranquilizantes e anfetamínicos) e cocaína.

O alcoolismo é um dos diagnósticos mais frequentes nas internações psiquiátricas (no Brasil, o número de pacientes hospitalizados está em torno de 18%), sendo uma das 5 causas mais importantes de afastamento do trabalho. Estudos apontam o alcoolismo como determinante para outras 60 patologias. Este contexto é refletido na sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, como acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade.

18.2 Evolução/Prognóstico

O prognóstico é variável e depende do envolvimento do indivíduo com a droga. As dependências são consideradas como de pior prognóstico, pois numerosos estudos de avaliação da eficácia dos tratamentos apontam a recuperação de apenas 30% dos pacientes em média. Isso enfatiza a neces-



II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>

sidade de comprometimento amplo da sociedade para a prevenção, pois o ônus é maior quando o problema se torna individual.

18.3 Monitoramento do Tratamento Especializado

O monitoramento do tratamento poderá ser realizado da seguinte forma:

- Inscrever o paciente no Programa de Saúde Mental;
- Realizar visita domiciliar, para verificar as condições de autocuidado, familiares e de moradia conforme necessidade ou quando há indícios de falha na adesão do tratamento;
- Realizar acompanhamento mensal, incluindo:
 - Disponibilização e verificação da medicação em uso;
 - Comparecimento a consultas;
 - Evolução do tratamento;
- Monitorar o plano terapêutico estabelecido pelos serviços; especializados, liberando os cheques consulta e as diárias dos CAPS;
- Periodicamente o usuário deve ser avaliado clinicamente e monitorado com exames laboratoriais, sendo a frequência destas ações determinada pelo médico responsável, em função da patologia;
- Esclarecer dúvidas e orientar sobre a patologia e o funcionamento do Programa de Saúde Mental do município;
- Deverá ser designado um gerente de caso para cada paciente, entre os profissionais da UBS. Este gerente de caso será responsável por acompanhá-lo com relação a todos os itens descritos anteriormente, bem como manter contato com os outros serviços envolvidos inclusive a escola ou creche (no caso de crianças) e, sempre que necessário, marcar reuniões para desenvolver um método de atuação coordenada e prover as diferentes necessidades do indivíduo em questão.

18.4 Urgência e Emergências em Saúde Mental

As equipes sempre devem receber treinamento, independentemente de serem equipes de saúde mental para atender situações de agitação, agressividade, violência e suicídio, pois assim como em traumas físicos o primeiro atendimento em uma situação dessas muda o curso e o prognóstico do paciente.

No atendimento dos pacientes nestas situações deve-se priorizar sua segurança física e emocional, evitando atitudes ameaçadoras mas informando ao paciente que a violência não será admitida e que, se necessário, medidas de contenção serão tomadas.

Outra ação de proteção da equipe e do próprio paciente implica em manter o ambiente de trabalho seguro. Isto é, o local de atendimento não deve ser isolado, deve-se remover objetos que possam ser usados como instrumento de agressão e os móveis devem estar dispostos de maneira a permitir fácil acesso para entrada e saída da equipe;

18.5 Situações específicas

a) Agitação

Quando o paciente apresentar agitação deve-se estabelecer a causa provável que pode ser única ou a combinação de duas ou mais, dentre elas:

- Orgânica;
- Comportamental;
- Psiquiátrica.

Para prevenir agressão, deve-se detectar os indicadores de comportamento violento, como comportamento ameaçador, história de violência, homicídio, assalto, prisões, porte de armas e objetos que possam ser instrumentos de agressão, intoxicações por álcool ou droga e registro de alucinações auditivas determinando a prática de atos violentos contra si ou outros. No entanto quaisquer destes episódios que possam fazer parte da história de vida do sujeito jamais podem ser usados como justificativa para negação, restrição ou encerramento do tratamento.

b) Suicídio

Reconhecer os pacientes que estão em alto risco de suicídio é um desafio, mas é uma oportunidade única de intervenção precoce. Colher uma boa história é a forma mais importante da avaliação e detecção do risco de suicídio, pois no grupo de suicidas 39% costumam procurar consulta médica antes de sua morte.

O paciente poderá apresentar ideias de suicídio, sem ter necessariamente o risco de cometê-lo. Caso haja verbalização acerca desta intenção, abordar da seguinte maneira:

- Evitar críticas irônicas, julgamentos ou demonstração de irritabilidade;
- Incentivar o paciente a falar livremente, mostrando-se solidário e disposto a ouvi-lo;
- Abordar gradualmente a ideação suicida. Não é verdade que falar sobre suicídio pode vir a desencadeá-lo; (“você tem pensamentos a cerca de se suicidar?”, “como é que você está pensando em se matar?”)
- Auxiliar o paciente a compreender melhor a intenção da tentativa e elaborar outras alternativas para resolver esta situação;
- Pesquisar as razões que o paciente tem para viver, e enfatizar estes aspectos;
- Orientar os familiares sobre o problema do paciente e solicitar sua ajuda, alertando sobre riscos e necessidade intensiva de proteção;
- Após esta abordagem de apoio encaminhar para o pronto atendimento.

Ao avaliar um paciente com ideação suicida devem-se considerar os seguintes fatores, que indicam risco de suicídio:

- Tentativas anteriores;
- Ideação suicida com plano de suicídio;
- Sexo masculino; idade acima de 60 anos, viúvo ou divorciado;

- Dificuldade de controle com impulsos agressivos;
- Acesso a armas ou outros instrumentos como cordas, substâncias tóxicas;
- Uso de álcool ou drogas;
- Depressão grave ou quadro psicótico;
- História de suicídio na família.

Caso seja identificado o risco de suicídio o paciente deverá ser encaminhado imediatamente para o pronto-atendimento. É importante garantir a sua chegada para que não haja tentativas durante o trajeto.

c) Agressividade

A segurança da equipe e dos outros pacientes é uma consideração importante antes de se iniciar a avaliação de um paciente agressivo. O profissional de saúde deve sempre ter uma rota de saída rápida, que não pode ser bloqueada pelo paciente, ao entrevistar paciente potencialmente agressivo.

O indicador mais confiável de violência futura é uma história de comportamento violento anterior. Ressalta-se que a falta de história prévia de doença mental não diminui o risco e a intoxicação aguda pode aumentar o risco de comportamento violento.

Resumo

Nesta aula você aprendeu sobre a prevalência, o diagnóstico e o tratamento da dependência química e brevemente sobre os cuidados em situações específicas como risco de suicídio e agressividade.

Aula 19 – Redução de danos

Nesta aula estudaremos que a mudança no cenário de consumo de drogas, nos processos de consolidação do SUS e no perfil epidemiológico dos agravos à saúde, faz surgir novas responsabilidades e desafios no campo da saúde e do cuidado integral.

Assim surge a necessidade de criação de novas estratégias de facilitação do acesso, de intervenções específicas para diferentes drogas e diversos contextos e ampliação para toda a rede de saúde de forma a contribuir para o fortalecimento das ações de enfrentamento das vulnerabilidades no contexto de vida das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Em março de 2008, o Governo Federal lançou o Plano Integrado de Redução de Danos no SUS, com objetivo de fortalecer a prática de redução de danos no SUS, como estratégia de saúde pública, na perspectiva da atenção integral e do acesso universal a ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e tratamento, contribuindo para a redução das vulnerabilidades associadas ao uso de álcool e outras drogas.

O plano articula representantes dos setores de saúde, das políticas sobre drogas e da sociedade civil organizada, expressa a compreensão das necessidades atuais e estruturação de ações, reafirmando o compromisso de todos no cumprimento de uma agenda em que as pessoas que usam álcool e outras drogas sejam protagonistas da promoção da saúde e maior qualidade de vida.

19.1 Breve Histórico

A primeira iniciativa oficial da estratégia de Redução de Danos é registrada em 1926, na Inglaterra, com a publicação do Relatório Rolleston. Esse documento referendava a política adotada no país, por autoridades de saúde, de prescrição de heroína para o tratamento de alguns dependentes desse **opióceo**, que não obtinham benefícios com alternativas terapêuticas. É considerado um marco no campo da atenção em saúde aos usuários de drogas.

A-Z

opióceos:

São substâncias derivadas do ópio e, portanto, estão incluídos na classe dos opióides- grupo de fármacos que atuam nos receptores opióides neuronais.

Outro marco da Redução de Danos, que inspirou a introdução dessa estratégia no Brasil, refere-se à experiência holandesa. Em 1980, em Roterdã, é fundada a Junkiebond (Liga de dependentes), com objetivo de zelar pelos interesses e melhorar as condições de vida dos usuários de drogas. Em 1984, os associados à Liga, preocupados com uma epidemia de hepatite B, estabelecem em Amsterdã o primeiro Programa de Troca de Seringas – PTS no mundo, com a colaboração do serviço municipal de saúde que fornecia semanalmente as seringas descartáveis. As seringas estéreis não eram distribuídas e sim trocadas pelas usadas, seguindo a regra de “um para um”.

Com o desenvolvimento de testes para detectar o HIV, observam-se altas taxas de infecção por esse vírus entre os usuários de drogas injetáveis - UDI. A partir de então, a estratégia de RD se fortalece, pois as evidências demonstram a importância da troca de seringas e das ações de redução de danos para o controle da infecção.

O primeiro programa brasileiro de troca de seringas foi efetivamente implantado em 1995, na Bahia. Foi constituído por profissionais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com apoio do governo do estado e da prefeitura de Salvador.

A partir de meados dos anos 90, o crack se tornou a principal droga utilizada em algumas regiões. O uso dessa droga cria condições de vulnerabilidade similares às do uso de drogas em geral, incluindo suas associações com sexo desprotegido e contaminação de equipamentos, como o cachimbo. O ressecamento da pele e mucosa da boca dos usuários leva à formação de feridas, que facilitam a disseminação de infecções pelo compartilhamento desses equipamentos. Em resposta a essa tendência, foram desenvolvidos projetos-piloto de prevenção ao HIV/AIDS e hepatites virais para usuários de crack, com educação preventiva e acesso a serviços de atenção à saúde para esses usuários, que acabaram se tornando maioria em algumas cidades brasileiras.

19.2 Contexto atual

As representações sociais sobre as drogas estão, na maioria das vezes, associadas ao medo e ameaça, estando o contexto de vida de boa parte de pessoas que usam álcool e outras drogas fortemente marcadas pelo preconceito, discriminação, exclusão e violência. Tem-se observado gradativamente uma mudança nos sentidos destas representações, incluindo a perspectiva dos direitos humanos a serem defendidos e uma intervenção no campo da saúde pública.

A experiência acumulada sobre redução de danos tem comprovado sua influência na mudança de paradigmas e a importância para a redução das vulnerabilidades referentes à saúde das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Em saúde, compreender as vulnerabilidades de cada pessoa é conhecer as condições que podem deixá-la em situação de fragilidade e expô-la ao adoecimento, não pelo seu comportamento de risco e, sim, pelo conjunto de aspectos de sua vida particular e coletiva, das condições sócio-ambientais em que ela vive e, ainda, das respostas que as instituições público-sociais podem dar às suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, O Manual para Redução de Danos do Ministério da Saúde considera-se que:

- **Vulnerabilidade individual** refere-se ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as doenças, capacidade de elaboração das informações e aplicação das mesmas na sua vida prática.
- **Vulnerabilidade social** diz respeito a um conjunto de fatores sociais, que determinam o acesso a informações, serviços, bens culturais, as restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho.
- **Vulnerabilidade programática** relaciona-se às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Nesta perspectiva, as ações de redução de danos devem considerar as vulnerabilidades, diversidades e especificidades de grupos populacionais e suas estruturas sócio-econômicas, organizadas de maneira que respeitem diretrizes gerais do SUS. Uma estratégia central, para o êxito das ações, é a articulação entre os diversos setores governamentais e da sociedade civil.

19.3 Estratégias de redução de danos

Na definição das estratégias, é importante considerar **cinco princípios básicos**, pressupostos e valores relacionados à redução de danos (MARLATT, 1999).

- O primeiro deles coloca a redução de danos como “ **uma alternativa de saúde pública**, contrastando com o modelo moral/ criminal e de doença, do uso e da dependência de drogas”.
- O segundo diz que “a redução de danos **reconhece a abstinência** como um dos resultados positivos para o uso de drogas, **mas aceita também outras alternativas** que tenham como resultado uma redução dos danos associados ao uso”.
- O terceiro princípio discute a redução de danos como uma abordagem que surgiu de “baixo para cima”, baseada **na defesa do usuário**, e não como política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas.
- O quarto enfatiza que “a redução de danos **deve promover serviços de fácil acesso e pronto acolhimento**, como uma alternativa para as abordagens tradicionais distantes da realidade do usuário e de difícil acesso”.
- Por último, “a redução de danos baseia-se nos **princípios do pragmatismo empático** *versus* idealismo moralista”.

Com isso, é possível entender que a redução de danos tem como objetivo desenvolver subsídios e ações que minimizem consequências danosas do uso de drogas, levando em conta o direito à liberdade de escolha e pensando na saúde como resultado de ações conjuntas intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares nos mais diversos níveis.

A redução de danos contribui para um modelo de prevenção e atuação mais democrático na área da saúde. Portanto, é necessário que o saber circule entre trabalhadores de saúde, usuários dos serviços e a comunidade em geral. Os diferentes conselhos, organizações, redes de interação social e os grupos de apoio, dentre outros, devem estar integrados ao processo de planejamento e implantação de projetos, visando à efetiva participação comunitária e ao alcance das estratégias. (Kessler, 2006)

19.3.1 Estratégias são usadas com vistas ao controle das drogas:

1. redução de oferta (repressão ao tráfico);
2. redução da demanda (programas de prevenção primária, clínicas de tratamento);
3. redução de danos (prevenção a saúde decorrente do uso de drogas, sem interferir no consumo).

19.4 Principais desafios

– Conflito de paradigmas distintos

A existência de paradigmas distintos no estado brasileiro neste campo de conhecimento é enorme (Redução de danos x abstinência, guerra às drogas), refletindo na ação prática de forma conflituosa, estressante e, muitas vezes, com impossibilidades de convivência.

Há a necessidade de desmitificar quem é a pessoa que consome drogas, avançar no campo legislativo, divulgar esta estratégia de redução de danos como mais uma possibilidade que favorece a inclusão das pessoas que usam álcool e outras drogas e respeita alternativas na atenção já existentes e que servem aos propósitos de muitas pessoas.

– Novos contextos do uso de drogas

Mudanças no consumo de drogas no país exigem estratégias específicas. Além da tendência ao uso de crack e não mais da cocaína injetável, há aumento no uso de estimulantes, como registra o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Existem poucas informações sistematizadas, algumas experiências isoladas nestes contextos, que têm que ser mais bem compreendidas e ampliadas.

– Serviços de saúde

Apesar dos avanços conquistados em relação ao acesso aos serviços pelas pessoas que usam álcool e outras drogas, observa-se, na maioria dos serviços do SUS, principalmente na rede básica, dificuldades de acolhimento, abordagem e atendimento resolutivo das necessidades específicas deste segmento. Ainda é marcante a situação dos usuários não confiarem ao estado suas questões sobre o uso de drogas; soma-se a isso o fato de os profissionais não estarem à vontade para abordar o assunto, por razões de insegurança, preconceito ou desconhecimento do tema, caracterizando uma situação de invisibilidade.

– **Sustentabilidade das ações de Redução de Danos na comunidade**

Há necessidade de sensibilização dos gestores de saúde para o reconhecimento do papel do redutor de danos como porta de entrada do sistema, que promove o acesso e a confiança nos serviços. Devem fazer parte das estratégias neste campo a melhoria da articulação entre governo e sociedade civil, o apoio a ações das redes organizadas integradas com os serviços, a criação de mecanismos jurídicos para contratação de redutores de danos, apoio à capacitação e supervisão do trabalho com vistas a não precarização e criminalização da atividade.

– **Incentivo à pesquisa**

É uma constatação antiga a insuficiência de informações sistematizadas na área de drogas e a necessidade de embasamento científico para nortear as políticas e ações neste campo. Há necessidade de superar resistências na realização de estudos e pesquisas qualitativas para contribuir nos trabalhos.

– **Situações de violência**

A violência é um aspecto da ação sócio-política que afeta os serviços de saúde, seus custos, sua organização e envolve também os profissionais muitas vezes como vítimas (alvos de atos violentos nos espaços dos serviços) ou também, como protagonistas que reproduzem ou exacerbam expressões de violência.

O contexto de vida das pessoas que usam álcool e outras drogas está comumente associado a situações de violência. Dessa forma, ao definir estratégias de redução de danos é essencial considerar esta questão, observando que a violência ocorre em cada localidade de forma específica.

“Ao invés de querermos identificar ou rotular o usuário de droga, temos que OLHAR para o ser humano: entender como ele pensa, o que sente, o que deseja, o que o preocupa, quais as suas necessidades... sem pré-julgamentos, sem preconceitos, sem medo. ” 'De perto, talvez ninguém seja normal' por outro lado, de perto, de muito perto, talvez o diabo não seja tão feio quanto se pinta.

“O difícil é olhar de perto, afinal a exclusão esconde o insuportável.”

(Tarcísio Matos de Andrade - "A pessoa do usuário de drogas intravenosas")

PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS

- Estratégias / Políticas / Medidas de Saúde Pública que visam minimizar os danos à saúde (DST/HIV-AIDS, Hepatites e outras doença) e danos sociais decorrentes do uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas.
- Pessoas que não querem, não conseguem, não podem parar de usar drogas.
- Construída PARA e POR pessoas que usam drogas.
- Centrada no SUJEITO.
- Respeita o contexto sócio cultural.
- Promoção a Saúde, cidadania e Direitos Humanos.
- Prevenção X Tratamento.
- Muitos caminhos – inclusive a Abstinência.

Resumo

Na aula de hoje estudamos sobre a redução de danos, um conjunto de estratégias de promoção de saúde e cidadania, voltadas às pessoas que usam drogas e que buscam minimizar eventuais consequências do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sem colocar a abstinência como único objetivo do trabalho em saúde. Além disto, a Redução de Danos trata de uma política pública igualmente centrada no sujeito, com o foco na promoção de saúde e cidadania das pessoas que usam drogas, respeitando a premissa de que saúde é um direito de todos.

Atividades de aprendizagem

1. Assinale entre as alternativas abaixo três principais desafios para a consolidação da política de redução de danos:

- Modelo de prevenção e atuação mais democrático na área da saúde.
- Novos contextos do uso de drogas.
- Serviços de saúde.
- A experiência acumulada sobre redução de danos.
- Sustentabilidade das ações de redução de danos na comunidade.



Aula 20 – Adolescência e os cuidados em saúde mental

Nesta aula estudaremos como se dá os cuidados em saúde mental relacionados à adolescência.

20.1 Adolescência ou juventude

A Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

“O processo de passagem da adolescência e da juventude para a vida adulta, dentro do *continuum* evolutivo do ser humano, pode ser entendido como um processo articulado de ações e de decisões dos sujeitos que, por seu turno, sofrem constrangimentos das estruturas sociais e econômicas e dos diferentes dispositivos institucionais” (IPEA, 2006.).

20.2 Adolescente: um indivíduo em constante transformação

No período da adolescência, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que vivenciados e aprendidos encontram-se em constante processo de formação e cristalização. Os valores sociais e o comportamento dos amigos ganham maior importância na medida em que surge um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência ao mesmo tempo em que a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida.

Veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas e os sistemas legal e político exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam, incentivando o consumo infundado e a valorização material em detrimento dos conceitos morais.

Não raramente, a pobreza e o preconceito privam adolescentes e jovens do acesso a bens e benefícios determinantes de sua inclusão no grupo social pretendido. Acrescenta-se a enorme exposição desse grupo populacional aos riscos associados à violência física, aos distúrbios sociais, às migrações e aos conflitos armados, somando-se, ainda, a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e, às vezes, sente o desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo.

Essa situação, na qual se imbricam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais, pode aumentar a vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania. Em 2001, apenas 41,3% dos jovens vivia em famílias com renda familiar *per capita* acima de 1 salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) vivia em famílias com renda *per capita* de até ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegava ao Ensino Médio. De outro lado, a histórica da desigualdade racial no Brasil ocasiona uma maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens negros em relação à saúde, à educação e ao mercado de trabalho (Instituto de Cidadania, 2002).

20.3 A vulnerabilidade da adolescência

Em se tratando de adolescentes e jovens adultos, existem uma série enorme de fatores considerados de vulnerabilidade que não se distribuem de forma homogênea. Em geral, os bairros mais pobres são marcados pela ausência de opções de lazer e cultura, espaços públicos para o convívio comunitário e a prática desportiva. Essas desigualdades transformam a forma como adolescentes e jovens percebem sua vida social e o valor do cuidar para uma vida saudável.

Quando associado índices de pobreza com a falta de investimento em espaços comunitários produtores de cuidado, fatalmente observa-se o aumento dos casos de mortalidade e morbidade entre adolescentes e jovens, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde.

Adolescentes e jovens das classes marginalizadas, inclusive indígenas, ciganos e jovens de outros povos tradicionais, além de estarem submetidos a um maior risco de serem vitimados pelas modalidades de violência que ocorrem indistintamente em todos os segmentos sociais, são vitimados (de forma

exclusiva ou, ao menos, preferencial) pelas expressões da violência estrutural – discriminação social, racismo, dificuldade de acesso aos serviços públicos, falta de oportunidades, dentre outras. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, 2005.)

20.4 Cuidados ao adolescente em saúde mental

Novamente reforçamos a necessidade de utilizarmos de diversos pontos de atenção a saúde mental, a abordagem humanizada, voltada para as questões que são importantes para o adolescente, aprofundando nas discussões os padrões de conduta e de valores, sociais e historicamente construídos, as diferenças sociais e sua influência na construção do sujeito, dentre outras questões, de forma a influenciar positivamente o processo de crescimento pelo qual estão passando.

Para isso, a equipe de saúde mental deve centrar suas ações em alguns temas estruturantes com o objetivo de promover o desenvolvimento físico, o mental, moral, o espiritual e o social de crianças e adolescentes e jovens.

20.4.1 Protagonismo Juvenil

Adolescentes e jovens têm o desejo de ser escutados e a necessidade de serem reconhecidos em suas capacidades. O conceito de participação juvenil busca uma forma de ajudar adolescentes e jovens a construírem a sua autonomia, através da geração de espaços e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária na solução de problemas reais seja na escola, na comunidade e na vida social mais ampla.

Favorecer a participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde. Seus benefícios são vários:

- Contribui para a autoestima do adolescente e do jovem, a sua assertividade e a formulação de um projeto de vida.
- Constituem-se em elementos-chave de qualquer estratégia de prevenção à violência, bem como ao abuso de drogas e na prevenção às DST/AIDS, nessa faixa etária.
- Levar adolescentes e jovens a se tornarem participantes importantes das ações que buscam promover a cidadania, e não apenas a serem eventuais usuários de programas.
- Reconhece os adolescentes e jovens como promotores da transformação social.

- Promove a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde contribuindo decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social.

20.4.2 Projeto de Vida

O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, o autoconhecimento, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro, e a reflexão sobre seus valores pessoais.

Por isso, ao traçar um projeto de vida deve-se observar todo o contexto envolvido, as interações pessoais, os diálogos e os conflitos. Há um momento, nesse processo, em que o adolescente se descobre *autor* de sua própria vida; começa a olhar para frente e perguntar-se como garantir um futuro melhor.

20.4.3 Cultura de Paz

Na perspectiva tradicional da Saúde Pública, reconhecem-se apenas três papéis que o adolescente pode assumir em relação às violências – autor, vítima ou testemunha. As abordagens preventivas objetivam evitar ou reduzir os riscos de o jovem assumir um desses lugares. Porém, um novo papel para o adolescente frente ao fenômeno das violências começa a ser reconhecido, o de agente da paz.

Em outras palavras, quando o jovem tem a oportunidade de desenvolver as suas potencialidades individuais e habilidades sociais, torna-se capaz de desempenhar o papel de protagonista na promoção de uma cultura de paz.

Promover a Cultura de Paz significa e pressupõe trabalhar de forma integrada em prol das grandes mudanças ansiadas pela maioria da humanidade – justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo, tolerância religiosa, respeito às minorias, educação universal, equilíbrio ecológico e liberdade política. A Cultura de Paz é o elo que interliga e abrangem todos esses ideais num único processo de transformação pessoal e social. (BEUST, 2000).

20.4.4 Ética e Cidadania

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Artigo 3º estabelece que se deve assegurar “todas as oportunidades e facilidades”, no intuito de “facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social” de crianças e adolescentes.

Por sua vez, a Lei n. 8.080, que rege o Sistema Único de Saúde, afirma como um de seus princípios fundamentais a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.

A garantia da atenção integral às pessoas jovens é condição primordial para a assistência efetiva compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, inserido em contextos social, cultural, familiar e em um território.

Para a adoção de um olhar diferenciado para com a população adolescente e jovem é necessário:

- Fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico, aliados a projetos terapêuticos formulados, implementados e avaliados pelos profissionais da equipe de saúde;
- Melhorar o acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis;
- Ter sensibilidade para perceber o que é importante para o adolescente, respeitando as diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais, estabelecendo um vínculo de confiança e respeito;
- Enxergar a pessoa jovem na integralidade de seu ser e de sua vida, buscando identificar outras necessidades para seu bem-estar, apoiando, incentivando e encaminhando aos demais serviços que possam contribuir para o crescimento enquanto sujeito de direitos;
- Levar em conta a vulnerabilidade de adolescentes e jovens, principalmente daqueles privados de condições básicas para uma vida digna, que sofrem violações de direitos e trazem novas sintomatologias, já referidas, que estão na fronteira entre os problemas de vida e as patologias.

20.5 A atenção integral no uso abusivo de álcool e de outras drogas em pessoas jovens

Dentre todas as drogas, o álcool é a mais utilizada no mundo inteiro. No Brasil, especialmente a cerveja e a aguardente, fazem parte do contexto cultural como componente de socialização e também de festividades. Ou seja, o consumo de bebidas alcoólicas está inserido na cultura brasileira como fato social não só aceito, mas frequentemente reforçado.

Por outro lado, o uso de álcool é, certamente, um dos maiores fatores de adoecimento e que também contribui para situações de risco para a população brasileira, especialmente a população jovem. Diversos estudos epidemiológicos mostram um quadro preocupante, com uma tendência mundial à iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada, no uso abusivo de substâncias psicoativas.

De acordo com dados de três estudos nacionais realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado entre jovens e, conseqüentemente, os problemas que derivam do seu uso.

No campo das drogas ilícitas, o consumo de crack pelos jovens, especialmente que vivem nas ruas das grandes regiões metropolitanas brasileiras, é igualmente preocupante. Expostos a várias situações de violência, os consumidores desta substância carecem não só alternativas de saúde (tratamento para dependência de drogas, serviços básicos de saúde, testagem/tratamento para DST/AIDS), mas de intervenções de geração de renda, moradia, educação, serviços sociais que possam permitir a chance do desenvolvimento de outras perspectivas de vida.

Na comparação dos adolescentes com os jovens, pode-se notar diferenças significativas indicando, consistentemente, que os adolescentes estão, mais cedo, experimentando e usando regularmente as bebidas alcoólicas em relação ao começo da experimentação e do uso regular. Outros estudos e levantamentos já realizados pelo CEBRID apontam também para esta precocidade no consumo do álcool.

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, de 2007, aponta que o **início do consumo** desta substância em adolescentes de 14 a 17 anos, que está na média de 13,9 anos, é

mais baixa que nos jovens dos 18 aos 25 anos, com a média de 15,3 anos de idade. Com relação ao **consumo regular** observa-se tendência semelhante.

A vulnerabilidade na qual se encontra o adolescente, devida às inúmeras transformações pelas quais passa, o expõe a muitos riscos. Dentre os fatores de risco para o uso abusivo de drogas, podemos citar:

- Disponibilidade das substâncias;
- Normas sociais;
- Uso de drogas ou atitudes positivas diante das drogas pela família;
- Conflitos familiares graves;
- Iniciação precoce;
- Suscetibilidade herdada ao uso de drogas.

O uso de drogas pode provocar complicações agudas (intoxicação ou overdose) e crônicas, com alterações duradouras ou até irreversíveis. Outros riscos também são considerados ao tratar-se de adolescentes, pois todas as substâncias psicoativas, quando usadas de forma abusiva, aumentam o risco de acidentes e de violência por reduzirem os cuidados de auto-preservação, já vulneráveis entre os adolescentes. Nesse grupo, especialmente, os riscos estão mais relacionados com o uso do álcool, considerado a droga mais consumida nessa faixa etária.

Nesta perspectiva, destacamos o papel dos pais e do ambiente familiar na relação do adolescente com o álcool e outras drogas, ou seja, enquanto facilitadores das ações ou desencadeadores dos problemas, entendendo que a inserção do sistema familiar nas intervenções de prevenção e tratamento é fundamental como sistema de apoio; e o papel da escola como eixo de formação de hábitos saudáveis, da cidadania e de espaço de expressão de comportamentos e personalidades, caracterizando-se como espaço privilegiado para o desenvolvimento de programas preventivos e políticas públicas.



Para saber mais acesse o site do Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas, disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>.

Resumo

Nessa última aula do módulo você estudou sobre a adolescência que se constitui como um período de maturação psicológica que implica várias e importantes transformações. Nessa fase de desenvolvimento ocorre um afastamento da família ao tempo em que se adere ao seu grupo de iguais, caracterizando-se assim como uma época de maior vulnerabilidade e de exposição a riscos, entre eles o fenômeno do uso das drogas. Por isso, as ações de saúde mental voltadas ao adolescente deve centrar forças na construção de projetos de vida, no protagonismo juvenil e no resgate de valores e hábitos da vida saudável tendo o adolescente como sujeito de direitos e, portanto, autor de sua própria história.



Atividades de aprendizagem

1. A vulnerabilidade na qual se encontra o adolescente, devida às inúmeras transformações pelas quais passa, o expõe a muitos riscos. Dentre os fatores de risco para o uso abusivo de drogas, podemos citar:

() disponibilidade das substâncias.

() conflitos familiares graves.

() iniciação tardia.

() resistência ao uso de drogas.

2. Favorecer a participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde. Assinale dentre as alternativas abaixo aquela que corresponde a um dos seus benefícios:

a) Contribui para a autoestima do adolescente e do jovem, a sua assertividade e a formulação de um projeto de vida.

b) Leva adolescentes e jovens a se tornarem passivos diante das ações que buscam promover a cidadania, e apenas a serem eventuais usuários de programas.

c) Reconhece os adolescentes e jovens como incapazes de promover transformação social.

d) Exclui a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde contribuindo decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social.

Referências

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FOUCAULT, Michael. **Mon corps, ce papier, ce feu**. In: **Histoire de la folie à l'âge classique**. Paris: Gallimard, 1972.

KESSLER, RB. **III Curso de Capacitação Sobre Redução da Oferta e Demanda de Drogas**. Senad/Senasp, 2006.

MACHADO, Kátia. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** Rio de Janeiro: 2005.

MARLATT, G. A. **Redução de danos no mundo: um breve histórico**. In: MARLATT, G. A. **Redução de danos** – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SILVA, M. B. B. **Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental**. Rio de Janeiro: PHYSIS: Revista Saúde Coletiva. v. 15. N.. 1, p. 127-150, 2005.

AMARANTE P, coordenador. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

BARROS RB. **O dispositivo grupal no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. In: AMARANTE P, organizador. **A loucura da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 277-83.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Avaliação da implementação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Saúde da família, 2002.

BRASIL. Portaria no 1.886 de 18 de dezembro de 1997. **Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Diário Oficial da União, 1997.

BRASIL. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União: 2006.

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

CABRAL B, Lucena M, Oliveira M, Gouveia M, Freitas P, Pereira S et al. Estação Comunitária. In: Lancetti A. SaúdeLoucura. **Saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2001.

CADERNO DE SAÚDE COLETIVA, **Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades.** Rio de Janeiro, 2010 - Vol. 18

CAMPOS, FCB, Nascimento SPS. **O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica.** Cadernos IPUB 2007 - XIII(24):67-79.

CAPISTRANO, D F. **O programa de saúde da família em São Paulo.** 1999; 13(35): 89-100.

CRUZ, MS, Ferreira SMB. **O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.** Cadernos IPUB, 2007.

DALL'AGNOLL C M, Ciampone MHT. **Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem.** Revista Gaúcha Enfermagem. 1999,20(1):5-25.

DALMASO, A. S. W.; NEMES FILHO, A. **Promoção à Saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília: IDS; USP, 2001.

ELSEN I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual.** In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: EDUEM; 2004. 282ª ed.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* **Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** *Ciência Saúde Coletiva.* V.16, n.7. 2011.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. 117 p.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI A, organizador. **Saúde Loucura:Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001 – 2º ed.

LANCETTI, A, Amarante P. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: Campos GWS, organizador. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LARA, Ricardo. **Pesquisa e Serviço Social: da concepção burguesa de ciências sociais à perspectiva ontológica**. Revista Katál, Florianópolis, 2007.

MACHADO, Kátia. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** Revista. Radis Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2005.

MELMANN J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

NUNES, M, Jucá VJ, Valentim CPB. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Caderno de Saúde Pública 2007; 23(10):2375-2384.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PEREIRA, AA. **Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço**. Cadernos IPUB 2007; XIII(24):67-79.

RAUTER C. **Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas**. In: Amarante P, coordenador. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-77.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000. 6º ed.

ROSA L C S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez; 2003. 4. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: 2004.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: Pitta A, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. 2º ed.

SILVA M B B. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, R.R. **O sistema único de saúde brasileiro**. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. p.441-469.

SPADINI, L S, Souza MCBM. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. Revista Esc. Enferm. USP. 2006. 40 (1): 123-7.

WRIGHT L M, Leashey M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2004.

YASUI S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [tese] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YIN, RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. de Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 7. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Referências de sites

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/118.pdf
bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html?q=>
<http://brunopontadabala.blogspot.com>
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf
<http://conteudoIndependente.blogspot.com/2011/07/secretaria-da-saude-apresenta-caps.html>
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>
<http://fopspr.wordpress.com>
<http://fopspr.wordpress.com/tag/saude-mental-luta-antimanicomial/>
<http://imanentementemente.blogspot.com>
<http://nosnacomunicacao.com.sapo.pt/>
<http://portal.saude.gov.br>
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela
<http://pt.wikipedia.org>
http://pt.wikipedia.org/wiki/Arte_terapia >
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Etologia>
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Higienismo>
http://pt.wikipedia.org/wiki/Hosp%C3%ADcio_Pedro_II
http://pt.wikipedia.org/wiki/Movimento_antimanicomial
<http://rio-curioso.blogspot.com/2010/04/palacio-universitario.html>
<http://rogeliasado.blogspot.com>
<http://secretariadesaudearacatuba.blogspot.com/2011/06/caps-ad-oferece-atendimento.html>
http://www.alcohollearningcentre.org.uk/_library/AUDIT_Portuguese.pdf
<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>
<http://www.apaebrasil.org.br/>
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101720-3090.html?q=>
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111896-121.html>
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111927-130.html>
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111928-131.html>
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf >
<http://www.cogumelolouco.com/>
<http://www.entrepadres.com/2010-12-30/11070/importancia-de-compartir-tiempo-con-la-familia>
<http://www.fiocruz.br>
<http://www.fnt.org.br/artigos.php?id=334>
http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=nise+da+silveira&source=video&cd=1&ved=0CDwQtwlWA A&url=http%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3DxuvU2YDlfa4&ei=LM_5TWwFA9P5ggeH-LHVAQ&usq=AFQjCNEQg6Tcb_ZF89ujdSo497slQcRDjg
http://www.guapore.rs.gov.br/?c=bom_jesus.php
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1841-07-18;82>

<http://www.na.org.br/portal/>
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_111128_002.html
<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=326>
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>
<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2862>
<http://www.ufscar.br/cis/wp-content/uploads/FOUCAULT-Michel.-A-hist%C3%B3ria-da-loucura-na-idade-cl%C3%A1ssica.pdf>
<http://www.webartigos.com/artigos/saude-mental-luta-antimanicomial-reforma-psiquiatrica-e-cersams/11430/>
http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf
<http://www.pensador.com.br>
olhosdocoracao-danielle.blogspot.com/2011/04/sentido-da-vida.html
<http://artigos.psicologoado.com/psicopatologia/psiquiatria/passeio-pela-loucura#ixzz1hfJKCAdp>
www.amorexigente.org.br
www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack
www.fandangossuicida.blogspot.com

Refêrência das figuras

Figura 1.1: Francesca Woodman

Fonte: http://www.jstor.org/literatum/publisher/jstor/journals/content/signs/2002/signs.2002.27.issue-4/339640/production/pdfimages_v02/master.img-004.jpg

Figura 1.2: Medicina idade média – loucura. O cirurgião: a pedra-cutter, obras de Jan van Hemessen Sanders, 1555.

Fonte: http://2.bp.blogspot.com/_DAMs68hf4ns/TAC-qA9zYEI/AAAAAAAAAs0/OziniBFKck/s1600/Jan_Sanders_van_Hemessen_steinschneider+prado.jpg

Figura 1.3: Loucura

Fonte: http://2.bp.blogspot.com/-Wow2zU1PD_0/TxmxZrcFLnl/AAAAAAAAAbc/cJGJoTkaVig/s400/Loucura2.jpg

Figura 1.4: Philippe Pinel à la Salpêtrière

Fonte: http://4.bp.blogspot.com/_KMqOPeCgoT0/TTmWoNOIMZI/AAAAAAAAAKrM/g-5dvxmUDpU/s1600/Dr.Philippe%2BPinel%2Bat%2Bthe%2BSalpatriere%2B%2528Releasing%2BLunatics%2Bfrom%2Btheir%2BChains%2529%2BbyTony%2BRobert-Fleury-1795.jpg

Figura 2.1: Família real

Fonte: http://4.bp.blogspot.com/_Eca1qQOqNdl/TCj1pJHxvLI/AAAAAAAAANn0/mjGXi5YKMf8/s1600/chegada+da+familia+real+1808.jpg

Figura 2.2: Hospício de Pedro II

Fonte: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a9/Bertichem_1856_hospicio_pedro_ii_praia_vermelha.jpg

Figura 2.3: Hospital de Pedro II

Fonte: http://www.fnt.org.br/upload/Image/2866798015_b85972d686.jpg

Figura 2.4: Fandangos suicida

Fonte: www.fandangossuicida.blogspot.com

Figura 2.5: Revolta da vacina

Fonte: http://www.fiocruz.br/editora/media/capa_oswaldos.jpg

Figura 2.6: Nise da Silveira

Fonte: <http://multiply.com/mu/pintoandrade/image/12/photos/upload/300x300/SrvL@woKClOAGWYghE2/nise-da-silveira.jpg?et=mnAVn9D685cKQ%2BwQyGNDMw&nmid=285606715>

Figura 3.1: Luta antimanicomial

Fonte: [http://genesis.brasilportais.com.br/webroot/img/arquivos/images/u1\(4\).jpg](http://genesis.brasilportais.com.br/webroot/img/arquivos/images/u1(4).jpg)

Figura 3.2: Sou mais Caps

Fonte: http://fopspr.files.wordpress.com/2011/08/sou_mais_caps.jpg

Figura 4.1: Marcha dos Usuários

Fonte: http://2.bp.blogspot.com/-4fGEHaJQct0/Ttyb_4miJp/AAAAAAAAATPo/GTDicSWyHmQ/s400/Marcha+dos+Usu%25C3%25A1rios+II.jpg

Figura 5.1: Saúde da Família

Fonte: http://1.bp.blogspot.com/_116y0LLDCh4/SwaUYqG6CEI/AAAAAAAAABg/XB-7hRzn_9w/s1600/LOGO+OFICIAL.jpg

Figura 5.2: CAPS

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/-almI5dJRbKc/Ticjbt0Vml/AAAAAAAAAml/pgKJ8XIM9gY/s1600/CAPS+Infantil.jpg>

Figura 6.1: Alcoólicos Anônimos

Fonte: <http://vibedoamor.files.wordpress.com/2011/06/aa.jpg>

Figura 6.2: Narcóticos Anônimos

Fonte: http://www.portalfrenteiraoeste.com.br/site/images/stories/_utilidade_publica/na.png

Figura 6.3: Amor Exigente

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/-eu7HYQCiUdE/TnzO2geN72I/AAAAAAAAAmk/mci3wa3-rxo/s1600/LOGO-AMOR-EXIGENTE-1024x193.jpg>

Figura 6.4: APAE

Fonte: <http://www.apaebrasil.org.br/temas/img/cabLogo/1.jpg>

Figura 7.1: Família

Fonte: <http://www.entrepadres.com/wp-content/uploads/2010/12/familia.jpg>

Figura 7.2: Acolher

Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/-nsrcS4QneAg/TbCg36yfmpI/AAAAAAAAANK/y6RIYyDnads/s1600/acolher.jpg>

Figura 7.3: Vínculo

Fonte: <http://nosnacomunicacao.com.sapo.pt/foto1.jpg>

Figura 8.1: Equipe Multiprofissional CAPS Araçatuba

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/-BjiEF3Na4fw/TfEcHP6aXBI/AAAAAAAAAUM/Sibm5QEfKt0/s1600/CAPS.jpg>

Figura 14.1: Crack é possível vencer

Fonte: <http://www.guimaraes.org.br/guimaraes1322/admin/auxi/FCKeditor/image/Dilma%20Crack.jpg>

Atividades autoinstrutivas

1. Ao longo de toda a História da humanidade, as pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico sempre foram vistas com olhar cheio de preconceitos e estigmas que lhes atribuíam as mais diferentes explicações para a origem de seu sofrimento:

- a) castigo dos deuses
- b) experiência de vida
- c) poderes artificiais
- d) estilo de vida
- e) herança genética

2. “Cerimônia católica destinada a expulsar os maus espíritos do corpo do possuído”:

- a) Adorcismo
- b) Cristianismo
- c) Comunhão
- d) Exorcismo
- e) Benção

3. Com o final do feudalismo e o desenvolvimento do mercantilismo, a Idade Moderna é marcada pelo processo de formação de cidades de forma acelerada e a conseqüente concentração de população. Neste período, pobres e loucos passaram a ser vistos como:

- a) desocupados, uma séria ameaça a toda a sociedade
- b) abençoados com dom divino
- c) doentes incuráveis
- d) seres livres e iluminados
- e) trabalhadores

4. A utilização do isolamento como estratégia de controle e princípio terapêutico contribuíram para fazer do Hospital Psiquiátrico uma estrutura de tratamento sólida e forte trazendo como consequência a constituição de conceitos presentes até hoje na vida das pessoas quando se fala em loucura:

- a) a exclusão, a segregação, a perda da autonomia
- b) a exclusão, a perda da autonomia, a impregnação
- c) o poder da família, a hospitalização, o cuidado
- d) a exclusão, a segregação, o resgate da autonomia
- e) o isolamento, a indiferença e a loucura

5. Iniciou seu trabalho com arte do Hospício Pedro II a partir do qual se pode observar que os doentes mentais melhoravam após cada sessão terapia ocupacional:

- a) Osvaldo Cruz
- b) Nise da Silveira
- c) Pedro II
- d) Sociedade Médica do Rio de Janeiro
- e) Foucault

6. No ano de 1978, ocorreu o Movimento da Reforma Psiquiátrica com os Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) fortalecido pelos avanços da Reforma Sanitária, contido na Constituição de 1988, e pela Lei nº 8080 do Sistema Único de Saúde e composto por:

- a) Profissionais da área, familiares de pacientes e os próprios pacientes
- b) Profissionais dos hospitais psiquiátricos
- c) Médicos e psicólogos que buscavam carreira política
- d) Grupos de familiares, usuários de drogas e médicos psiquiatras
- e) Lideranças sindicais, familiares e profissionais do SUS

7. “ações de saúde centrada na instituição hospitalar. Nesta forma organizacional do serviço, a prioridade não é a atenção básica, e sim a idéia de que saúde é “ausência de doença” e no seu tratamento”

- a) Modelo hospitalocêntrico
- b) Modelo higienista
- c) Modelo psiquiátrico
- d) Modelo reformista
- e) Modelo clássico

8. Proporcionar tratamento na Atenção Primária, garantir o acesso aos psicotrópicos, garantir atenção na comunidade, criar vínculos com outros setores, são algumas das 10 recomendações gerais estabelecidas no:

- a) Relatório da Organização Mundial da Saúde em 2001
- b) Relatório da Organização das Nações Unidas em 2001
- c) Lei da reforma Psiquiátrica
- d) Declaração dos Direitos dos Usuários do SUS
- e) Manual do Cuidado em Saúde Mental do SUS

9. Também conhecida como *Lei Paulo Delgado* e como *Lei da Reforma Psiquiátrica* instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil:

- a) Lei nº 10.216 de 2001
- b) Portaria nº 189 de 1991
- c) Portaria nº 224 de 1992
- d) Lei nº 8080 de 1990
- e) Lei nº 10.206 de 2001

10. “conjunto com outros serviços de assistência a comunidade que permitem a que a constituição da “teia” que tem como objetivo a promoção dos vínculos psicossociais e da qualidade de vida dos indivíduos que possuam transtornos psíquicos, suas famílias e comunidade”

- a) Pontos de Atenção
- b) Rede de Atenção
- c) Grupo de Cuidados
- d) Unidade de Saúde
- e) Trabalho comunitário

11. A Rede de Atenção a Saúde Mental é composta por diferentes pontos de atenção. Serviços como as Unidades de Acolhimento, as Comunidades terapêuticas e os Alcoólicos Anônimos são chamados:

- a) Serviços essenciais da rede
- b) Serviços integrados da rede
- c) Serviços extras da rede
- d) Serviços complementares da rede
- e) Serviços excluídos da rede

12. Prestam serviços ambulatoriais de atenção diária, que funcionam segundo a lógica do território. Atendem prioritariamente pacientes com Transtornos Mentais Severos e Persistentes em que o comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo e não intensivo:

- a) CAPS
- b) Ambulatório
- c) Hospital –dia
- d) Unidade de Saúde
- e) Comunidade Terapêutica

13. São conceitos norteadores do cuidado em saúde mental:

- a) Família, acolhimento, rede de cuidados e vínculo
- b) Família, sujeito, vínculo e medicação
- c) Família, vínculo, território e individualismo
- d) Vínculo, território, família e desarticulação
- e) Família, comunidade, vínculo e hospitalização

14. A respeito da multidisciplinariedade podemos AFIRMAR:

- a) Pode ser definida como um aglomerado de trabalhadores, na qual cada um deles exerce apenas a sua função profissional específica.
- b) Resume-se apenas como uma forma de dividir o trabalho, em que cada um faz “a sua parte”, sem preocupar-se com o produto total.
- c) Deve contar com profissionais de uma mesma formação, sem se preocupar com a diversidade de olhares e troca de experiências.
- d) Caracteriza-se pela capacidade de participar coletivamente de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação, troca de saberes e construção de conhecimento.
- e) Resume-se ao trabalho exclusivo da saúde, sem articulação com outros profissionais, evitando “contaminar” o saber do profissional.

15. São princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica:

- a) Noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, foco na reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.
- b) Noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, foco na internação, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.
- c) Noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, foco na reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/

interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da dependência dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

- d) Noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, foco na reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, institucionalização, promoção da cidadania dos usuários e afastamento do usuários e familiares.
- e) Noção de território, individualidade da atenção à saúde mental, interseccionalidade, foco na reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, hospitalização, promoção da dependência dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

16. Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) deve articular estratégias de cuidados no território. Isso exige compor estratégias de atenção combinadas entre atenção especializada e atenção básica. De que parceria estamos falando?

- a) CAPS e Hospital
- b) CAPS e Estratégia Saúde da Família
- c) CAPS e Acolhimento
- d) CAPS e Emergência
- e) Nenhuma das alternativas

17. “Um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”. Essa definição se refere:

- a) CAPS
- b) Unidade de Saúde
- c) Hospital psiquiátrico
- d) Ambulatório
- e) Grupo Terapêutico

18. Os CAPS trabalham, basicamente, com três modalidades de atendimento:

- a) Intensivo, semi-intensivo e diário
- b) Intensivo, semi-intensivo e comunitário
- c) Intensivo, semi-intensivo e não-intensivo
- d) Diário, intensivo e esporádico
- e) Internamento, intensivo e variável

19. Nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. 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.

- a) Intensivo
- b) Semi-intensivo
- c) Diário
- d) Não-intensivo
- e) Esporádico

20. São funções do CAPS:

- a) Realizar tratamento independente da rede de atenção a saúde mental.
- b) Não se envolver com as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental.
- c) Realizar só na primeira consulta o cadastro de pacientes que utilizam medicamentos especializados.
- d) Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado.
- e) Promover a inserção social dos usuários através de ações isoladas.

21. “ Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas”.

- a) CAPS I
- b) CAPS II
- c) CAPS ad
- d) CAPS i
- e) Hospital-dia

22. Plano Terapêutico Individual é:

- a) Um plano de atendimento que respeite a sua particularidade, que personalize o cuidado a cada pessoa na unidade e fora dela e que selecione dentre as atividades ofertadas àquelas que das quais o sujeito participará durante sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.
- b) Planos de trabalho exclusivo do CAPS que define quais atividades serão ofertadas a todos os pacientes que freqüentarem o serviço.
- c) Plano de trabalho que indica a direção que se pretende dar ao tratamento sem levar em conta a pergunta: o que é possível e o que é desejável obter ao longo do tratamento desse paciente.
- d) Plano de trabalho que o paciente recebe no momento em que inicia o tratamento. Construído pela equipe médica de acordo com as estratégias ofertadas no serviço.
- e) Plano de trabalho padrão da Unidade, que o paciente recebe no momento em que inicia o tratamento. Construído pela equipe médica de acordo com as estratégias ofertadas no serviço e que não permite alterações.

23. A reabilitação também é entendida como:

- a) Conjunto de ações que visam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental.
- b) Ações que envolve todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença com objetivo de curar o paciente.

- c) Técnica para resgate das habilidades sociais do sujeito com objetivo de torná-lo independente.
- d) Técnica onde uma pessoa dependente química ou portadora de algum transtorno mental deixa de ser um indivíduo que faz parte de uma família para se reconhecer unicamente como doente.
- e) Conjunto de ações comunitárias que buscam aproximar a família das limitações do paciente com objetivo de torná-la co-dependente.

24. Oficinas Terapêuticas podem ser entendidas como:

- a) Atividades grupais de socialização, expressão e inserção social.
- b) Atividades para passar o tempo do paciente no CAPS.
- c) Atividades promovidas em grupo para promoção da convivência.
- d) Aulas de artesanato.
- e) Grupo de convivência.

25. Constitui um ponto imprescindível para que o espaço do CAPS se estruture segundo uma lógica antimanicomial:

- a) O empenho para provocar o uso da força na relação com os usuários.
- b) Diante de um episódio de agitação intensa é obrigatório o uso de medicação de controle.
- c) A estratégia de contenção física e outras medidas de imposição utilizadas rotineiramente, Mesmo sem esgotar outros recursos possíveis.
- d) Criar um clima acolhedor e ativo, mesmo com uma rotina intensa, o ambiente deve ser agradável e hospitaleiro.
- e) Evitar pedir ajuda da família já que ela está sobrecarregada com o diagnóstico da doença.

26. Sobre a dependência química é CORRETO afirmar:

- a) Dependência química deve ser considerada uma doença de origem unicausal e que portanto pouco importa a mudança de estilo de vida.
- b) O tratamento da Dependência Química se resume em parar de beber ou de usar outras drogas para o resto de sua vida.

- c) Cada substância possui suas particularidades e por isso existe receita pronta todos os atendimentos devem ser considerados.
- d) Dependência química configura-se a partir do momento em que o indivíduo não consegue mais viver sem consumir droga, acarretando para ele e seus familiares muito sofrimento.
- e) A dependência química é uma doença que acomete apenas o usuário, por isso o tratamento deve ser focado na individualidade.

27. Terapia Familiar, Terapia Cognitiva Comportamental, intervenções motivacionais e identificação dos fatores de risco e proteção constituem:

- a) Abordagens psicoterápicas no tratamento da dependência química.
- b) Abordagens sociais no tratamento do CAPS.
- c) Terapias alternativas no tratamento da dependência química.
- d) Formas de controle do dependente químico.
- e) Plano de trabalho.

28. O Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras Drogas foi elaborado a partir do consenso de que o enfrentamento ao crack é de responsabilidade de todos os setores, nas três esferas de governo, através de ações integradas que envolvam:

- a) Saúde, Sistema Penitenciário, Educação e Cultura.
- b) Saúde, Esporte e Cultura.
- c) Saúde Assistência Social, Educação e Segurança Pública.
- d) Somente a saúde é responsável.
- e) Família, Saúde e usuário.

29. De acordo com a Portaria GM nº 3088 de 2012, a Rede Psicossocial de Atenção saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, quais dos serviços abaixo fazem parte do componente da Atenção Básica em Saúde:

- a) Unidade Básica de Saúde – UBS, Equipe AB para populações em situações específicas, Centro de Convivência, NASF

- b) CAPS, Unidade Básica de Saúde – UBS, NASF e ambulatórios.
- c) CAPS, Unidade Básica de Saúde – UBS, NASF, Comunidades terapêuticas.
- d) Unidade Básica de Saúde – UBS, Equipe AB para populações em situações específicas, Centro de Convivência, NASF, Hospitais.
- e) Grupo de Convivência, CAPS, Unidades de Pronto Socorro, Comunidades Terapêuticas.

30. Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras Drogas propõe a implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental e inclui entre os diversos pontos de atenção aqueles chamados “serviços de acolhimento”. São eles:

- a) CAPS ad III, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos.
- b) CAPS ad III, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais.
- c) CAPS ad III, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospitais de Custódia.
- d) CAPS ad III, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Grupos de ajuda mútua.
- e) CAPS ad III, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Hospital Psiquiátrico.

31. “serviços de caráter residencial transitório, acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico, porém, afastados do convívio de sua família.”

- a) Unidade de Acolhimento
- b) CAPS ad III
- c) Comunidade Terapêutica
- d) Hospital Geral
- e) Unidade de Isolamento

32. "Serviço especializado em álcool e drogas que além de ofertar a atenção diária nos moldes dos serviços extrahospitalares, conta com alguns leitos para acolhimento noturno dos usuários que necessitem de atenção diferenciada".

- a) Unidade de Acolhimento
- b) CAPS ad III
- c) Comunidade Terapêutica
- d) Residência Terapêutica
- e) Associação de moradores

33. " Serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas"

- a) CAPS ad III
- b) Unidade de Acolhimento
- c) Comunidade Terapêutica
- d) Residência Terapêutica
- e) Unidade Transitória

34. "Espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. Destinadas a pessoas com internação de longa permanência ou egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

- a) CAPS ad III
- b) Hospital Geral
- c) Comunidade Terapêutica
- d) Residência Terapêutica
- e) Abrigo Institucional

35. Para uma comunidade terapêutica desenvolver ações de saúde mental precisa estar atenta a alguns critérios fundamentais:

- a) As Comunidades não podem abrigar pessoas com transtornos mentais no mesmo espaço que dependentes químicos.
- b) Definir crença religiosa.
- c) Organizar da melhor forma possível o alojamento dos residentes e espaços de convivência e promoção de cuidados, tais como, quadras de esporte e salas para lazer e para atendimento individual e coletivo.
- d) Proibir castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e integridade dos pacientes, independentemente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.
- e) Incentivar o isolamento e o distanciamento da família para proteção do usuário.

36. Três modelos teóricos têm dominado a conceitualização das intervenções familiares em dependência química. Assinale a alternativa que define o modelo sistêmico :

- a) Considera o alcoolismo ou o uso nocivo de drogas como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família.
- b) Baseia-se na teoria da aprendizagem e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento de consumo de álcool e drogas.
- c) Considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar.
- d) Considera a dependência química como de causa hereditária e que não sofre influência do meio ambiente.
- e) Define a família como causadora da dependência química por enfraquecer os laços familiares.

37. "Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar onde a regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas na família" De qual estágio pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e álcool estamos falando?

- a) 1º estágio: negação
- b) 2º estágio: tentativa de controle
- c) 3º estágio: desorganização evidente
- d) 4º estágio: exaustão emocional
- e) 5º estágio: abandono

38. Família ideal:

- a) Seus integrantes estão sempre agrupados uns nas vidas dos outros agindo sem muita discriminação entre fantasia e realidade.
- b) Seus membros estão separados e nenhum deles é capaz de pensar na família como um grupo com relações de companheirismo e desenvolvimento.
- c) Reconhece a existência do problema e interessa-se pela busca de uma ajuda construtiva, mantendo sua auto-estima preservada para caminhar para um crescimento de uma relação saudável.
- d) Paternaliza a doença, tratando o dependente como um fracassado e perdendo a capacidade de diálogo e de desenvolvimento de uma relação verdadeira e produtiva.
- e) Todos os membros da família se dão muito bem, não há conflitos nem discussões e os pais estão sempre junto de seus filhos.

39. "Reconhece a abstinência como um dos resultados positivos para o uso de drogas, mas aceita também outras alternativas que tenham como resultado uma redução dos danos associados ao uso":

- a) Redução de Danos
- b) Desinstitucionalização
- c) Grupo de ajuda mútua

- d) Reinserção social
- e) Alcoólicos Anônimos

40. Estratégia de Redução de Danos:

- a) Estratégias / Políticas / Medidas de Saúde Pública que visam minimizar os danos a saúde (DST/HIV-AIDS, Hepatites e outras doença) e danos sociais decorrentes do uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas.
- b) Pessoas que querem, não conseguem mas devem parar de usar drogas.
- c) Centrada na dependência.
- d) Defende unicamente a abstinência.
- e) Atua na fiscalização do uso de drogas.

41. A equipe de saúde mental deve centrar suas ações em alguns temas estruturantes com o objetivo de promover o desenvolvimento físico, o mental, moral, o espiritual e o social de crianças e adolescentes e jovens. São eles:

- a) Sexualidade, Protagonismo Juvenil, Cidadania e Autoridade.
- b) Protagonismo Juvenil, Projeto de vida, Cultura de Paz, Ética e Cidadania.
- c) Protagonismo Juvenil, Projeto de vida, Vínculo, Ética e Cidadania.
- d) Protagonismo Juvenil, Autonomia, Cultura de Paz, Ética e Cidadania.
- e) Protagonismo Juvenil, Autonomia, Cultura de Paz, Comunidade e Cidadania.

42. Vulnerabilidade social:

- a) refere-se ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as doenças, capacidade de elaboração das informações e aplicação das mesmas na sua vida prática.
- b) diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso a informações, serviços, bens culturais, as restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho.
- c) relaciona-se às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades.

- d) É definida pelo nível sócio-econômico da família, quanto mais baixo mais vulnerável.
- e) Diz respeito a um conjunto de fatores emocionais que determinam o acesso a informações, serviços, bens culturais, ao exercício da cidadania, exposição à violência e a condições de moradia, saúde, educação e trabalho.

43. CAPS i tem a função de prestar assistência a:

- a) Especificamente crianças com transtornos mentais.
- b) Crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas.
- c) Toda população da comunidade, independente da idade desde que não tenha transtornos mentais.
- d) Crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas desde que não sejam infratores.
- e) Toda população da comunidade, desde de adulta e que não tenha transtornos mentais.

44. Os CAPS podem ser definidos como tipo I, II, III, ad, i e ad III de acordo com:

- a) Porte, capacidade de atendimento e usuário, perfil populacional dos municípios.
- b) Porte, estrutura física e arrecadação municipal.
- c) Porte, capacidade de atendimento, número de profissionais.
- d) Capacidade de atendimento, recursos da rede, número de usuários com perfil.
- e) Perfil populacional, população de rua, espaço físico.

45. Os serviços substitutivos tais como os CAPS, uma vez que estão estruturados de forma territorializada, devem:

- a) Promover a reabilitação utilizando espaços na própria comunidade, favorecendo o processo de reconstrução de autonomia, liberdade e cidadania.
- b) Centralizar as ações de reabilitação no espaço interno do CAPS.

- c) Deixar as estratégias de reabilitação a cargo dos serviços de assistência social.
- d) O processo de reabilitação acontece naturalmente sem que seja necessária intervenção do CAPS.
- e) Deixar as estratégias de reabilitação a cargo dos serviços hospitalares.

16. O Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras Drogas contempla uma série de ações agrupadas em três grandes eixos:

- a) Cuidado, Prevenção, Autoridade
- b) Cuidado, Assistência, Prevenção
- c) Cuidado, Segurança, Assistência
- d) Prevenção, Repressão, Assistência
- e) Cuidado, Assistência, Tratamento

47. A modalidade CAPS ad III significa um CAPS especializado em _____ que além de ofertar a atenção _____ nos moldes dos serviços extrahospitais, conta com _____ para acolhimento _____ dos usuários que necessitem de atenção diferenciada.

- a) Álcool e drogas – diária – leitos - noturno
- b) Transtornos mentais – diária – quartos - noturno
- c) Álcool e drogas – integral – leitos - intensivo
- d) Saúde mental – diária – leitos – noturno
- e) Saúde mental – especializada – profissionais – integral

48 São estratégias usadas com vistas ao controle das drogas:

- a) redução de oferta, redução da demanda e redução de danos.
- b) redução da medicação, redução da oferta e aumento da autoestima.
- c) redução da oferta, redução de danos e medidas protetivas.
- d) redução de oferta, redução da demanda e retomada dos vínculos.
- e) redução da medicação, redução da oferta e redução da autoestima.

49. “Retirar o paciente do hospital e devolvê-lo ao convívio familiar. Implica em reinseri-lo na sociedade como uma pessoa que tem direitos, deveres, limitações, potencialidades e responsabilidades”

- a) Desintitucionalizar
- b) Desospitalizar
- c) Reabilitar
- d) Recuperar
- e) Desestruturar

50. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de _____, de base territorial e _____ com outras políticas específicas e que visem estabelecer vínculos e acolher. Essas ações devem estar fundamentadas nos _____ e nos princípios da _____.

- a) Rede de cuidados – atuação transversal – princípios do SUS – Reforma Psiquiátrica.
- b) Rede de cuidados – atuação individual – princípios do SUS – Reforma Psiquiátrica.
- c) Hospitalização – comunitária – princípios médicos – Reforma Sanitária.
- d) Rede comunitária – atuação multiprofissional – princípios do SUS – Reforma Psiquiátrica.
- e) Rede articulada – atuação transversal – princípios da Reforma - cidadania.

Currículo do professor-autor

Débora Cristina Larcher de Carvalho Lourenço

Licenciada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná no ano de 2000, e pós-graduada em Administração de Recursos Humanos e Diagnóstico Psicoeducacional. Participou do processo de implantação de CAPS, Núcleos de Apoio a Saúde da Família e equipes matriciais em Unidade de Saúde 24 Horas. Atuou no Projeto “Protejo” – integrante do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI. Atualmente está à frente da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.

