

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



MÓDULO VIII: CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff
Ministro da Saúde Alexandre Padilha
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel
Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco
Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro
Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas
Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz
Subchefe do Departamento Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes
Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz
Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante
Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso
Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier
Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORES

Lucilene Cardoso
Zeyne Alves Pires Scherer
Maria Terezinha Zeferino
Sílvia Maria Azevedo dos Santos
Jonas Salomão Spricigo
Sandra Cristina Pillon
Jeferson Rodrigues
Isabela dos Santos Martin

REVISÃO TÉCNICA

Maria Gabriela Curubeto Godoy

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M8 - Clínica da Atenção Psicossocial

C268c CARDOSO, Lucilene

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Clínica da atenção psicossocial / Lucilene Cardoso; Zeyne Alves Pires Scherer; Maria Terezinha Zeferino; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

85 p.

ISBN: 978-85-88612-68-6

1. Saúde Mental. 2. Transtornos Mentais. 3. Substâncias Psicoativas.

CDU – 616-083:616.89

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Isabela C. G. de Oliveira

Revisão Textual Ariele Louise Barichello Cunha

Coordenadora de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Taís Massaro

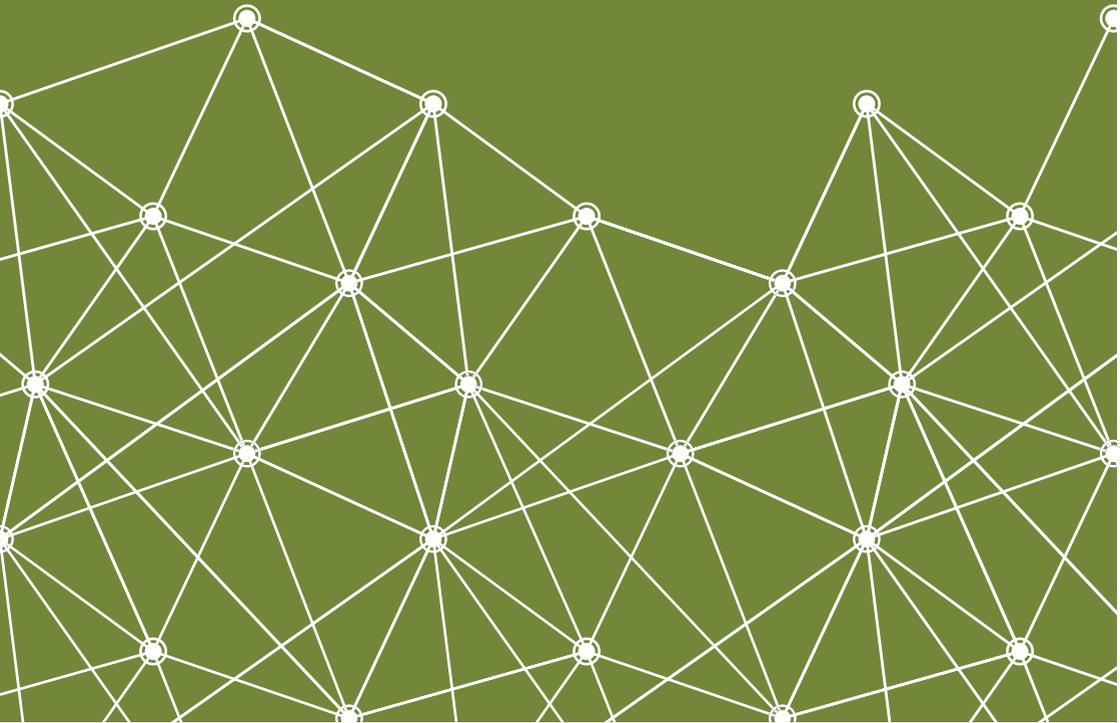
Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO VIII CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DOS AUTORES

Caro aluno

Mais uma vez, damos a você nossas boas vindas para dar continuidade aos estudos. Após compartilharmos conhecimento acerca da Rede de Atenção Psicossocial, esperamos que você tenha empenho e entusiasmo para acessar as informações teóricas do Módulo VIII da Atenção Psicossocial - A Clínica da Atenção Psicossocial!

Neste módulo, você vai refletir e identificar a clínica das psicopatologias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) e problematizar a clínica relacionada ao crack, álcool e outras drogas e as formas de abordagem no contexto atual. Salientamos que a clínica é política a partir do momento em que se busca a transformação das experiências de discriminação, estigma e violação de direitos humanos e sociais, vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares em outras relações possíveis.

Tanto o indivíduo que sofre, quanto sua família necessitam ser atendidos em suas reais necessidades, e os profissionais de saúde precisam estar organizados e preparados para assisti-los em seu próprio território. O profissional pode e deve reconhecer e fazer com que sejam respeitados os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, respeitando as diferenças e garantindo-lhes dignidade. O profissional deve buscar agir, também, para despertar na sociedade uma sensibilização maior quanto ao tema, assegurando, assim, igualdade de oportunidades e de direitos para os usuários e familiares.

Por isso, mais uma vez, sua participação ativa neste processo é fundamental para aprimorarmos ainda mais o conhecimento para a assistência, compartilhando experiências práticas de cada serviço e comunidades em que atuam, levando-se em conta as diferentes regiões e populações que constituem nosso cotidiano. Esperamos que o conteúdo que apresentaremos contribua nas atividades diárias exercidas nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e que proporcione a você, profissional atuante na Rede, ferramentas para o desenvolvimento de práticas de cuidado humanizadas e eficazes.

Desde já, desejamos bom estudo a todos!

Abraços

Lucilene Cardoso, Dra.
Zeyne Alves Pires Scherer, Dra.
Maria Terezinha Zeferino, Dra.
Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Dra.
Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Sandra Cristina Pillon, Dra.
Jeferson Rodrigues, Dr.
Isabela dos Santos Martin, Esp.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho e não a doença. Desta forma, a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do usuário.
(Paulo Amarante)

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, o aluno deverá ser capaz de identificar as principais síndromes diagnósticas no campo da atenção psicossocial e as estratégias de intervenção e cuidado.

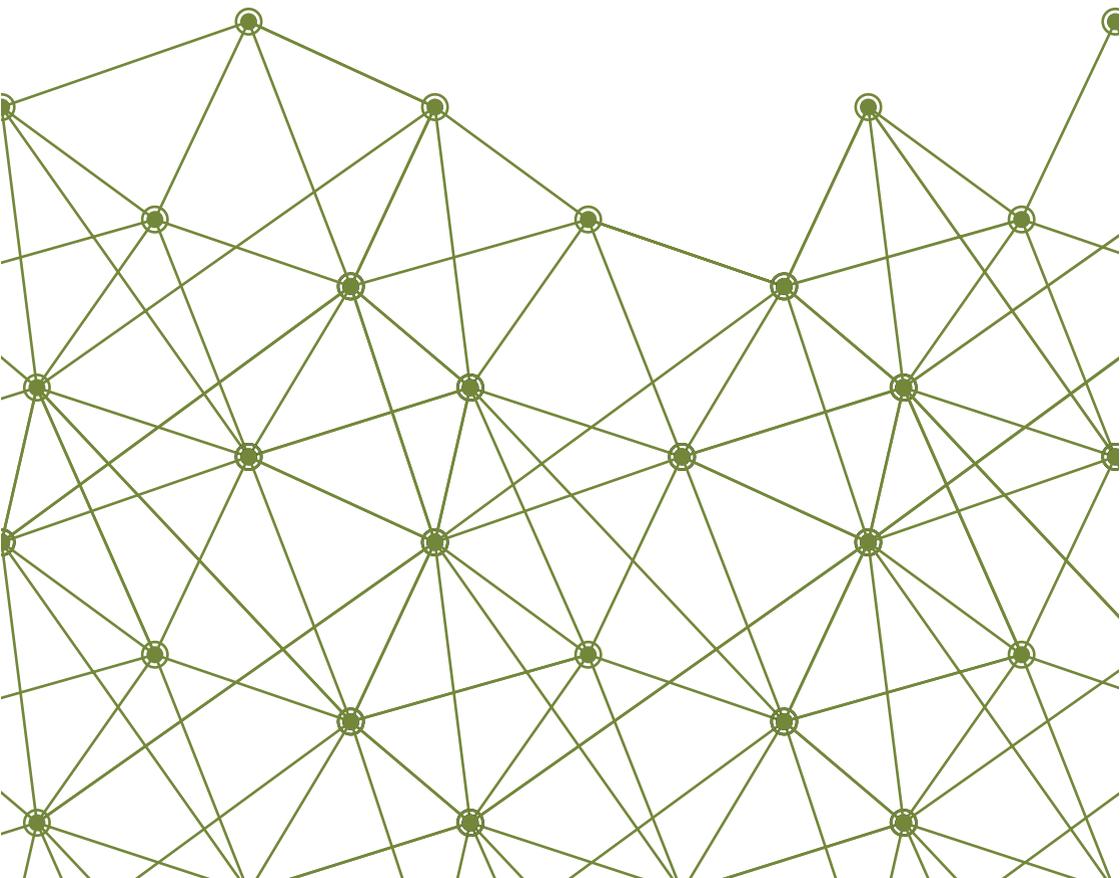
CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — PSICOPATOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS	9
1.1 Introdução	9
1.2 Psicopatologia do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais	11
1.3 Diagnósticos no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	14
1.4 Acolhimento e diagnóstico ampliado no campo da atenção psicossocial	21
1.5 O cuidado na atenção psicossocial	25
1.6 A contribuição do exame do estado psíquico às síndromes psicossociais	28
1.7 Principais síndromes na prática clínica	38
1.8 Consulta de enfermagem.....	44
1.9 Resumo	45
1.10 Fechamento	45
1.11 Recomendação de leitura complementar	46
UNIDADE 2 — A CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RELACIONADA ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS DECORRENTES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPAs)	49
2.1 Introdução	49
2.2 Histórico do uso e da legislação sobre substâncias psicoativas	50
2.3 Classificação das SPAs.....	53
2.4 Populações vulneráveis, preconceitos, estigmas e violência.....	62
2.4 Alguns conceitos relacionados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.	65
2.6 Atenção às pessoas com problemas decorrentes do consumo de SPA.....	68
2.7 Estratégias de intervenções aplicadas ao uso/abuso de SPA	71
2.8 Resumo	75
2.9 Fechamento	75
2.10 Recomendação de leitura complementar	76
ENCERRAMENTO DO MÓDULO	77
REFERÊNCIAS	78
MINICURRÍCULO DO(S) AUTOR(ES)	84

UNIDADE 1



Unidade 1 – Psicopatologia dos transtornos mentais

Ao final desta unidade, o aluno será capaz de refletir e identificar a clínica das psicopatologias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) para contribuir na prática do cuidado.

1.1 Introdução

Os conhecimentos e ações de saúde e de saúde mental no campo da saúde coletiva são construídos a partir da relação entre a epidemiologia, planejamento e gestão, e as ciências sociais e humanas em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Como vimos no módulo V, saúde mental é um conceito polissêmico que pode ser campo de conhecimento, estado subjetivo, uma especificidade e/ou especialidade. Nesta lógica, saúde mental tanto é um conceito transversal aos demais conhecimentos do processo saúde-doença-cuidado quanto um saber próprio sobre o sofrimento humano. Pela complexidade e multidimensionalidade que está envolvida, a saúde mental é construída sob várias perspectivas teóricas. No campo da saúde coletiva, as ciências sociais e humanas problematizam este conceito para que ele seja apropriado sem reducionismos. Por exemplo, os fatores determinantes da saúde mental implicam nas ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação do usuário do Sistema Único de Saúde.

A saúde mental no campo da epidemiologia é complexa na medida em que a ciência como método busca qualificar o sofrimento em diagnóstico e quantificá-lo em níveis estatísticos para planejar cuidados resolutivos. As transformações subjetivas, os diferentes sintomas e comportamentos fazem parte da condição humana, pois é na subjetividade que o sofrimento se expressa. Figuram como desencadeantes deste sofrimento as angústias, o desencanto, o vazio, a frustração, as perdas, a violência. E quando este sofrimento torna-se insuportável, temos os chamados sofrimentos psíquicos e/ou problemas de saúde mental. Em uma linguagem técnica, a partir de uma interpretação médica, temos os transtornos mentais e comportamentais.



Palavra do profissional

É comum situações de conflitos psíquicos desencadearem sofrimento humano, mas há momentos em que esse sofrimento torna-se patológico, e o cuidado profissional faz-se necessário. Logo, a passagem de um sofrimento para um diagnóstico em saúde mental ou psiquiátrico depende de fatores culturais, metodológicos, de critérios científicos e da subjetividade do profissional da saúde mental.

Por que estudar as psicopatologias no contexto da Rede de Atenção Psicossocial?

O Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001) estima que uma em cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental em alguma fase de sua vida até 2020. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), no Brasil, 3% da população em geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental contínuo ou eventual.

Desviat e Moreno (2012) calculam que quatrocentos e cinquenta milhões de pessoas sofram de transtornos mentais em países desenvolvidos ou não. Os problemas de saúde mental constituem cinco das dez principais causas de incapacidades no mundo. Dentre os transtornos que se destacam estão a depressão, o abuso de substância, a esquizofrenia e as demências. Os impactos desses transtornos são vistos nos anos de vida perdidos por incapacidades e são superiores ao câncer e às doenças cardiovasculares.

Estudos epidemiológicos realizados em diferentes partes do mundo têm identificado a magnitude e natureza dos transtornos mentais atendidos na clínica geral. As pesquisas identificaram maior frequência de transtornos mentais do que os clínicos haviam reconhecido em sua prática. Outro aspecto importante é a alta prevalência e associação entre os transtornos mentais e as doenças físicas (MARI et al., 2002).

Embora os índices de transtornos mentais e comportamentais configurem problemas de saúde pública, segundo a OMS (2001), aproximadamente 40% dos países não possuem políticas de saúde mental, e em mais de 30% dos países os programas nessa esfera são inexistentes. No Brasil, as estratégias adotadas para garantir o cuidado em saúde mental são a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). Dentro dessas redes,

contamos também com a Rede de Atenção Psicossocial. Assim, faz-se necessário que a formação profissional responda às distintas demandas em saúde mental apresentadas pelos usuários, prestando cuidados que acolham, sejam permanentes, de qualidade e rotineiramente avaliados.

Dando continuidade ao tema, estudaremos a clínica das psicopatologias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Psicopatologia do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais

Etimologicamente, psicopatologia origina-se do grego *psychê* (alma), de onde derivam *psique*, *psiquismo*, *psíquico*; *pathos* (paixão, excesso, passagem, passividade, sofrimento, assujeitamento); e *logos* (discurso, narrativa, conhecimento); e de ambos os termos, advém *patológico*. Psicopatologia é um discurso, um saber (*logos*) sobre a paixão (*pathos*) do psíquico, da alma (*psychê*); um discurso representativo a respeito do *pathos* psíquico, do sofrimento psíquico, do padecer psíquico (CECCARELLI, 2005, p. 371). Assim, os fenômenos psíquicos patológicos são o objeto de estudo da psicopatologia, os quais se originam das vivências da vida humana, dos nexos que se estruturam, o modo como se manifesta a subjetividade.

O diagnóstico no campo da psicopatologia é uma tentativa de objetivar metodologicamente os fenômenos psíquicos do ser humano. Entretanto, a discussão sobre os diagnósticos psiquiátricos é ampla, complexa e inesgotável. Segundo Silva Filho (1991), o diagnóstico em psiquiatria é controverso, pois depende de variáveis como a filiação científica e a experiência prática do profissional, de diversas correntes teóricas sobre o objeto existência-sofrimento-doença e da relação entre o profissional e a pessoa com transtorno.

Entre os desafios que contemplam o diagnóstico em saúde mental estão um corpo teórico que permita compreender o adoecimento mental e o alcance diagnóstico e terapêutico; uma teoria que desenvolva um planejamento em saúde mental na comunidade e que considere a palavra da pessoa em sofrimento psíquico, a subjetividade, a dignidade e a autonomia do usuário (DESVIAT; MORENO, 2012).

Para Silva Filho (1991, p. 29), “o que define o diagnóstico é o para que ele é usado”. Na clínica, o diagnóstico tem três possibilidades: a homogeneização de pessoas, a comunicação interprofissional e a assistência. A finalidade do diagnóstico é “dispor as coordenadas iniciais da experiência clínica”.

Na perspectiva histórica, a classificação de sinais, sintomas e síndromes parte do alienismo de Pinel, através do tratado médico-filosófico das alienações mentais. Esquirol reforçou o pensamento de Pinel ao diagnosticar a loucura como enfermidade única. Falret relaciona os diagnósticos psiquiátricos à biologia. Kraepelin cunha as categorias diagnósticas como **nosologia** médica. A partir da fenomenologia e da subjetividade na psicanálise, afirma-se que o séc. XIX foi o da clínica e o séc. XX foi o das psicopatologias. O aparecimento da Psicopatologia como disciplina organizada se dá com a publicação da obra *Psicopatologia geral*, de Karl Jaspers, psiquiatra e filósofo, no início do século XX. Jaspers visava à descrição e classificação das doenças mentais (DESVIAT; MORENO, 2012).

Nosologia é a parte da medicina que descreve, define, classifica e estuda as doenças em todas as suas circunstâncias (dicionário online).

Atualmente, o termo psicopatologia encontra-se associado a disciplinas que estudam o sofrimento psíquico. Isso traz um problema de diálogo entre as disciplinas científicas, pois elas possuem diferentes abordagens teóricas e modelos de ação, o que aponta que o fenômeno psíquico é irreduzível a uma exclusividade discursiva (CECCARELLI, 2005).

No que tange às diversas tentativas de superar os impasses criados pela pluralidade de leituras do *pathos*, o expoente máximo é, sem dúvida, o DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana) e o igualmente reputado CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Esses manuais oferecem uma definição empírico-pragmática das entidades nosográficas. A grande crítica que se faz a esta abordagem é o fato de não levar em conta a subjetividade tanto daquele que está sendo "classificado" quanto daquele que classifica: o olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva (CECCARELLI, 2005, p. 373).

Afora essas questões, temos ainda o desenvolvimento das neurociências e o aumento dos psicofármacos que fortalecem a ideia de causa biológica dos transtornos mentais. Pode-se supor que no futuro, para a realização de diagnósticos, bastará o conhecimento do uso das moléculas químicas (CECCARELLI, 2005).

O desenvolvimento clínico-psicopatológico é influenciado por três correntes: a psiquiatria francesa - Pinel, Esquirol, Falret e outros-, a psiquiatria alemã -Kraepelin, Bleuler, Freud e outros- e a psiquiatria estado-unidense - a psiquiatria das classificações, que atualmente é a dominante (DESVIAT; MORENO, 2012). No campo da Reforma Psiquiátrica, encontramos pelo menos três tipos de vertentes em psicopatologia:

- a) descritiva, baseada na semiologia e/ou observação de sinais e sintomas através do exame do estado mental;
- b) estrutural, baseada na psicanálise, com as neuroses, psicoses e perversões;

- c) fenomenológica, fundamentada na valorização da narrativa das pessoas que experienciam o sofrimento.

Conforme Tenório e Rocha (2006), há duas principais tendências sobre a psicopatologia no campo da saúde mental: de um lado a psiquiatria biológica, que designa como objeto da saúde mental e da psiquiatria a doença mental, cuja origem é a alteração cerebral e a bioquímica envolvida, em que o fármaco e algumas psicoterapias do tipo cognitivas são as principais intervenções, utilizando-se da abordagem descritiva.

De outro lado, temos a psicopatologia na atenção psicossocial, alinhada a uma aproximação entre a saúde mental e a saúde pública, fundamentando-se em um misto entre abordagens dos tipos estrutural e fenomenológica. Os diagnósticos nesta dimensão são elaborados a partir de paradigmas de cuidados ao sofrimento psíquico grave, ou seja, o sofrimento é caracterizado por um amplo projeto de intervenção para tratar a pessoa no território em que vive e para preservar os vínculos que possui (TENÓRIO; ROCHA, 2006).

A psicopatologia no campo da atenção psicossocial é “aquilo do psíquico que aparece como dissonante do normal e só por isso especifica um sujeito. Especifica um sujeito na neurose e também na psicose” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 105). Assim, no que se refere à questão da psicopatologia no campo da atenção psicossocial, considera-se relevante a reflexão sobre os diagnósticos e o cuidado.



Saiba mais

Na Revista latino-americana de Psicopatologia Fundamental, você acessa artigos sobre psicopatologia em suas várias abordagens. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1415-4714&lng=pt&nrm=iso>

1.3 Diagnósticos no contexto da Reforma Psiquiátrica

Os diagnósticos no contexto da Reforma Psiquiátrica estão, de maneira geral, caracterizados em três vertentes: descritiva, estrutural e fenomenológica. Esses tipos direcionam a interpretação profissional sobre a condição humana de loucura-sofrimento-doença-transtorno. Salientamos que o método para identificar e conhecer o sofrimento psíquico é inerente a cada abordagem. Sobre este fato, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) indica:

Os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados através de métodos clínicos que incluem uma cuidadosa anamnese colhida do indivíduo e de outros, inclusive a família; um exame clínico sistemático para definir o status mental; e os testes e investigações especializadas que sejam necessários. Registraram-se nas últimas décadas avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da fiabilidade dos diagnósticos. Graças a esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir alto grau de fiabilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais. Como um diagnóstico preciso é requisito essencial para uma intervenção apropriada no nível individual, bem como para a epidemiologia precisa e a monitorização no nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública ao campo da saúde mental. (OMS, 2001, p. 19).

Na abordagem descritiva, o método é baseado na história natural, em que o conhecimento surge da observação empírica dos fenômenos. Locke e Condillac são os principais expoentes cuja experiência origina o conhecimento humano. Na psiquiatria, Pinel inspirou-se em Condillac para construir seu método que consistia em observar e descrever, pois a natureza indicaria a mudança dos objetos em estudo. A partir dessas ideias, Pinel cunhou o *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*, o primeiro livro que disciplina a classificação das alienações mentais (AMARANTE, 2007).

Sem entrar em pormenores, daremos um salto histórico para chegarmos no momento atual da abordagem descritiva que é caracterizada pelo uso das classificações, no sentido de padronizar e ser o mais preciso possível em termos científicos.

O uso de sistemas de classificação para os transtornos mentais possibilita diagnósticos psiquiátricos padronizados, fornecendo uma base comum para o diálogo entre os profissionais de saúde das diferentes classes. Os dois sistemas atualmente em uso são - a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM)*, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1995).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, que contém até seis caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes (OMS, 1993).

A CID é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é usada globalmente para estatísticas de morbidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões automáticas de suporte em medicina. É uma classificação básica da Família Internacional de Classificações da OMS, sendo revista periodicamente. Atualmente, encontra-se em sua décima edição, conhecida como CID-10 e foi desenvolvida em 1992. Atualizações anuais (menores) e tri-anuais (maiores) são publicadas pela OMS. Esta Classificação foi aprovada pela Conferência Internacional para a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, convocada pela Organização Mundial de Saúde, realizada em Genebra no ano de 1989, tendo a CID-10 entrado em vigor apenas em Janeiro de 1993, após a necessária preparação de material de orientação e formação (OMS, 1993).



Saiba mais

Para conferir a classificação da OMS, acesse o site: <<http://www.who.int/classifications/en/>>.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), da Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association – APA*), é direcionado para profissionais da área da saúde mental e lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los. É usado ao redor do mundo por clínicos e pesquisadores, por companhias de seguro, pela indústria farmacêutica e por parlamentares e demais políticos (APA, 1995).

Atualmente em sua 4ª edição, conhecido pela designação “DSM-IV”, ainda em 2013 está para ser lançada a sua 5ª edição. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivos, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental. Desde a publicação original da DSM-IV em 1994, observaram-se

já muitos avanços no conhecimento das perturbações mentais e das doenças do foro psiquiátrico (APA, 1995). DSM-IV organiza cada diagnóstico psiquiátrico em cinco níveis (eixos), relacionando os diferentes aspectos das desordens:

Eixo I

Transtornos clínicos, incluindo principalmente transtornos mentais, bem como problemas do desenvolvimento e aprendizado.

Eixo II

Transtornos de personalidade ou invasivos, bem como retardo mental.

Eixo III

Condições médicas agudas ou desordens físicas.

Eixo IV

Fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para desordens.

Eixo V

Avaliação global das funções ou Escala de avaliação global para crianças e para jovens abaixo de 18 anos (numa escala de 0 a 100).

De acordo com estes sistemas, é possível classificar os transtornos mentais em:

CID-10	DSM-IV
<ul style="list-style-type: none">· F00-09 transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.· F10-19 transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.· F20-29 esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.· F30-39 transtornos do humor (afetivos)	<ul style="list-style-type: none">· Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência.· <i>Dellirium</i>, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos.· Transtornos mentais devido a uma condição médica geral.· Transtornos relacionados a substâncias.

CID-10	DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> · F40-48 transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. · F50-59 síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos. · F60-69 transtornos da personalidade e do comportamento do adulto. · F70-79 retardo mental. · F80-89 transtornos do desenvolvimento psicológico. · F90-98 transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e adolescência. · F99 transtorno mental não especificado. 	<ul style="list-style-type: none"> · Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. · Transtornos do humor. · Transtornos de ansiedade. · Transtornos somatoformes. · Transtornos factícios. · Transtornos dissociativos. · Transtornos sexuais e da identidade de gênero. · Transtornos alimentares. · Transtornos do sono. · Transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro local. · Transtornos de ajustamento. · Transtornos da personalidade. · Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica.

Fonte: APA (1995); OMS(1993).

Nas abordagens descritivas, o diagnóstico é elaborado a partir de sinais e sintomas que a pessoa apresenta. Por exemplo, choros imotivados, problemas no sono, dificuldade para trabalhar indicam hipótese de depressão conforme os manuais supracitados.

As implicações para o cuidado serão norteadas com base nos diagnósticos psiquiátricos, mas não somente por eles. Por exemplo: padrão de sono perturbado relacionado ao viver depressivo da pessoa – cuidado de enfermagem: administrar medicamento, prestar apoio à pessoa, utilizar estratégias sobre a higiene do sono (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Na sequência, vamos ver os detalhes das abordagens descritivas:

Abordagem estrutural

A abordagem estrutural está fundamentada na psicanálise, que é um método analítico para estudar o inconsciente dos sujeitos para que tentem elaborar seus conflitos psíquicos. E os diagnósticos estruturais, nessa perspectiva clínica, fundamentam-se na noção de **transferência**. O discurso se organiza a partir do lugar no qual o usuário coloca o terapeuta. Desse lugar é que um diagnóstico é possível, e uma clínica de neurose, psicose e perversão são possíveis (CALLIGARIS, 1989).

Transferência: construção subjetiva e manifesta feita pelo sujeito em relação ao terapeuta-cuidador. Há conteúdos conscientes e inconscientes. Divide-se em: transferência positiva – amistosa e apaixonante; transferência negativa – hostil.

A transferência é importante do ponto de vista do vínculo. Transferência Institucional – servidão mental (sujeito agravado ou inalterado). Contratransferência – é a reação do profissional à transferência do sujeito. Não há contratransferência sem a transferência do sujeito. A reação contratransferencial relaciona-se ao inconsciente, à subjetividade, aos valores e afetos do profissional (LOYOLA; CORPAS, 2006).

A psicanálise formula o diagnóstico estrutural no acolhimento do sujeito por um tempo que é variável para cada sujeito, e depois, com a escuta clínica, elabora-se um diagnóstico. Assim, a psicanálise utiliza o recurso da “hipótese diagnóstica para poder localizar a estrutura do sujeito, neurótica, psicótica ou perversa. A partir desta localização, traça-se uma linha de abordagem” (BACHA, 2008, p. 115).

A diferença entre a neurose e a psicose se dá pela relação do sujeito com o mundo externo. Freud nos mostrou que o neurótico e o psicótico no processo de constituição subjetiva deparam-se com certo afrouxamento da realidade. O que diferencia as estruturas é a saída possível em cada estrutura que, na neurose é via fantasia, na psicose é através do delírio e alucinação (BACHA, 2008, p. 122).



Palavra do profissional

É importante assinalar que estruturas clínicas não são diagnósticos psicopatológicos em seu sentido estrito, uma vez que em toda a pessoa, nessa abordagem teórica, vão se constituir através de alguma dessas modalidades, a neurose, a psicose ou a perversão.

As implicações para o cuidado envolvem acolher o sujeito e oportunizar que ele realize a associação livre, ou seja, falar sem resistências sobre o que lhe vem à mente. Lacan afirma que “secretário do alienado” é a posição que o analista deve ocupar. “Não é uma posição de contestar a certeza do alienado, mas sim de acompanhar o seu percurso, de ouvir o que o sujeito tem a nos dizer”. Na prática, o profissional de saúde exerce o trabalho de “secretário do alienado”, pois objetiva tornar a relação com o outro o menos ameaçadora possível, em que o vínculo é um modo de sustentação para o sujeito psicótico (BACHA, 2008). Essa posição do terapeuta diz respeito especificamente à clínica das psicoses. Com a neurose e a perversão, a posição do terapeuta é diferente.

O que importa para os profissionais que não são analistas – formação em psicanálise – como para a equipe de enfermagem, é que, nas pessoas com estruturas psicóticas, é importante que o cuidado de enfermagem não se torne invasivo na intervenção. É preciso compreender que os sintomas, principalmente delírios e alucinações, são o modo como o sujeito tenta se manter em contato com a realidade, um modo de estabilização, e não um transtorno que deva ser tratado/controlado a qualquer custo.

Abordagem fenomenológica

Para Câmara (2007), na abordagem fenomenológica há a consideração de que o diagnóstico psiquiátrico foi a instância científica que não apenas revolucionou a psiquiatria moderna, trazendo-a para a clínica médica, como também inovou o diagnóstico das doenças mentais, que tem sido aperfeiçoado até nossos dias. Como vimos anteriormente, o diagnóstico psiquiátrico moderno está descrito em sistemas de classificação, embasando-se em aspectos, ao mesmo tempo, descritivos e evolutivos, biológicos e epidemiológicos, psicológicos e sociais, favorecendo ainda critérios fenomenológicos para o tratamento.

A abordagem fenomenológica busca valorizar a subjetividade do ser humano em sofrimento, considera a narrativa como uma forma de manifestar a experiência do sofrimento da pessoa.

A partir da reorganização da assistência em saúde mental, as mudanças afetam também o modelo de cuidado oferecido, o qual atualmente se orienta para uma concepção integral de ser humano. Dentre a reorganização em saúde mental no Brasil, destacamos a Lei nº10.216/01 (BRASIL, 2001b), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção. Nessa nova perspectiva, o cuidado será pautado pela busca de liberdade, autonomia e emancipação do usuário diante de sua demanda.

Todavia, se levantamos o véu do individualismo, característico do nosso tempo, percebemos que essa independência absoluta do sujeito em relação à sociedade é, de certa forma, um mito de nossa cultura. Se todo ser é desde a sua origem social, o pré-requisito de nossa liberdade não pode então ser concebido como independência absoluta do mundo que nos cerca, representado pela máxima: o mundo somos nós mesmos. O pré-requisito da liberdade é a capacidade de pôr entre parênteses a representação preestabelecida do mundo, ou o conhecimento do senso comum, sem, entretanto, perder nossa histórica articulação com o mundo comum (Stanghellini, 2004).

Os novos serviços de assistência psiquiátrica têm o desafio de rever seus modos de operar, orientando-se por um paradigma de inserção social. A intervenção consiste no estabelecimento de vínculos sociais (STANGHELLINI, 2004). Assim, a psicopatologia sob a perspectiva fenomenológica concebe a pessoa como ser social e, portanto, os problemas de saúde mental não podem se desarticular desse âmbito social. Isso inclui novas estratégias no ensino da psicopatologia, como incluir a pessoa que sofre e sua experiência no plano dos ensinamentos (LEAL, JUNIOR E MUÑOZ, 2006).

Um exemplo disso são as narrativas de familiares de usuários, a partir das quais é possível compreender a experiência a respeito do adoecimento, o que possibilita a construção de intervenções mais efetivas para promoção do cuidado em saúde mental. A narrativa traz novo significado ao mundo em sua dimensão temporal. Pelas narrativas se faz possível a compreensão da humanidade histórica, pois elas são formas privilegiadas de representação de tempo, histórias ainda não narradas, ações inscritas na prática social. A vida é especificamente humana desde que possa ser representada por uma narrativa e partilhada com outros homens (Ricoeur, 1994).

Assim, as narrativas exercem para a humanidade a função de extrair os acontecimentos do fluxo contínuo do devir e muni-los de um “quem” e um “quando”. Elas acontecem de uma pessoa para outra, em que os fatos são transformados em experiências compartilháveis (Kristeva, 2002).

O agenciamento dos fatos não se dá necessariamente de forma cronológica ou sequencial na conformação de um círculo para a compreensão, mas por meio de um ordenamento lógico (Ricoeur, 1994). Desta forma, a narrativa, além de propiciar a fusão de horizontes entre narrador e leitor, apresenta-se como forma potente em revelar um modo de vida habitual, em determinado contexto sociocultural (Surjus; Campos, 2011).

Concebemos as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político.

A abordagem fenomenológica e a utilização de narrativas têm *implicações para o cuidado* no sentido de valorizar o estímulo à construção de narrativas individuais e coletivas através de grupos de poesias, diários e linhas da vida, escritas ou falas autobiográficas.

1.4 Acolhimento e diagnóstico ampliado no campo da atenção psicossocial

É no acolhimento da demanda espontânea ou agendada que o usuário é recebido por um ou mais profissionais do serviço de saúde. Nesse dispositivo, através da escuta, procura-se analisar a queixa e suas possíveis demandas, avaliar o risco e propiciar uma atenção integral, resolutiva e responsável (BRASIL, 2005). O acolhimento é também uma das estratégias que possibilitam maior aproximação com o usuário e o início do vínculo ao profissional que o realiza.

Abrimos um espaço para uma reflexão sobre a importância e a forma de acolhimento. Acompanhe o que podemos extrair como experiências:

A escuta no acolhimento direcionará o fluxo do cuidado e seu respectivo nível de complexidade. Na Atenção Básica, apontará para possíveis desdobramentos, como a necessidade de discutir e acompanhar o caso com o amparo dos profissionais de saúde mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); definir se é um caso CAPS; avaliar a necessidade de indicar uma internação em hospital geral ou CAPS III; identificar a necessidade de apoio intersetorial, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), dentre outros desdobramentos possíveis. Esta escuta orienta a

elaboração de um projeto em rede que deverá ser pactuada com os profissionais dos serviços, pois a pessoa em sofrimento e/ou transtorno mental poderá percorrer todos esses serviços.

A observação ocorre desde o momento da entrada do usuário ao serviço de saúde e articula-se dialeticamente ao acolhimento, com vistas a possibilitar o levantamento das preocupações, angústias e necessidades do usuário e acompanhante. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro pode aprofundar a investigação acerca das demandas e necessidades de cuidado requeridas pelo usuário e acompanhante, de maneira a planejar compartilhadamente o projeto terapêutico singular, que será acompanhado e avaliado junto com os demais profissionais da equipe.

Vale lembrar que é fundamental que o profissional esteja em condições de acolher o usuário em seu sofrimento e escutá-lo atentamente em suas dificuldades e singularidades. Além de paciência e respeito, o profissional necessita perceber o processo de entrevista, de maneira a estimular a fala, manifestar-se ou estabelecer limites aos usuários, assegurando o contexto da entrevista. Por exemplo, às vezes, uma entrevista bem conduzida é aquela na qual o profissional fala pouco e escuta pacientemente a pessoa em sofrimento. Outras vezes, o usuário e a situação exigem que o entrevistador seja mais ativo, participante, falando mais, fazendo perguntas, intervindo mais frequentemente. Isso varia em função da personalidade do usuário, do contexto em que a situação ocorre, dos objetivos da entrevista e da personalidade do entrevistador (DALGALARRONDO, 2008).



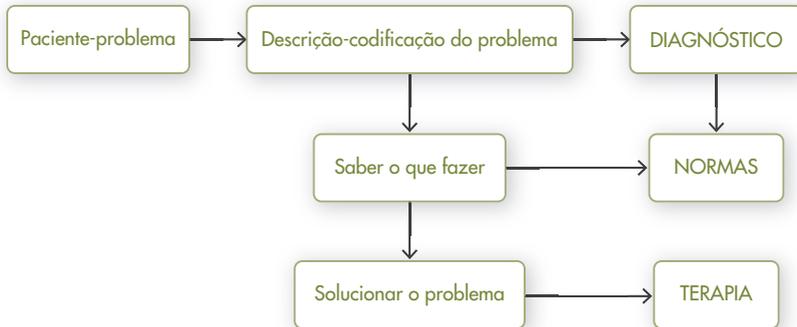
Palavra do profissional

Assim, o profissional deve usar de toda sua habilidade e competência para conduzir esse momento, permitindo ao usuário a confiança para criar o vínculo, falar de seu sofrimento, refletir sobre sua condição e saúde. Só dessa forma poderá ser possível conseguir que a pessoa sem ou com diagnóstico e seu acompanhante se comprometam com o cuidado.

Destacamos que as variáveis do ambiente onde a interação é conduzida também interferem, como, por exemplo, o local, a duração, a disposição espacial dos participantes e as condições de privacidade. O conhecimento dessas variáveis e o preparo técnico do entrevistador contribuem para que ele estimule a comunicação do entrevistado com um mínimo de interferência (ZUARDI; LOUREIRO, 1996).

Assim, entendemos que o diagnóstico permite a organização de grupos de pessoas com problemas semelhantes, mas jamais iguais. Para Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), o diagnóstico viabiliza a estratégia de intervenção e informa sobre o desenvolvimento da enfermidade, mas não por si só, conforme o quadro apresentado a seguir:

Figura 1: O papel do diagnóstico no atendimento em saúde mental.



Fonte: do autor (2013).

As pessoas (que) em sofrimento podem ser/estar desorganizadas subjetivamente, devem ser escutadas de forma aberta, permitindo que falem e se expressem de maneira mais fluente e espontânea, contando sua história.

Para Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), as variáveis extraclínicas ampliam o conceito de diagnóstico em saúde mental. Por exemplo, a resposta ao medicamento não depende somente de um diagnóstico descritivo de esquizofrenia, mas também do contexto familiar da pessoa, ou seja, a família pode oferecer mais informações sobre a intervenção do que o próprio diagnóstico. Outras variáveis são os contextos social, econômico e cultural, os quais podem informar mais do que o diagnóstico em si.

Para se estabelecer o diagnóstico, levam-se em consideração os sintomas, a relação familiar, onde e com quem mora, os amigos, renda financeira, trabalho, contribuição previdenciária, espiritualidade, ou seja, deve-se conhecer o contexto que há por trás dos sintomas. Um processo individual de cuidado deve levar em conta também o itinerário terapêutico do usuário, com os diversos espaços terapêuticos comunitários e pontos de atenção formais por onde ele circula. O cuidado produzido em rede, composta por diversos pontos de atenção, implica em um processo de acesso, acolhimento e acompanhamento transversais a toda e qualquer ação em saúde mental.

Conforme a figura 2, a seguir, estão dentre os indicadores que contribuem para a ampliação de um diagnóstico e intervenção: a) recursos individuais da pessoa; b) recursos do contexto da pessoa; c) recursos do serviço que acolhe; d) recursos do contexto da Rede de Atenção:

Figura 2: Condições para estabelecer uma intervenção em saúde mental.



Fonte: Saraceno; Asili; Tognoni (1994, p.23).

Os recursos individuais são indicadores para estabelecer estratégias de cuidado, como, por exemplo, a capacidade intelectual, o grau de informação do usuário, seu status social, a condição de solidão ou não e sua condição de gênero. Esses indicadores contribuem para se pensar em qual intervenção poderá ser mais eficaz.

Os recursos contextuais do usuário referem-se ao meio em que ele está envolvido, como a família, a relação com os vizinhos, como participa e utiliza equipamentos do bairro em que mora.

Os recursos do serviço significam de que forma o processo de trabalho está organizado para acolher e responder às demandas que chegam à instituição, o acesso ao serviço, o fluxo de atendimento, os recursos materiais, como salas, medicamentos, recursos humanos, a organização da equipe de trabalho, os modelos de gestão que operam na organização da equipe interdisciplinar.

Os recursos do contexto do serviço compreendem sua organização em rede, as pactuações e a clareza e capacidade de expressar a política de saúde mental local e global (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994).

Salientamos que pessoas com mesmos diagnósticos desenvolvem diferen-

tes evoluções e resultados, bem como pessoas que usam o mesmo medicamento para um mesmo diagnóstico apresentam resultados diferentes.

O diagnóstico auxilia na terapia farmacológica, mas não contribui para estabelecer intervenções mais complexas e articuladas, pois estamos tratando de seres humanos, históricos e complexos (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994).

No processo de estabelecimento de um diagnóstico, cuidado e intervenção são necessários, como “ocupar-se” da pessoa, de sua experiência-sofrimento, avaliar seus recursos e construir com ela e sua família um projeto de vida que seja acompanhado pela equipe e em Rede.

1.5 O cuidado na atenção psicossocial

O campo dos cuidados engloba um conjunto de dispositivos e iniciativas ligados ao agenciamento da vida naquilo que está sendo impedido ou prejudicado pela psicose ou outro tipo de sofrimento psíquico. É necessário intermediar para e com a pessoa os impasses de seu cotidiano, construir projetos de vida compartilhadamente com a Rede de Atenção Psicossocial (TENÓRIO; ROCHA, 2006).

Na prática, o cuidado na atenção psicossocial implica em construção de um processo diagnóstico, de uma responsabilidade conjunta da equipe, de acompanhamento coletivo dos casos e avaliações permanentes das ações realizadas com as pessoas sob cuidado no território.

Apresentaremos a seguir estratégias de intervenção a partir do diagnóstico baseado em Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), conforme a figura 3 a seguir:

Figura 3: Estratégias de intervenção em saúde mental.



Fonte: Saraceno; Asioli; Tognoni (1994, p.24).

A intervenção e o cuidado em saúde mental materializam-se no projeto terapêutico do usuário, que é planejado a partir de sua história e necessidade com a equipe interdisciplinar. O projeto parte de atividades que o serviço propõe, como atendimentos individuais através de consulta de enfermagem; psicoterapia; atendimento com médico; atividades em grupo; atividades de geração e renda; participação em associação de usuários, entre outros.

Todavia, é importante ter clareza de que as atividades ofertadas pelo serviço conseguem corresponder à necessidade do usuário, para pensar atividades compatíveis a cada caso. Assim, a intersetorialidade e o acompanhamento terapêutico são recursos valiosos para ampliar projetos e valorizar cada pessoa em sua singularidade.



Compartilhando

Os objetivos das intervenções devem valorizar e incluir a pessoa na prestação das informações sobre si, ainda que com um discurso fragmentado, em relação a sua família, trabalho, renda, entre outros.

Considerando que, para lidar com pessoas com problemas de saúde mental, diversos recursos precisam ser efetivados, lembramos que o diagnóstico é importante para a definição do recurso psicofarmacológico. Atualmente, está disponível na Rede uma gama de medicamentos antipsicóticos, estabilizadores de humor, antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994).

Outros recursos não farmacológicos são fundamentais e eles se relacionam a atitudes que podem ser estimuladas nos trabalhadores da área da Saúde. Dentre algumas atitudes psicoterapêuticas que favorecem o acolhimento, a demonstração de empatia e o interesse pela pessoa em sofrimento, sugerimos, baseados também em Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) e Tófoli, Pereira e Sampaio (2002):

- Uma postura de respeito e disponibilidade para uma escuta atenta, deixando a pessoa falar. Assuntar, portanto, configura-se atitude respeitosa diante do paciente e seu sofrimento.
- Com relação às próprias crenças e valores, não relativizá-los, de maneira a não utilizá-los como parâmetros para julgar, influenciar ou direcionar o processo terapêutico.
- A oferta de um ambiente tranquilo e privativo para a conversa, garantindo o sigilo da mesma.
- O estabelecimento de uma comunicação culturalmente sensível, que seja compreensível conforme o meio social, o nível de escolaridade e o nível intelectual da pessoa.
- A averiguação de como a pessoa gostaria de ser chamada, de maneira a evitar apelidos pejorativos.
- A manutenção de contato visual com a pessoa, sempre que possível.
- A observação da comunicação não verbal e a coerência ou não desta com a comunicação verbal (tanto da pessoa, quanto do próprio profissional).
- A não adoção de atitudes autoritárias e críticas.

- A evitação de aconselhamento à pessoa, dizendo o que ela deveria ou não fazer.
- O estímulo de atividades de socialização e de autonomia que favoreçam o autocuidado, as atividades de vida diária e maior contratualidade na vida da pessoa.
- A explicação dos sentimentos que os sintomas geram na pessoa.
- Caso a pessoa apresente sintomas psicóticos, tentar não confrontar as ideias delirantes tentando provar a falta de nexo de seus delírios.
- Em quadros psicóticos é importante lembrar de compreender os delírios e as alucinações da pessoa, deixando-a falar sobre os mesmos sem reforçá-los.
- A lembrança de considerar a possível relação de queixas psicológicas e alterações fisiológicas, avaliando criteriosamente a pessoa, sem menosprezar queixas somáticas sem correspondência orgânica.

1.6 A contribuição do exame do estado psíquico às síndromes psicossociais

Na clínica psiquiátrica, o exame do estado psíquico da pessoa contribui para que o enfermeiro tenha condições de identificar um conjunto de sinais e sintomas que orientarão sua prática clínica e “direcionar o raciocínio clínico para síndromes específicas” (OLIVEIRA; LIMA, 2000, p. 11).

Para Oliveira e Lima (2000, p. 11), a realização do exame do estado mental tem como pressuposto que o “funcionamento psíquico pode ser analisado em alguns aspectos mais ou menos independentes (funções mentais), embora se entenda que a mente humana é indivisível”.

A avaliação das funções psíquicas inicia-se no acolhimento e é transversal a qualquer atividade, com a observação acurada do profissional, e provém dos dados informados pela pessoa e seu acompanhante e/ou familiar. Vale lembrar que essas funções podem ou não estar alteradas no momento do acolhimento e consulta, além de também poderem variar no decorrer desse processo. Diante disso, destaca-se a importância de evitar julgamentos precipitados ou definir precipitadamente um projeto terapêutico antes de conhecer melhor a pessoa. Este processo pode requerer mais de uma consulta ou mesmo a avaliação de outros profissionais da ESF, NASF ou do Matriciamento.



Palavra do profissional

A anamnese clínica é vital em quaisquer atividades terapêuticas. Na prática, a anamnese clínica é inerente e inseparável do exame do estado psíquico, pois ambas ocorrem simultaneamente. Para fins pedagógicos, antes de continuarmos com o exame do estado psíquico, abordaremos a avaliação física da pessoa em sofrimento psíquico.

A avaliação física deve ser realizada no cuidado de qualquer pessoa, presente esta ou não um sofrimento ou transtorno mental. Cabe ressaltar que as pessoas com transtornos mentais apresentam morbidades físicas mais frequentes que a população geral, o que reforça a necessidade de uma avaliação cuidadosa. Apesar disso, muitas vezes, as doenças físicas não são adequadamente reconhecidas e tratadas nos usuários com transtornos mentais (DALGALARRONDO, 2008).

Tal situação se deve muitas vezes à ausência de uma perspectiva integral de cuidado. Além disso, as pessoas com transtornos mentais graves podem ter dificuldades em comunicar objetivamente suas queixas somáticas e, quando o fazem, algumas vezes essas não são consideradas devido ao estigma (DALGALARRONDO, 2008).

Ao contrário do que se pensa, o exame físico dessas pessoas, quando realizado adequadamente, pode ser um excelente instrumento de aproximação, principalmente em usuários muito “reservados”, inseguros, e mesmo em pessoas com transtornos psicóticos. Ser examinado respeitosamente pode transmitir segurança e afeto a muitos usuários. Além disso, o encaminhamento para outros profissionais e/ou para exames laboratoriais e de imagem também é importante na detecção de alterações clínicas (DALGALARRONDO, 2008).

Desse modo, ao avaliar pessoas com transtorno mental, é preciso lembrar-se da importância do cuidado integral, que poderá contribuir na prevenção e tratamento de doenças físicas (DALGALARRONDO, 2008). Nessa perspectiva, algumas necessidades humanas básicas relacionadas aos aspectos fisiológicos nos auxiliam também na detecção de possíveis transtornos mentais, tais como alterações do sono, apetite e sexualidade. Diante do exposto, destacamos a importância da avaliação desses aspectos com mais detalhes no momento da entrevista e do exame físico.

Algumas queixas físicas relevantes dizem respeito ao sono, ao apetite e à sexualidade, conforme Dalgallarrondo (2008):

- Sono

Número de horas/dia.

Satisfação, sono diurno, insônia (demora a ser iniciado, sono intercalado, período curto de sono).

- Hipersonia

Sonambulismo, entre outros.

- Appetite/dieta

Avaliar alimentação quantitativa e qualitativamente.

Avaliar aumento ou diminuição de peso.

- Sexualidade

Diminuição ou aumento do desejo sexual.

Incapacidade de experimentar o prazer.

Ejaculação precoce ou retardada.

Necessidade de obter informações sobre o assunto, sexo seguro, planejamento familiar.

No momento do acolhimento é importante também observar o modo como a pessoa se apresenta, que consiste na descrição da impressão geral advinda da aparência física, da atitude e conduta do usuário na interação com o entrevistador. A descrição permite formar uma imagem sobre o usuário, de forma a reconhecê-lo, englobando cuidado pessoal, higiene, trajes, postura, mímica, atitude global do usuário e colaboração com o entrevistador/profissional de saúde mental.

Retomando o exame do estado psíquico, vamos falar sobre as características a serem observadas durante esse exame.

As funções mentais são processos que se originam da necessidade de o indivíduo adaptar-se e controlar as exigências instintivas perante os obstáculos impostos pelo mundo exterior (ABUCHAIN, s/d).

De acordo com Oliveira e Lima (2000) são consideradas dez funções mentais: consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afetividade, pensamento, conduta e linguagem.

Em termos mnêmicos utilizamos: C-A-S-O-M-I-A-P-C-L

Com o objetivo de facilitar a descrição, no quadro 1 apresentamos as funções mentais e suas principais características, que são importantes para que seja realizado o exame do estado psíquico, em que, segundo Dalgalarondo (2008), deve ser observado:

Quadro 1: Funções psíquicas.

<p>CONSCIÊNCIA</p>	<p>Consciência: É o estado de lucidez em que a pessoa se encontra. Inclui o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento e a capacidade de responder a estímulos.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Vigilância: estado de estar desperto, acordado, vígil, lúcido. · Obnubilação: alteração na capacidade de pensar com clareza e com a rapidez costumeira; de perceber, de recordar e responder aos estímulos habituais. · Estupor: inibição motora que se manifesta por imobilidade do corpo e da face, com mutismo mais ou menos acentuado. · Coma: abolição completa da consciência, não pode ser acordado.
<p>ATENÇÃO</p>	<p>Atenção: Capacidade para centrar-se em uma atividade. O seu exame envolve observar: a vigilância, a tenacidade e a concentração.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Vigilância: compreende a manutenção de um foco de atenção para estímulos externos. Pode estar aumentada (hipervigilante) ou diminuída (hipovigilante). · Tenacidade: capacidade de manter-se em uma tarefa específica. · Concentração: capacidade de manter a atenção voluntária, em processos internos de pensamento ou em alguma atividade mental.
<p>SENSOPERCEPÇÃO</p>	<p>Sensopercepção: É a capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos cinco sentidos. Quando alterada, pode manifestar-se através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ilusões: ocorrem quando os estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente. Ex.: confundir a imagem de uma pessoa com outra. · Alucinações: ocorrem quando há percepção sensorial na ausência de estímulo externo (percepção sem objeto). Ex.: ouvir vozes sem que haja estímulo auditivo. Obs.: Estar atento a sinais sugestivos de alucinações, mesmo quando o usuário as nega. · Despersonalização: alteração na percepção de si próprio, manifestada por sentimentos de estranheza ou irrealidade. · Desrealização: alteração na percepção do meio ambiente.

<p>ORIENTAÇÃO</p>	<p>Orientação: Avalie</p> <ul style="list-style-type: none"> · Orientação autopsíquica, em relação à pessoa: Pergunte a respeito de seus dados pessoais e investigue se reconhece familiares e as pessoas com as quais está em contato. · Orientação alopsíquica: orientação quanto a tempo e espaço.
<p>MEMÓRIA</p>	<p>Memória: Capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas, experiências ou estímulos sensoriais. Sua análise engloba a avaliação das memórias: imediata, recente e remota.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Memória imediata: capacidade de reter a informação imediatamente após ser percebida. Confundida com a atenção. Pode ser verificada pela repetição de palavras ou números enunciados pelo entrevistador. · Memória recente: capacidade de reter a informação por um período curto de tempo. Engloba as últimas horas e dias. Verificada através da indagação de fatos recentes da vida do usuário que possam ser objetivamente comprovados. · Memória remota: capacidade de evocação de informações e acontecimentos ocorridos no passado, após meses ou anos do evento.
<p>INTELIGÊNCIA</p>	<p>Capacidade intelectual: Conjunto de habilidades cognitivas resultante dos diferentes processos intelectivos. Inclui raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência. Para avaliação, utiliza-se de comparação com a média esperada para o grupo sociocultural e para a faixa etária do indivíduo. Avalie:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Raciocínio lógico. · Capacidade de fazer contas. · Dificuldades em estudar. · Capacidade de abstração: capacidade de formular conceitos e ideias, compará-los, relacioná-los. Observe se o usuário recorre a analogias e metáforas. (pode ser avaliada a compreensão de provérbios). · Capacidade de generalização: perguntar sobre grupos de coisas, animais.
<p>AFETO</p>	<p>Humor: É o estado emocional de longa duração, interno, que não depende de estímulos externos e que o usuário percebe em si mesmo. É a tonalidade de sentimento predominante. Pode influenciar a percepção de si e do mundo ao seu redor.</p> <p>Afeto: É a experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas em relação à situação. Percebida pelo entrevistador. Inclui a manifestação externa da resposta emocional do usuário a eventos da vida. Avalia-se o afeto pela expressão facial, gestos, tonalidade afetiva da voz, conteúdo do discurso e psicomotricidade, choro fácil, risos imotivados, entre outros.</p>

<p>AFETO</p>	<p>Avalie:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Qualidade do afeto: culpa, alegria, vergonha, afeto depressivo, entre outros. · Modulação do afeto: é a variação do afeto e pode adequar-se ou não à situação existencial. · Exemplos: normomodulação, hipermodulação, hipomodulação, embotamento e rigidez. · Tonalidade afetiva (quantidade e carga afetiva): hipotimia (sintomas depressivos), hipertimia (euforia), disforia (tonalidade afetiva desagradável, mal-humorada), entre outros. · Equivalentes orgânicos: devem ser avaliadas as alterações do apetite, peso, sono e libido (inclui a sexual).
<p>PENSAMENTO</p>	<p>Pensamento: Conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar. O pensamento é avaliado, por meio da linguagem, nos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Forma: relação e nexos das ideias entre si. Avalie: <ul style="list-style-type: none"> · Coerência: construção das frases em relação à sintaxe. · Logicidade: pensamento fundado na realidade. · Circunstancialidade: alteração na qual há expressão do pensamento por meio de detalhes irrelevantes e redundantes, porém o usuário consegue chegar ao objetivo. · Tangencialidade: o objetivo nunca é alcançado, ou não é claramente definido, embora o usuário fique sempre próximo ao que seria sua meta. · Fuga de ideias: associações tênues ou livres. · Fluxo: velocidade com que as ideias passam pelo pensamento (acelerado, lentificado, adequado, ou bloqueado). · Conteúdo: Neste item, investigam-se os conceitos emitidos pelo usuário e sua relação com a realidade. Avalie: <ul style="list-style-type: none"> · Conteúdo predominante: <ul style="list-style-type: none"> · Preocupações · Obsessões · Ideação suicida ou homicida · Presença de delírios (falsa crença, não compartilhada por membros do grupo sociocultural). Nesses casos, deve ser elucidado o conteúdo do delírio.

<p style="text-align: center;">CONDUTA</p>	<p>Psicomotricidade: Integração das funções motrizes e mentais sob o efeito da educação e do desenvolvimento do sistema nervoso. Avalie:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Velocidade e intensidade da mobilidade geral na marcha, quando sentado e na gesticulação. · Agitação ou retardo. · Acatisia: inquietação intensa, movimentos nos pés tipo de “amassar barro”. · Maneirismos: movimentos involuntários estereotipados, caracterizados por serem bizarros e repetitivos. · Tiques: movimentos involuntários e espasmódicos, atos coordenados, repetitivos, resultante de contrações súbitas, breves e intermitentes. · Apraxia: impossibilidade de realizar atos intencionais, gestos complexos, voluntários.
<p style="text-align: center;">LINGUAGEM</p>	<p>Linguagem: É o modo de se comunicar. Envolve linguagem verbal, gestos, olhar, expressão facial e escrita. A linguagem falada é o principal ponto de observação.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Quantidade: pode demonstrar um indivíduo em mutismo, monossilábico, prolixo, não espontâneo, entre outros. · Velocidade: pode ser rápida, lenta, hesitante, o indivíduo pode demonstrar latência para iniciar respostas. · Qualidade: conteúdo do discurso (pobre, elaborado), alterações na articulação das palavras, neologismo (criação de novas palavras), ecolalia (repetição da última ou das últimas palavras dirigidas ao usuário). · Volume: alto ou baixo.

Fonte: Dalgarrondo (2008).

A partir de Dalgarrondo (2008) e Stefanelli et al. (2008), podemos resumir as funções psíquicas e suas alterações em:

a) Consciência:

Estados: vígil – desperto – obnubilado – torporoso – de coma.

b) Atenção:

Normotenedacidade – hipotenedacidade – hipervigilância.

c) Sensopercepção:

Normalidade – ilusão - pseudoalucinação – alucinação.

d) Orientação

TIPO	ORIENTADO	PARCIALMENTE	DESORIENTADO
alopsíquica	X	X	X
autopsíquica	X	X	X
temporal	X	X	X
espacial	X	X	X

Fonte: do autor (2013).

e) Memória:

Fixação: inalterada – alterada

Evocação: inalterada – alterada – hipermnésia - hipomnésia

f) Inteligência:

Compatível ao grau de instrução - incompatível ao grau de instrução - retardo mental.

g) Afeto:

Depressivo – eufórico – irritado – exaltado – pueril – ansioso – apático – angustiado – lábil - Ambivalente – maníaco.

h) Pensamento:

Alteração de forma: prolixo, desagregante, bloqueado, tendencioso para uso de neologismos, para desejos de furto, roubar.

Alteração do curso: taquipsíquico - fuga de ideias –, bradipsíquico.

Alteração de conteúdo: delírio.

i) Linguagens:

Normal, bradifásica, mutista, logorreica, perseverante, neolística, solilóquia.



Saiba mais

Para aprofundar o conhecimento sobre a realização do exame do estado mental, consultar esta indicação: CORDIOLI, A. V; ZIMMERMANN, H. H; KESSLER, F. *Rotina de avaliação do estado mental*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>>

O exame psíquico pode contribuir para organizar o raciocínio diagnóstico quando uma pessoa em sofrimento procura uma Unidade de Saúde ou um CAPS. Embora o sofrimento não possa ser reduzido aos sintomas e sinais que a pessoa apresenta, a utilização destes últimos é operacional para nortear o processo de diagnóstico. Os sintomas representam o que a pessoa sente e refere subjetivamente, enquanto os sinais são objetivos, relacionados ao que é perceptível pelo observador. Um agrupamento estável de sinais e sintomas com certa correlação e regularidade e que pode ter diversas causas denomina-se síndrome (DALGALARRONDO, 2008).

Segundo a teoria das síndromes, para tentar caracterizar um determinado quadro sindrômico é importante identificar os sintomas nucleares, cujos curso e intensidade são mais marcantes do que aqueles sintomas periféricos ou secundários (DALGALARRONDO, 2008). Por exemplo, nas síndromes afetivas, podemos encontrar como sintomas nucleares a tristeza e a perda de prazer na vida, e como sintomas periféricos a insônia, a ansiedade e a diminuição da libido. Nesse caso, o diagnóstico tenderia a um quadro atual depressivo.

Para Jaspers (1973), a definição das síndromes psicopatológicas segue duas perspectivas fundamentais: os transfundos das vivências psicopatológicas e os sintomas emergentes. Os transfundos representam o contexto mais geral no qual emergem os sintomas, enquanto os sintomas emergentes seriam os sintomas específicos vivenciados. Os transfundos podem caracterizar-se como mutáveis ou estáveis.

Os transfundos mutáveis seriam aqueles mais momentâneos e variáveis, atuando na determinação da qualidade e do sentido do conjunto das vivências psicopatológicas. Entre as funções psíquicas mais relacionadas aos transfundos mutáveis, podemos citar o nível de consciência, o humor e os estados afetivos. Já os transfundos estáveis são aqueles com maior permanência, que influenciam as vivências psicopatológicas de forma mais geral. A inteligência e a personalidade seriam exemplos deste tipo de transfundo.

Outros aspectos relevantes que devem ser observados para associar sintomas a quadros sindrômicos são o curso e a intensidade dos sintomas. No curso é importante verificar como se deu a instalação do quadro, se foi aguda ou insidiosa. Também é importante identificar o tempo de permanência e de desaparecimento dos sintomas: se o quadro tende a durar por longo tempo; se é episódico, com remissões e recorrências; ou se melhora em curto tempo (SÁ JÚNIOR, 2000).

Os sintomas com cursos de longa duração geralmente estão associados a dimensões processuais ou do desenvolvimento (JASPERS, 1973). A dimensão processual está relacionada a quadros psicopatológicos onde ocorrem

transformações lentas e insidiosas da personalidade cujas causas estão associadas a uma conjunção de variáveis, nem todas possíveis de identificar. Como exemplo de problemas nas dimensões processuais, poderíamos citar os transtornos de personalidade.

A dimensão relacionada ao desenvolvimento refere-se a uma noção evolutiva da configuração da personalidade, onde se convencionam os parâmetros do que seria esperado do funcionamento mental para as diferentes faixas etárias e ciclos de vida. A partir desses parâmetros é realizada a comparação do quadro apresentado por uma pessoa para definir se ela apresentaria algum problema ou não. Essa perspectiva evolutiva é bastante utilizada na abordagem dos problemas de saúde mental da infância e adolescência. Para exemplificar a dimensão relacionada ao desenvolvimento, poderíamos citar o retardo mental e o autismo.

Na intensidade dos sintomas, observa-se a profundidade e a gravidade das manifestações clínicas, as quais costumam relacionar-se ao número de sintomas existentes, à noção que a pessoa tem sobre a existência ou não dos sintomas, e com as situações nas quais a pessoa se expõe ou expõe os outros (SÁ JÚNIOR, 2000).

A seguir, enfocaremos mais detalhadamente algumas características e recomendações na abordagem das síndromes mais comuns no cotidiano dos serviços de saúde mental.



Saiba mais

Nesta obra, você encontrará informações relevantes quanto às abordagens iniciais de acolhimento: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha Guia - Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza (Org.). Belo Horizonte, 2006. 238p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/publicacoes/linha-guia-e-manuais/page/564-linhas-guia-sesmg>>

1.7 Principais síndromes na prática clínica

O quadro abaixo apresenta uma classificação sindrômica mais geral que se baseia na correlação de determinados achados psicopatológicos da anamnese e do exame psíquico. As subdivisões dessas síndromes compõem o que se designa como transtornos ou perturbações mentais e comportamentais nas classificações psiquiátricas. E esses já foram listados anteriormente nesta unidade. Muitos desses transtornos costumam modificar-se, com inclusões ou exclusões de critérios diagnósticos ou do próprio transtorno a cada revisão dessas classificações segundo Dalgalarondo (2008):

Quadro 5: Classificação de transtornos

SÍNDROMES	TIPOS
Síndromes psicóticas	Esquizofrenias Outros transtornos psicóticos
Síndromes afetivas	Transtornos depressivos Mania Transtorno bipolar
Síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes	Transtornos ansiosos Fobias Somatizações Hipocondria Transtorno obsessivo-compulsivo Transtornos conversivos Outros transtornos
Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas	Uso abusivo Dependência Abstinência
Síndromes mentais e orgânicas	Delirium Demência Outros transtornos

Fonte: Dalgalarondo (2008).

Síndromes psicóticas

Nas síndromes psicóticas são comuns as alterações de pensamento - um pensamento desorganizado do juízo crítico - com a presença de delírios e alterações da sensopercepção, sendo frequentes as alucinações. O comportamento pode parecer bizarro (DALGALARONDO, 2008, p. 201). É nas síndromes psicóticas que se observa um quadro de ruptura mais intensa com a realidade, pois a pessoa em estado psicótico constrói um mundo

simbólico paralelo à realidade normativa sociocultural convencional; logo, ela estaria “fora da realidade”.

No campo da psiquiatria e no estudo dos transtornos mentais, a principal forma de expressão da psicose é a esquizofrenia.

A pessoa que está em estado psicótico pode escutar vozes, ter crenças e medos estranhos, confusão mental, estar apreensiva, sendo comum o rompimento dos laços sociais. A família não consegue explicar essa mudança brusca de comportamento. As recomendações se referem a promover a segurança da pessoa por aqueles que a cuidam. O apoio da família e amigos é vital, e esses devem estar atentos às necessidades humanas básicas, como alimentação, hidratação, e devem zelar para não machucar a pessoa através das várias formas de violência. Também é indicado minimizar estímulos estressantes e buscar compreender o que a pessoa pensa e fala, embora ela possa expressar coisas aparentemente sem sentido (OMS, 1998). Os medicamentos utilizados serão discutidos na unidade 2 do módulo IX.

Síndromes afetivas

As síndromes afetivas estão associadas a alterações do humor das pessoas e se distribuem, de maneira geral, em depressão e euforia. Dentre os sintomas afetivos, temos: tristeza, melancolia, choro involuntário, apatia, sentimento de tédio, irritação, angústia, ansiedade, desespero e desesperança. Nas síndromes depressivas são frequentes as queixas de perdas significativas de um ente próximo, perda de trabalho, moradia, padrão econômico (DALGALARRONDO, 2008). É comum também as pessoas relatarem sintomas de tristeza e não saber identificar o que motiva essa sensação.

Os cursos dos sintomas ao longo da história do sujeito são especialmente importantes nas síndromes afetivas, pois intercalar sintomas maníacos e depressivos pode sugerir um quadro de transtorno bipolar. Essa alteração e a evolução dos sintomas ao longo do tempo lembra que o diagnóstico em saúde mental é sempre transitório e pode modificar-se conforme as mudanças observadas na pessoa.

Em termos de critérios diagnósticos das síndromes afetivas, distinguem-se a depressão, a mania e o transtorno afetivo bipolar.

Depressão

A pessoa que solicita ou que necessita de intervenção da equipe profissional geralmente apresenta sintomas físicos como fadiga, dor e perda de interesse naquilo que antes tinha sentido de vida. A irritabilidade é uma das principais queixas, e os prazeres cotidianos estão ausentes.

Os aspectos diagnósticos de acordo com OMS (1998, p. 34) são: sono perturbado, alteração do apetite, culpa ou perda da autoconfiança, pensamento ou atos suicidas, libido diminuída, dificuldade de concentração e dificuldades nos movimentos e na fala.

Transtorno bipolar

As pessoas alternam períodos depressivos e/ou de mania ou excitação a períodos de humor normal. Na mania, observam-se: energia e atividade aumentadas; humor elevado ou irritabilidade; fala rápida; perda de inibições; sono diminuído; sentimento de demasiada autoimportância; distração fácil, gastos aumentados, dentre outros sintomas e sinais. Entretanto, nos períodos depressivos, o humor fica deprimido e há perdas de interesse e prazer. Os sintomas de mania podem estar também associados aos de depressão (OMS, 1998).

Dentre as recomendações às pessoas e famílias, constam: dialogar sobre o que está acontecendo e avaliar riscos de suicídio envolvidos no contexto; as alterações do humor ainda não são explicáveis na perspectiva de causas, pois elas são multidimensionais, mas existe tratamento efetivo. Nos casos de depressão, sugere-se: descobrir, planejar e estimular atividades que possam minimamente gerar prazer e sentido de vida; refletir sobre a autoconfiança; identificar possíveis origens para o sofrimento vivenciado e as principais fontes de estresse; explicar à família que a pessoa precisa de apoio (OMS, 1998).

Nos casos de mania, recomenda-se: evitar confrontação; dialogar sobre os comportamentos impulsivos; solicitar à família que observe e acolha a pessoa, e se a agitação ou comportamento disruptivo forem graves, a possibilidade de internação em CAPS III ou hospital geral deve ser refletida entre todos os envolvidos.

É recomendada a consulta com o especialista quando há risco significativo de suicídio ou ameaça para outras pessoas, sintomas psicóticos e persistência do quadro depressivo ou maníaco apesar das intervenções realizadas (OMS, 1998).

Síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes

Segundo Dalgalarro (2008), o conceito de neurose está relacionado com a angústia originária dos conflitos existenciais e complexos das relações da condição humana. Para Minerbo (2009, p. 26) a neurose diz respeito a uma forma de subjetividade constituída pelo e no simbólico, ou seja, “é constituída por uma matriz simbólica relativamente fixa a partir da qual o sujeito lê o mundo e reage a essa leitura”.

Nas síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes uma característica bastante comum é o sintoma de ansiedade patológica, e, no caso das fobias, o medo. Entretanto, a ansiedade também é sintoma frequente em diversas outras síndromes.



Palavra do profissional

É importante distinguir a ansiedade do medo. O medo é uma emoção relacionada a ameaças iminentes ou imediatas geralmente identificáveis, que desencadeiam uma série de reações físicas e psíquicas para preparar a pessoa para a defesa ou a fuga de uma situação considerada ameaçadora. A ansiedade gera reações físicas e psíquicas semelhantes, mas a situação de ameaça não é clara.

Certo nível de ansiedade pode ser considerado normal, pois estimula a iniciativa e não atrapalha o cotidiano da pessoa. Quando o nível de ansiedade aumenta, pode atrapalhar o seu cotidiano e o relacionamento com outras pessoas; aí, a ansiedade pode ser patológica. As classificações diagnósticas utilizam critérios ligados à intensidade, frequência e duração dos sintomas para estabelecer pontos de corte entre a ansiedade normal e a patológica.

A ansiedade se caracteriza por:

- a) sintomas físicos: dor de cabeça, tremores, tensão muscular, movimentos inquietos;
- b) hiperatividade autonômica: sudorese, taquicardia, taquipneia, desconforto epigástrico, tonturas, boca seca;
- c) sintomas psíquicos: apreensão, preocupações sobre desgraças futuras, dificuldade de concentração, sensação de estar no limite.

No grupo das síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes, a pessoa pode apresentar também quadros caracterizados por medo de multidão, dificuldade para sair de casa, pensamentos obsessivos, entre outros (OMS, 1998). As somatizações, ou seja, queixas somáticas sem evidências de afecção física, como dores de cabeça, dores abdominais, sensações gastrintestinais, sensações cutâneas, queixas sexuais ou menstruais e outras, também se enquadram neste espectro síndrômico.

A somatização é “um processo pelo qual a pessoa utiliza consciente e inconscientemente seu corpo ou sintomas corporais para fins psicológicos ou para obter ganhos pessoais” (DALGALARRONDO, 2008, p. 199). O processo de somatização é uma forma de expressão de sofrimento quando a pessoa não consegue manifestar os sentimentos e emoções (DALGALARRONDO, 2008).

As recomendações gerais para as síndromes deste grupo englobam: métodos de relaxamento; identificação de medos ou de possíveis causas explicativas pela pessoa; dialogar sobre o que acontece e em quais situações os sintomas aparecem; identificar fatores de estresse; dialogar sobre o estilo de vida; buscar compreender a história de vida da pessoa; e negociar a construção de um projeto terapêutico singular (OMS, 1998).

No caso de haver sintomas de somatização, sugere-se: reconhecer que os sintomas físicos são reais; demonstrar interesse em ajudar a pessoa e interessar-se em saber o que pode estar acontecendo sem reforçar os sintomas; averiguar junto à pessoa sobre o que ela acha que está causando essa situação (OMS, 1998).

Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas

O uso e abuso de substâncias psicoativas (SPAs) caracterizam-se pela forma singular da relação entre os seres humanos com as próprias substâncias ao longo da história. As SPAs são substâncias químicas que, quando ingeridas, alteram as funções do sistema nervoso central e produzem reações físicas e psíquicas. Entre as SPAs, estão: o álcool, o crack, a cocaína, a maconha, a nicotina, a heroína, entre outros.

Um estudo aprofundado sobre a clínica das substâncias psicoativas encontra-se na unidade II deste módulo.

As principais queixas da pessoa que vivencia o uso abusivo de SPAs são: alterações no humor (deprimido ou eufórico); nervosismo; ficar insone; complicações físicas (gastrite, doença hepática e outras); problemas conjugais e familiares; faltas ao trabalho; situações de risco (acidentes de trânsito, entre outros). É frequentemente possível que pessoas com problemas relacionados ao abuso ou dependência de SPAs neguem o próprio uso ou as dificuldades decorrentes desse uso (OMS, 1998).

As recomendações envolvem acolhimento e utilização de estratégias de redução de danos. Deve-se evitar indicar a parada no uso da substância (abstinência) como imposição para o tratamento. A abstinência até pode ser uma meta, desde que seja a opção da pessoa em tratamento. O tratamento inclui também a elaboração de estratégias para minimizar o sofrimento, a identificação de fatores estressantes, o envolvimento de familiares e pessoas de apoio, entre outros aspectos (OMS, 1998).

Síndromes mentais e orgânicas

As síndromes demenciais e confusionais agudas, como as demências e o delirium formam o quadro das síndromes cuja etiologia é orgânica. Nessas, encontram-se alteradas especialmente as funções cognitivas, como consciência, orientação, memória e atenção (DALGALARRONDO, 2008).

No *delirium* ou síndrome confusional aguda há instalação aguda de sintomas caracterizados por quadro de agitação e confusão psíquica. Observam-se: déficit de memória, instabilidade emocional, perda de orientação, alucinações visuais ou auditivas, sensação de desconfiança e sono perturbado, entre outros (OMS, 1998).

Dentre as recomendações básicas, estão: avaliação de risco de auto e/ou heteroagressão e orientações à família para contribuir com a redução da confusão psíquica. Caso haja necessidade de internação, o assunto deve ser discutido com os envolvidos (OMS, 1998).

Nas síndromes demenciais, observa-se perda de múltiplas habilidades cognitivas e funcionais, dentre as quais destacamos: memória, linguagem, alteração de personalidade e consciência, entre outros (DALGALARRONDO, 2008).

As pessoas apresentam lapsos de memória, esquecimento e podem sentir-se deprimidas. Pode haver alteração do comportamento e higiene pessoal deficitária. Os aspectos diagnósticos envolvem déficit de memória recente, alteração no pensamento, orientação e linguagem. Pode observar-se declínio no funcionamento cotidiano, como vestir-se, banhar-se, alimentar-se. Podem surgir certa apatia ou irritabilidade, choros, entre outros (OMS, 1998).

Dentre as recomendações, estão: o monitoramento da capacidade de desempenho das tarefas domésticas com segurança; a utilização de estratégias que auxiliam na preservação da memória; evitar inserir a pessoa em espaços não familiares; e reduzir estressores psicossociais. Os grupos de ajuda mútua que favorecem a troca de experiências fortalecem as pessoas envolvidas (OMS, 1998).

1.8 Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem objetiva conhecer o usuário e seu acompanhante juntamente com suas demandas de cuidado para a formulação do diagnóstico de enfermagem a fim de poder pensar e propor um projeto terapêutico singular que será discutido e ampliado com os demais membros da equipe. No estabelecimento de um processo de diagnóstico, de cuidado e intervenção, é necessário “ocupar-se” da pessoa, de sua experiência-sofrimento, avaliar seus recursos e construir com ela e a família um projeto de vida que seja acompanhado pela equipe e em Rede.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, trata-se de uma importante ferramenta para fortalecer o vínculo usuário/enfermeiro/família no processo de cuidar (COFEN, 2009). Além disso, a consulta de enfermagem é um momento em que o enfermeiro pode exercer uma perspectiva de clínica ampliada e consolidar sua assistência segundo os princípios do SUS.



Palavra do profissional

Considerando-se que a consulta de enfermagem está baseada em método científico, é importante lembrar que ela precisa conter todas as etapas, ou seja, entrevista, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação da assistência e evolução de enfermagem.

No momento da consulta, o enfermeiro resgata as informações coletadas no acolhimento, o que foi observado e, de forma especial, procura captar do usuário quais são as suas percepções acerca do sofrimento psíquico e como ele lida com isso. Para tanto, a consulta é um meio para conhecer a situação de vida do usuário. Pode-se obter informações valiosas para o conhecimento da dinâmica afetiva do usuário, dos seus relacionamentos para pensar e propor o projeto terapêutico singular (DALGALARRONDO, 2008; BRASIL, 2008).

A técnica e a habilidade em realizar entrevistas são atributos fundamentais e insubstituíveis do profissional de saúde em geral e especialmente de saúde mental. Tal habilidade é em parte aprendida e, em outra, intuitiva, dependendo da personalidade do profissional, de sua sensibilidade nas relações pessoais (DALGALARRONDO, 2008).

Vale reforçar que, na consulta em saúde mental, é mais importante es-

cutar do que perguntar. Assim, sempre que o usuário deixar questões em aberto é necessário solicitar que ele avance em sua narrativa, o que pode ser feito através das seguintes provocações: “fale mais sobre isso”; “como assim... o que você quer dizer quando fala dessa forma (repete o que foi dito pelo usuário)”. Além do usuário, o seu acompanhante também deve ser entrevistado com vistas a ampliar a gama de informações acerca da situação de sofrimento experienciada pelo usuário e sua família.

Na consulta, a entrevista visa também a chegar no diagnóstico de enfermagem, sem esquecer que esse é também uma responsabilidade conjunta da equipe, e que o acompanhamento coletivo dos casos e avaliações permanentes das pessoas que estão sob seus cuidados é de responsabilidade de todos. Tendo-se clareza do diagnóstico é possível pensar as estratégias de intervenção e o projeto terapêutico singular para cada pessoa em situação de sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental.

1.9 Resumo

Nesta unidade, apresentamos a reflexão e perspectivas para identificar a clínica das psicopatologias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Abordamos métodos, desde a recepção, acolhimento, até formas de acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental. Reforçamos que o diagnóstico psiquiátrico e em saúde mental no contexto da atenção psicossocial é tão importante quanto auxiliar no planejamento das intervenções. Salientamos as três principais concepções de psicopatologia no processo de reforma psiquiátrica, qual sejam: descritiva, estrutural e fenomenológica. Abordamos as principais síndromes psicossociais mais recorrentes da prática, as formas de intervenção e os cuidados necessários em saúde mental e enfermagem.

1.10 Fechamento

Nesta unidade, refletimos sobre as diferentes perspectivas para identificar a clínica das psicopatologias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Conhecemos também as síndromes mais recorrentes e suas características. Na próxima unidade, será abordada a Clínica da Atenção Psicossocial relacionada ao *crack*, álcool e outras drogas.

1.11 Recomendação de leitura complementar

GONCALVES, J. R. L.; FERREIRA, L. A.; FERREIRA, P. C. As interfaces das linhas de cuidados e a saúde mental. In: SANTOS, A.; CUBAS, M. R. (Org.).

Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 235-260.

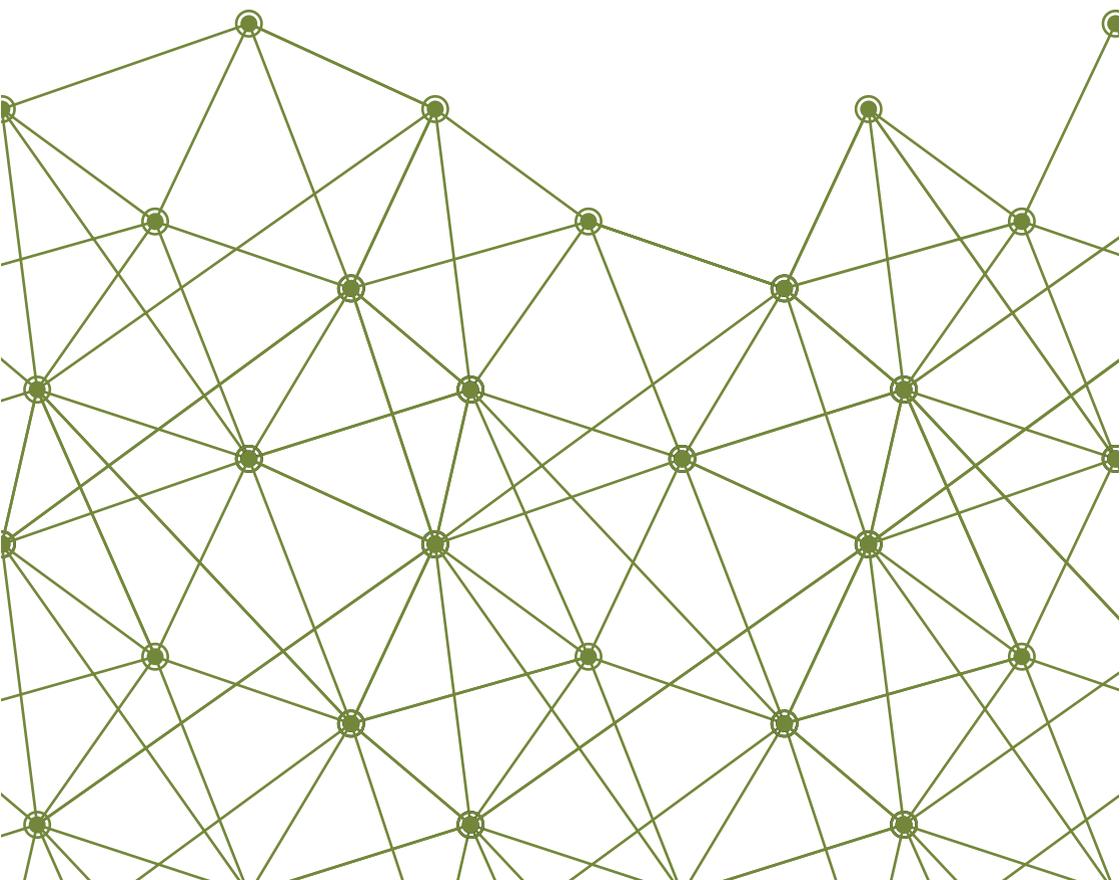
MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002. v. 1. 272p .

ROCHA, R. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 192p.

SILVA FILHO, J. F. (Org.). **Psicopatologia hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

VASCONCELOS, E. M. et al. (Org.). **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: EncantArte Editora, 2005. 246p.

UNIDADE 2



Unidade 2 – A clínica da atenção psicossocial relacionada às pessoas com problemas decorrentes do consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs)

Ao final desta unidade, o aluno será capaz de problematizar o uso/abuso de Substâncias Psicoativas (SPAs) e as formas de abordagem no contexto atual para subsidiar a prática de cuidado.

2.1 Introdução

O termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas que alteram o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, são chamadas de drogas psicotrópicas.

No linguajar cotidiano, o termo “droga” não explicita de que exatamente estamos falando, a que estamos nos referindo. Essa é a forma como as pessoas, de um modo geral, se expressam quando tratam de uma série de assuntos inter-relacionados e multidimensionais, inclusive relacionados ao uso e abuso (uso prejudicial) de substâncias lícitas e ilícitas que produzem modificações do estado mental.

A palavra “droga” apresenta uma dimensão que pode ser interpretada pejorativamente para o senso comum. Por isso, neste texto, passaremos a utilizar a nomenclatura Substância Psicoativa (SPA) por considerá-la mais apropriada por referir-se às substâncias, lícitas e ilícitas, que produzem estados alterados de consciência.

2.2 Histórico do uso e da legislação sobre substâncias psicoativas

A presença das drogas no cotidiano das populações tem sido uma constante. Lewin, citado por Escotado (1998), afirma que, com exceção dos alimentos, não há sobre a Terra substâncias que tenham estado tão intimamente associadas à vida dos povos, em todos os países e em todos os tempos.

As pessoas utilizaram substâncias de vários tipos para buscar outros estados de consciência, diferentes do considerado normal, geralmente relacionados com atividades religiosas ou expressão artística (AGRA, 2013).

Na Grécia clássica, o vinho tomava uma dimensão de bebida divina no Festival de Dionísios, deus do vinho. Os romanos celebravam Dionísios sob o nome de Baco nas bacanais, onde o vinho era consumido prodigamente. Em todos os períodos da história ocidental, o vinho e outras bebidas alcoólicas serviram para celebrar os momentos de alegria, conagração e as grandes festas culturais e religiosas.

Entre os povos das Américas, a presença de SPAs também ocorre na realização de diversos ritos, festas e celebrações. Em várias regiões do Brasil, rituais de cunho religioso, conhecidos pelos nomes de *Ayahuasca*, Santo Daimé e União do Vegetal, utilizam um composto extraído do cipó *Banisteriopsis caapi* (*jagude*), e da folha *Psychotriavidis* (*chacrona*, rainha, entre outros) que têm propriedades alucinógenas. Nos dias atuais, o uso se expandiu para os principais centros brasileiros e mesmo para cidades da América do Norte, Europa, entre outros (GOMES, 2011).

O uso de SPAs atualmente proibidas, como a cocaína, foi amplo no século XIX, como medicamento anestésico e estimulante/antidepressivo. Outra SPA, como a morfina, alcaloide, opioide derivado da papoula, tem uso controlado, e é um potente analgésico.

Desde o século XIX, encontram-se relatos de problemas relacionados ao uso abusivo dessas substâncias, o que passou a ser objeto de preocupação de várias nações. Mas foi ao longo do século XX que a proibição do uso de determinadas SPAs foi disseminada.

Foi na Convenção Internacional sobre o Ópio, realizada pela Liga das Nações em 1912, que surgiu a primeira ação internacional orientada à proibição da produção, do comércio e do consumo de determinadas SPAs (ópio, morfina e cocaína) e suas matérias-primas, recomendando-se aos países signatários a criminalização da posse dessas SPAs (ESCOHOTADO, 1998).

Na década de 1920, a Lei Seca, nos Estados Unidos da América, foi um marco na implantação de políticas proibicionistas. A repressão ao uso do álcool foi considerada um grande desastre, pois incentivou o comércio clandestino, fortalecendo o tráfico e o crime organizado. Além disso, não atingiu o objetivo almejado, isto é, a diminuição do consumo.

A legislação internacional atualmente em vigor está baseada em vertentes proibicionistas, que tornaram determinadas drogas ilícitas a partir de três convenções da ONU realizadas desde a década de 1960: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; o Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 - Convenção de Viena (OBID, 2013).

A essa ilegalidade ao plantio de matéria-prima, comércio e consumo de determinadas SPAs, associou-se a criminalização de atividades afins a esse processo. Isso inspirou ações de interesse geopolítico, como a “Guerra contra as Drogas”, liderada pelos Estados Unidos sob a justificativa de evitar a disseminação de drogas ilícitas consideradas prejudiciais à saúde.

Vale ressaltar que a ação tem sido considerada um fracasso, por ter aumentado o tráfico clandestino e o crime organizado, similarmente ao que a Lei Seca já tinha demonstrado. Tanto é, que a legislação internacional sobre drogas ilícitas vem se modificando gradualmente em diversos lugares, isentando o usuário do risco de criminalização por seu uso, ou até regulamentando a produção, comércio e uso de algumas SPAs, como a *Cannabis sativa*.

A legalidade ou proibição na produção, comércio e consumo de SPAs está, portanto, atrelada a complexos interesses políticos e econômicos. O proibicionismo não tem evitado o uso das SPAs ilícitas, já que um levantamento mundial realizado em 2007 estima que cerca de 250 milhões de pessoas com idade entre 15 e 64 anos fizeram uso de alguma substância psicoativa ilícita pelo menos uma vez na vida (UNODC, 2009). E a droga ilícita mais consumida no mundo é a maconha, usada por 3,3 a 4,4% da população com idade entre 15-64 anos (UNODC, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) estima que cerca de 10% das populações urbanas de todo o mundo consomem abusivamente SPAs. E dentre essas SPAs, o uso abusivo de álcool e tabaco – drogas lícitas - têm o maior impacto para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003). O uso do cigarro, do álcool e das drogas ilícitas está entre os vinte maiores problemas de saúde no mundo (WHO, 2011).

Entre os agravos diretos e indiretos à saúde causados pelo consumo de SPAs, o que inclui o álcool e o tabaco, destacam-se os acidentes de trânsito,

as agressões, as depressões, os transtornos de conduta, o comportamento sexual de risco e a transmissão do HIV (pelo uso de drogas injetáveis), dentre outros problemas de saúde (BRASIL, 2003).



Palavra do profissional

Este panorama, que congrega os embates entre o proibicionismo e a regulamentação das SPAs, o aumento do consumo e os agravos à saúde provocados pelo uso abusivo de determinadas SPAs, tem colocado em cena novos desafios e a necessidade de colocar na agenda da saúde a atenção historicamente relegada a pessoas que apresentam problemas por utilizarem-se de SPAs.

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial, e esta realidade encontra equivalência no país. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem crack, álcool e outras drogas, para além das “alternativas de atenção” de caráter fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado, a abstinência (BRASIL, 2003).

No Brasil, um vasto arcabouço jurídico-legal referenda a atenção à saúde e a organização de pontos de atenção para pessoas com problemas devido ao uso de SPAs. Destacamos, assim, a Lei nº 10.216, que referenda a garantia de proteção e de direitos de pessoas com transtornos mentais; o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1992); a Portaria GM nº 4.279/2010, que institui as bases das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o que inclui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM nº 3.088/2011; a Portaria GM/MS nº 816/2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS; a Portaria GM nº 1.028/2005, que estabelece ações de redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de SPAs.



Saiba mais

Conheça mais informações a respeito destas ações, lendo a Portaria GM/MS nº 1.190/2009, que institui Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD); e o Decreto Presidencial nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Estas normativas encontram-se disponíveis em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html> e <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Para as demais portarias citadas neste espaço, acesse: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>

A garantia de maior acesso e qualidade às pessoas que têm problemas pelo uso de SPAs, vigente nas políticas de saúde, tem como desafio a materialização de práticas que precisam ser implementadas no cotidiano do processo de trabalho em saúde e na sua decorrente produção de cuidado (BRASIL, 2003).

Assim, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras SPAs deve ser baseada em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, devidamente articulada à Rede de Saúde, ao conjunto de serviços das políticas públicas, assim como aos recursos do território. Neste sentido, uma política educativa de prevenção e tratamento voltada para o uso de crack, álcool e outras SPAs deverá ser construída nas interfaces intra e intersectorialmente, incluindo também a sociedade civil e a participação popular (BRASIL, 2003).

2.3 Classificação das SPAs

As SPAs ou Substâncias Psicoativas podem ser classificadas quanto a:

- a) a) Legalidade;
- b) b) Efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC).

- a) Quanto à legalidade, temos as SPAs lícitas que são aquelas que podem ser comercializadas legalmente. Mas algumas apresentam restrições, através de regulamentações, como a venda de álcool para menores de idade, a proibição de dirigir após o uso de álcool, e os medicamentos controlados, que necessitam de receita médica. As SPAs ilícitas são definidas juridicamente pela proibição de sua produção e venda, considerando-se tanto o potencial do risco individual e social decorrente de seu consumo, quanto questões históricas e interesses políticos e econômicos apontados anteriormente. Decorre daí a variação acerca da proibição de determinada SPA, conforme o local e o momento sociopolítico.

A distinção entre SPAs lícitas e ilícitas pode levar à suposição de que as SPAs lícitas seriam menos prejudiciais do que as ilícitas, o que mascara toda a problemática associada ao consumo dessas substâncias.

- b) Quanto aos efeitos sobre o SNC (CEBRID, 2003), as drogas/SPAs podem ser classificadas como:
1. Depressoras da Atividade do SNC.
 2. Estimulantes da Atividade do SNC.
 3. Perturbadoras da Atividade do SNC.

Na sequência, apresentaremos com mais detalhes aspectos referentes às SPAs de uso prevalente no Brasil.

Agentes depressores da atividade do SNC

São substâncias que diminuem a atividade do nosso cérebro, ou seja, deprimem o seu funcionamento, o que significa dizer que a pessoa que faz uso desse tipo de droga fica “desligada”, “devagar”, desinteressada pelas coisas. Entre as principais drogas depressoras do SNC, estão o álcool, os soníferos ou hipnóticos, os ansiolíticos, os opiáceos ou narcóticos e inalantes ou solventes (CEBRID, 2003).

Álcool

A disseminação na produção e consumo de bebidas destiladas deu-se a partir da Revolução Industrial, acarretando um aumento no número de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool. O uso do álcool é culturalmente aceito e disseminado em quase todas as sociedades do mundo. Isso gera um desafio na implementação de ações que visam à redução de danos e riscos decorrentes do seu uso, sobretudo nas populações de maior risco, como os adolescentes e adultos jovens (CEBRID, 2003).

O uso nocivo do álcool é um problema mundial e acarreta cerca de 2,5 milhões de mortes por ano. Outros problemas também se associam ao álcool, pois além de estar associado a muitas doenças, também está associado a situações de violência, negligência infantil e abusos, e absenteísmo no trabalho. Quase 4% de todas as mortes no mundo estão relacionadas ao consumo de álcool, superando as mortes causadas pelo HIV/AIDS, violência e tuberculose (WHO, 2011).

Outros problemas desencadeados pelo uso abusivo de álcool incluem, por exemplo, cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica e lesões decorrentes de acidentes industriais e automobilísticos (CEBRID, 2003).

O impacto do álcool na saúde pública de muitos países representa uma carga global de agravos indesejáveis e dispendiosos. Isso tem gerado uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo (BRASIL, 2003).

O diagnóstico precoce do uso abusivo e o tratamento em fases iniciais da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico desse problema. Neste sentido, são necessárias ações de prevenção e promoção da saúde, bem como de qualificação e informação das pessoas que lidam e trabalham diretamente com o problema, sejam elas usuário, familiar ou profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

A ação do álcool no organismo é influenciada por diversos fatores, tais como: a quantidade da ingesta e absorção, a maneira como ele se distribui pelos tecidos, a sensibilidade individual dos órgãos e tecidos e a metabolização do álcool pelo organismo. O álcool é rapidamente absorvido pelo organismo, atingindo o SNC (SEIBEL, 2010).

Os efeitos do álcool no Sistema Nervoso Central (SNC) são estimulantes em um primeiro momento, pois a pessoa fica eufórica, desinibida, falante, sociável e alegre. Em um segundo momento, o álcool tem uma ação depressora da atividade do SNC, podendo prejudicar a coordenação motora, diminuindo a autocrítica, causando sonolência. Em doses muito altas, a pessoa pode ficar com diplopia (vista dupla), vômitos, insuficiência respiratória e pode até morrer (SEIBEL, 2010).

Uma dose padrão de álcool equivale a 14 gramas de etanol puro, que é encontrada em 40 ml de destilados, 140 ml de vinho e 340 ml de cerveja. As mulheres são mais sensíveis aos efeitos do álcool, podendo atingir níveis séricos maiores com doses menores (SEIBEL, 2010).

Soníferos ou hipnóticos, drogas que promovem o sono, como barbitúricos e alguns benzodiazepínicos; e ansiolíticos, que acalmam ou inibem a ansiedade, como os benzodiazepínicos: (barbitúricos e benzodiazepínicos).

As principais drogas pertencentes a essa classificação são os benzodiazepínicos: (Diazepam, Lorazepam, entre outros). Embora os benzodiazepínicos sejam de uso controlado sob prescrição médica, são largamente utilizados, muitas vezes inadequadamente, especialmente por mulheres entre 40 e 60 anos de idade (OLIVEIRA, 2000).

Opiáceos ou narcóticos, aliviam a dor e dão sonolência, como morfina, heroína, codeína, meperidina, etc.

Inalantes ou solventes, como colas, tintas, removedores, entre outros.

São gases voláteis presentes em algumas substâncias que causam intoxicação quando inalados. A inalação de solvente provoca inicialmente uma estimulação, seguida por depressão, sendo este efeito o mais importante, mas também pode provocar sensações estranhas, como alucinações (CEBRID, 2013).

O abuso crônico de solventes pode gerar dependência e uma síndrome de abstinência caracterizada por ansiedade, agitação, tremores, câimbras nas pernas e insônia. Também pode causar lesões no fígado, rins e degenerações progressivas de nervos periféricos, podendo prejudicar a marcha e levar à paralisia dos membros inferiores (CEBRID, 2013).

Estimulantes da atividade do SNC

São substâncias capazes de aumentar a atividade cerebral. Há aumento da vigília, da atenção, aceleração do pensamento e euforia. Seus usuários tornam-se mais ativos, “ligados”. As principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas (Dietilpropiona, Femproporex, entre outros), cocaína, crack, merla, pasta de coca e nicotina.

Anfetaminas

São substâncias sintéticas muito utilizadas no Brasil por pessoas que desejam emagrecer e também por pessoas que querem manter-se acordadas, como motoristas que precisam dirigir durante várias horas seguidas sem descanso a fim de cumprir prazos pré-determinados, ou alunos que passam noites inteiras estudando. São conhecidas popularmente por “rebites” e “bolinhas”. O metilfenidato, vendido sob o nome comercial de Ritalina®, também é uma droga tipo anfetamina, muito prescrita para crianças com diagnósticos de hiperatividade e déficit de atenção (CEBRID, 2013).

Nicotina

A nicotina é o principal alcaloide psicoativo do tabaco, *Nicotiana tabacum*, planta de origem americana utilizada ritualmente há mais de três mil anos

na América Central. Provavelmente, o tabaco chegou ao Brasil através de migrações dos índios tupi-guarani (OBID, 2013).

A introdução do tabaco na Europa deu-se a partir do século XVI, inicialmente com fins curativos, mas seu uso rapidamente se difundiu para a Ásia e a África no século XVII. Após a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), deu-se a grande expansão na produção e no consumo de tabaco com a utilização de publicidade e marketing. Atualmente, o cultivo de fumo ocorre em todas as partes do mundo, sendo uma atividade econômica que envolve milhões de dólares (CEBRID, 2003).

Evidências de associação entre o uso do tabaco e o maior risco de adoecimento do fumante surgiram apenas na década de 1960. Desde então, inúmeros trabalhos têm comprovado os malefícios do tabagismo à saúde do fumante ativo ou passivo (CEBRID, 2003).

Apesar dos males provocados pelo hábito de fumar, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo (CEBRID, 2003). A OMS estima que o tabaco seja responsável por 9% dos casos de morte, o que corresponde a 4,1% da **carga global** de todas as doenças (WHO, 2002).

A **carga global** de doença representa uma avaliação exaustiva das causas da perda da saúde em diferentes regiões do mundo, com base nos extensos bancos de dados da OMS e nas informações fornecidas pelos diferentes países (UNODC, 2009).

O tabaco está associado a cerca de 30% de todos os casos de câncer, e é responsável por cerca de 85% dos casos de câncer de pulmão. Também são mais comuns em fumantes o câncer de faringe, laringe, esôfago, bexiga, rins e pâncreas. Os fumantes também são mais frequentemente afetados por outras doenças graves, como bronquite, enfisema e doenças cardiovasculares (FERREIRA, 2010).

O tabagismo também se relaciona a doença péptica duodenal, osteoporose, infecções respiratórias, problemas dentários e afeta o desenvolvimento da gestação. Bebês de mães fumantes costumam pesar menos e estão mais sujeitos a morte súbita e doenças peri e neonatais (FERREIRA, 2010).

A nicotina é responsável também pela dependência de tabaco. Ela distribui-se rapidamente pelo organismo e é metabolizada em cerca de duas horas. Os efeitos da nicotina são estimulantes, semelhantes à cocaína e anfetaminas. Ela causa uma sensação de prazer e bem-estar, aumento do estado de alerta e da concentração, aumento da energia e redução do apetite. Em alguns casos, o consumo de tabaco também diminui a ansiedade e a irritação (FERREIRA, 2010).

Cocaína/Crack

O consumo de folhas de coca pela população andina retrocede há cinco mil anos aproximadamente. A folha de coca ameniza a fome, o cansaço e o mal-estar da altitude. Foi apenas no século XIX que começou a ser extraída a cocaína, ou eritroxilina, alcaloide oriundo das folhas de coca. Surgiu, então, o interesse pelas propriedades farmacológicas da cocaína, devido a sua ação estimulante do humor e antidepressiva. Utilizada largamente no período do final do século XIX em diversos preparados populares, a cocaína passou a incluir a lista de SPAs sujeitas a proibição na Convenção Internacional do Ópio, em 1912 (CEBRID, 2003).

Apesar de a cocaína incluir a lista das SPAs ilícitas pelas convenções da ONU, na década de 1980 ela emerge como droga das elites, com perfil eminentemente urbano. No final da década de 1980, surge um subproduto da cocaína, o *crack*, que atingiu um extrato social e uma faixa etária mais baixa (CFM, 2011).

O *crack* é derivado da cocaína, à qual se associam bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto que pode ser fumado ou inalado em cachimbos geralmente improvisados em latas de alumínio ou tubos de PVC. O nome “*crack*” deve-se ao barulho das pedras ao queimarem. O *crack* pode ser misturado a cigarros de tabaco ou maconha, denominados piticos, mesclados ou basucos (CEBRID, 2003).

Os efeitos do *crack* englobam euforia intensa e curta, com grande fissura para repetir a dose. O baixo preço do *crack* favoreceu a expansão de seu uso, e embora ele ainda seja menos consumido que outras substâncias, como álcool, tabaco, maconha e cocaína, causa danos graves, gerando a impressão de que o número de usuários é bem maior (CEBRID, 2003).

A fumaça tóxica do *crack* chega ao pulmão, atinge a corrente sanguínea e chega ao cérebro. A eliminação desta SPA é através da urina. Entre os problemas gerados pelo *crack* estão as doenças pulmonares e cardíacas; os sintomas e comorbidades psiquiátricas (com alterações de humor, psicose, paranoia, alucinações); e os danos neurológicos (dificuldade de raciocínio, de memorização e de concentração) (CEBRID, 2003).

O usuário de *crack* também pode apresentar sintomas de depressão e sensação de perseguição à medida que os efeitos da SPA diminuem no seu organismo. Outros sintomas comuns são desnutrição, rachadura nos lábios, sangramento na gengiva e corrosão dos dentes, tosse, lesões respiratórias e maior risco para contrair o vírus HIV e hepatites (CEBRID, 2003).

O uso abusivo ou dependência de *crack* também envolve riscos sociais e diversas formas de violência. Cerca de 20% das pessoas dependentes de

substâncias psicoativas procuram emergências por agitações psicomotoras. O perfil do consumidor de crack é um jovem, desempregado, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, proveniente de família desestruturada, com antecedentes de uso de droga e com comportamento de risco (BRASIL, 2003; CEBRID, 2003).

Atualmente, a questão do consumo e dependência de crack tem gerado um conjunto de discussões na sociedade. A estimativa da OMS para o Brasil é que existam 3% de usuários, o que implicaria seis milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde trabalha com dois milhões de usuários e aponta que um terço desses encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre, sendo que 85% dos casos são relacionados à violência (BRASIL, 2003; CEBRID, 2003).

Não existe ainda uma droga específica no tratamento do crack. Tratam-se os sintomas provocados pela fissura e as comorbidades psiquiátricas. O usuário deve ter acesso ao tratamento necessário segundo sua condição, e os serviços precisam estar integrados em rede, pois essas pessoas costumam circular por diversos espaços de cuidado no território (BRASIL, 2003; CEBRID, 2003).

O crack representa um desafio de mobilização de toda a sociedade (sindicatos, conselhos, movimentos sociais, religiosos, estudantis e meio empresarial) para criar uma consciência de responsabilidade compartilhada para o sucesso de ações e estratégias que envolvam a promoção da saúde e a articulação de diversos segmentos da população (BRASIL, 2003; CEBRID, 2003).



Saiba mais

Para conhecer mais sobre o tema e como lidar com o uso abusivo do crack, consulte o site do MS: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33683&janela=2>

Perturbadores da atividade do SNC

Neste grupo estão as drogas de abuso relacionadas à produção de quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual. Este grupo de SPAs não se caracteriza por acelerar ou lentificar o sistema nervoso central, já que a mudança provocada é qualitativa, por alterar a percepção e a noção de espaço e tempo.

Os alucinógenos podem ser de origem vegetal: mescalina (do cacto mexicano), THC (da maconha), Psilocibina (de certos cogumelos); e de origem sintética: O LSD-25; êxtase ou *ecstasy* e anticolinérgicos (Artane®, Bentyll®).

Êxtase ou *ecstasy* (metilenedióximetanfetamina- MDMA)

Considerada uma droga mista por ser composta por anfetamina, com efeitos euforizantes, e pelo MDMA, um perturbador, vem sendo muito utilizada por jovens nas baladas (CEBRID, 2013). O *ecstasy* tem um potencial aditivo, mas a dependência física não é comum. A tolerância aos efeitos (necessidade de doses maiores para se obter a mesma sensação) pode se desenvolver rapidamente após o uso continuado da substância.

Após a sua utilização, o *ecstasy* provoca agudamente uma sensação de euforia, aproximação com os outros, aumento da capacidade perceptiva sensorial, principalmente visão e tato, uma sensação de extremo bem-estar, redução do medo, aumento das emoções, diminuição da agressão e melhora das capacidades comunicativas.

Um dos maiores riscos da intoxicação pelo *ecstasy* é o aparecimento da hipertermia (temperatura elevada do corpo) e da síndrome hiperpiréxica (temperatura corporal maior do que 42°C). Quando se combinam aumento da temperatura corporal com atividade física (dança) e um ambiente quente, a situação pode se tornar grave. O aumento da temperatura corporal, bem como o aumento na pressão arterial e na frequência cardíaca, podem levar a lesões no fígado e rins, acidente vascular encefálico (derrame) e convulsões.

Alguns indivíduos bebem muita água para evitar desidratação, o que pode resultar em níveis perigosamente baixos de sódio no sangue, levando à confusão mental, convulsões e *delirium*, podendo progredir rapidamente para coma e morte (KARLSEN et al., 2008).

Ácido Lisérgico (LSD)

Sintetizado pela primeira vez em 1938, o seu uso disseminou-se na década de 1960. Ao final dessa década, foi considerado droga de abuso e banido por diversos países. Os efeitos do LSD ou de outros perturbadores são imprevisíveis e dependem tanto da quantidade utilizada, quanto das características prévias da pessoa que consumiu a droga. Normalmente, dentro de trinta a noventa minutos podem ser experimentadas alterações físicas e emocionais (FANTEGROSSI et al., 2008). *Flash-backs* ou transtorno de alucinação persistente é comum em pessoas que usam LSD de maneira recorrente. Essa experiência pode consistir em alucinações, porém, mais comumente, ela é caracterizada por visões mais intensas de cores, halos ao redor de objetos ou falsos movimentos na borda do campo de visão.

Algumas vezes, o transtorno persiste por anos após o uso da droga (FANTEGROSSI et al., 2008). Outro risco do uso de perturbadores do SNC é o desencadeamento de psicoses e alterações do humor, com delírios, alucinações, mania e depressão. O que é mais frequente em pessoas com predisposição a desencadear esse tipo de sintoma (FANTEGROSSI et al., 2008).

A ingestão frequente de doses moderadas de LSD gera tolerância à droga no organismo. Por outro lado, os perturbadores do SNC têm potencial baixo para causar dependência. Não há evidência da ocorrência de sintomas de abstinência do LSD após a cessação do uso crônico da substância (FANTEGROSSI et al., 2008).

Dimetiltriptamina (DMT)

É um forte alucinógeno com uma pequena duração efetiva: apenas uma hora, presente na *Ayahuasca* ou chá do Santo Daime. O efeito sensorial provocado pela *Ayahuasca* causa uma percepção de aumento da realidade (mirações), provocando a impressão de entrar em contato com entidades divinas. No contexto religioso, tais fenômenos são atribuídos à clarividência (PASSIE et al., 2008).

Assim como o LSD, o uso da *Ayahuasca* tem um potencial baixo para causar dependência.

Maconha

A maconha, *Cannabis sativa*, é uma planta com mais de quatrocentos compostos químicos, e destes, cerca de sessenta são ativos, os canabinoides. Entre esses, o THC (tetrahidrocanabinol) destaca-se por suas propriedades psicoativas (CEBRID, 2013).

A maconha é a SPA ilícita mais utilizada no mundo. Usada há mais de doze mil anos, tem efeitos psicoativos, medicinais e também serve para a confecção de cordas e roupas. Trazida por escravos ao Brasil, tem efeito euforizante, estimula o apetite e induz o sono.

A dependência de maconha ocorre em um entre dez usuários de maconha durante um período de quatro a cinco anos de consumo pesado. Algumas pessoas questionam o conceito de dependência de maconha pelo fato de essa substância demorar mais tempo do que as outras SPAs ilícitas para provocar dependência. Contudo, o consumo tem aumentado em todas as faixas etárias, tornando-se um problema de saúde pública (ZUARDI et al., 2008).

O consumo de maconha pode desencadear quadros psiquiátricos temporários de natureza ansiosa, tais como reações de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além da possibilidade de ser um desencadeador da doença em indivíduos predispostos.

Há evidência de que o uso prolongado de maconha é capaz de causar prejuízos cognitivos relacionados à organização e integração de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de processos de atenção e memória (ZUARDI et al., 2008).

Os prejuízos na memória e aprendizagem podem aparecer após poucos anos de consumo. Prejuízos da atenção podem ser detectados a partir de fenômenos, tais como aumento da vulnerabilidade à distração, “afrouxamento” das associações, intrusão de erros em testes de memória, inabilidade em rejeitar informações irrelevantes e piora da atenção seletiva. Tais prejuízos parecem estar relacionados à duração, mas não à frequência do consumo de maconha.

Os sintomas da síndrome de abstinência de maconha compreendem sensação de fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, insônia, sintomas depressivos, redução do apetite e dor de cabeça e podem ocorrer nas primeiras semanas após a interrupção do uso da droga (ZUARDI et al., 2008).

2.4 Populações vulneráveis, preconceitos, estigmas e violência.

Na atualidade, a discussão dos Direitos Humanos e as ações técnicas e políticas relacionadas a esse tema têm despertado a consciência da sociedade brasileira sobre assuntos que são de extrema importância para a promoção e conservação da saúde, promoção da cidadania e o respeito aos direitos humanos. Recentes avanços na promoção dos direitos humanos, entre os quais a Lei Maria da Penha e o sistema de cotas em universidades, têm sido constatados (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012). Apesar disso, não existe ainda clara compreensão da universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, ou seja, dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. Existe, ainda hoje, um número significativo de pessoas que não têm garantidos os seus direitos fundamentais (KRUG et al., 2002).

É importante ressaltar que parcela significativa da população brasileira sofre silenciosamente com o processo de adoecimento e suas repercussões, incluídas as pessoas com transtornos mentais. Destaca-se, ainda, o sofrimento gerado pelos processos de discriminação, institucionalização, violação de direitos e exclusão social.

A história revela que o cuidado à pessoa com transtorno mental foi sucessivamente caracterizado pela escassez de recursos humanos e um local de abrigo (hospital) com estruturas físicas precárias. A assistência às

pessoas com transtornos mentais nos asilos, antes do início da Reforma Psiquiátrica, caracterizava-se por ser muitas vezes punitiva e desumana, privadora da liberdade, por utilizar violência física, psicológica e medidas brutais para tratar a pessoa com transtorno mental. Há também relatos, ainda na literatura, sobre os altos índices de óbito ocorridos nessa população (SILVA, 2001). As intervenções relacionadas à saúde mental eram direcionadas à medicalização e exclusão do “doente mental” da sociedade (AMARANTE, 1998).

Percebe-se que inúmeras transformações ocorreram desde o movimento da Reforma Psiquiátrica até os dias de hoje. Porém, ainda são necessárias mudanças na concepção e aceitação da pessoa com transtorno mental em serviços de saúde não específicos para o atendimento a pessoas com diagnóstico de transtorno mental, ou seja, no conjunto dos serviços de saúde.

Houve um aumento significativo de pesquisas acerca do estigma relacionado a pessoas com transtornos mentais (SHARAC et al., 2010; CORRIGAN; SHAPIRO, 2010; HENDERSON; THORNICROF, 2009). No Brasil, o setor de saúde mental passou por uma reforma que resultou em redução importante na disponibilidade de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005; SCHERL; MACHT, 1979). A literatura tem mostrado que os países que passaram por mudança semelhante enfrentam uma maior rejeição dos usuários psiquiátricos na comunidade (KADRI; SARTORIUS, 2005; PELUSO; BLAY, 2009). No entanto, os processos que dificultam o sucesso das reformas necessárias na saúde mental ainda são pouco conhecidos ou estudados (PELUSO; BLAY, 2011; DES COURTIS, 2008).

Acredita-se que para a ocorrência de mudanças não bastam apenas cenários e roteiros favoráveis, necessita-se de atores sociais dispostos a vencer o cotidiano da Reforma Psiquiátrica em suas práticas assistenciais e/ou na elaboração de estratégias. Além disso, é fundamental o apoio da sociedade. Para tanto, e considerando-se que os trabalhadores da saúde são integrantes de uma sociedade que deseja construir e consolidar uma cultura de direitos humanos e de paz, é fundamentalmente necessário educação de base sólida e segura.



Palavra do profissional

Educar para a cidadania, contribuindo para a formação de cidadãos que confrontam e recusam as diferentes formas de violência, especialmente em relação aos grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, idosos, pessoas com transtornos mentais, com deficiência, lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais.

O ser humano, além de sua perspectiva individual, constitui-se como sujeito social que resume em sua psique (componentes psíquicos e emocionais) o perfil que elabora do mundo a partir das relações que estabelece com os outros e consigo mesmo.

O fenômeno da violência, portanto, como produto da história, não pode ser reduzido ao crime e à delinquência, nem ser designado um substrato individual para sua existência. As relações socioeconômicas, políticas e culturais específicas devem ser levadas em conta quando de sua análise, diferenciando-os no tempo e no espaço em que ocorrem (SCHERER; SCHERER, 2009, p. 436).

A violência é considerada, portanto, um fenômeno social que nasceu com a sociedade, assim, torna-se difícil emitir algum sentido para, ao analisar um ato violento, determinar suas causas (MINAYO, 2000; MINAYO, 2005).

Para Minayo e Souza (1998, p. 514), a violência “consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. A mesma autora ainda considera que a violência se torna tema de saúde porque provoca impacto na qualidade de vida dos indivíduos, exigindo atenção e cuidados dos serviços de saúde, e integrando-se, assim, nos temas tratados no conceito ampliado de saúde (MINAYO, 2003).

Faleiros (2007) reflete que o atraso ou os atos de negar acesso aos serviços de saúde, de não ouvir e acolher o indivíduo, de infantilizá-lo, hostilizá-lo ou desrespeitar sua autonomia são práticas de violência e caracterizam violência institucional.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) exemplifica algumas manifestações da violência institucional, como a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a pessoa; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais motivados por discriminação; desqualificação do saber prático da experiência de vida diante do saber científico; violência física (contenção física ou medicamento para a adequação do indivíduo às necessidades do serviço ou do profissional); diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes.

Ao relacionar os atos inapropriados realizados pelos profissionais de saúde, relatados pela pessoa com sofrimento mental e seus familiares, tem-se, a cada dia, na prática profissional, percebido que tais atitudes são muito próximas àquilo que é descrito na literatura.



Saiba mais

Para aprofundar os conhecimentos sobre o tema álcool e drogas, consulte o site <<http://www.uniad.org.br>>, onde você encontra informações para seus estudos.

2.4 Alguns conceitos relacionados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

- **O uso**

O uso de uma SPA pode ser caracterizado de diversas maneiras: o uso experimental, que é pontual; o uso recreativo, que se relaciona a determinados contextos, como o uso de *ecstasy* nas baladas; o uso que é frequente, quando ocorre seis ou mais vezes por mês; e o uso que é pesado, quando ocorre vinte ou mais vezes por mês (SADOCK; SADOCK, 2007).

- **O abuso**

Nem todas as pessoas que usam SPAs desenvolverão agravos físicos, psíquicos ou sociais decorrentes de tal uso. Uma parcela de usuários desenvolverá o que se denomina *abuso* e uso nocivo.

O **abuso** de SPAs relaciona-se ao seu uso recorrente ou contínuo e acarreta prejuízos físicos à integridade física da pessoa e de terceiros (dirigir veículos, ter atividade sexual de forma não segura, operar máquinas, entre outros); dos familiares (brigas, violência intradoméstica, entre outros); prejuízos sociais (ausência ao trabalho, fracasso escolar, entre outros); e legais (decorrentes dos anteriores) (SADOCK; SADOCK, 2007).

O conceito de **uso nocivo** de uma substância psicoativa é mais restrito que o de abuso, pois refere-se a um padrão de uso que causa dano à saúde física (esofagite ou hepatite alcoólica, bronquite por tabagismo) ou mental (depressão associada a pesado consumo de álcool) (OMS, 1993).

Já a **intoxicação** é definida como uma síndrome reversível, específica com alterações comportamentais ou mentais, com prejuízo no nível de consciência e outras alterações cognitivas, beligerância, agressividade e/ou humor instável, causadas por substâncias psicoativas recentemente utilizadas (SADOCK; SADOCK, 2007).

A **tolerância** refere-se à diminuição do efeito de uma SPA depois de repetidas administrações. O organismo passa a necessitar de quantidades cada vez maiores dessa substância para que se obtenha o mesmo nível de efeito. As substâncias que produzem tolerância tendem a gerar mais dependência física. Entretanto, há substâncias químicas que produzem rápida tolerância, mas que não ocasionam dependência física significativa (DALGALARRONDO, 2008).

A **dependência** a SPA é definida como um padrão mal adaptativo de uso da substância, em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais, que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. Além de tais repercussões, a dependência inclui fenômenos como *tolerância*, sintomas de abstinência, uso contínuo ou muito frequente de quantidades significativas da substância (geralmente maiores que as pretendidas pelo sujeito). Há, na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o seu consumo. Tipicamente, o sujeito estreita seu repertório de interesses, abandonando outras atividades sociais, pessoais e ocupacionais que não envolvam o consumo. Finalmente, na dependência, embora o indivíduo possa ter consciência (mesmo que apenas parcial) dos problemas físicos, psicológicos e sociais que a substância produz em sua vida, o uso permanece contínuo (APA, 2002).

Critérios que diferenciam o uso abusivo de substâncias e a dependência (APA, 2002).

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS
<p>O indivíduo deve apresentar em um período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa. · Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância). · Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada ao uso da substância). · Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais). 	<p>O indivíduo deve apresentar em um período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tolerância. · Abstinência. · A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. · Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância. · Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos. · Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância. · Uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., persistência no uso de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela; ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo tenha reconhecido que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Fonte: APA (2002).

A **dependência física** é um estado de adaptação do corpo manifestado por distúrbios físicos quando o uso da substância é interrompido. Um dos indicativos da dependência é a síndrome de abstinência que surge quando o dependente fica sem usar a substância. A **dependência comportamental** ou psíquica (muitas vezes chamada de **habituação**) constitui uma compulsão ao uso da substância para obtenção de prazer ou diminuição do desconforto; e quando a pessoa não a obtém, experimenta ansiedade, desconforto geral, raiva, insônia, etc. Atualmente, a distinção rígida entre dependência física e comportamental é cada vez mais criticada como excessivamente artificial (SADOCK; SADOCK, 2007).

Fissura é o termo que se dá ao desejo intenso de usar uma substância. Essa palavra (fissura) era utilizada apenas pelos usuários, mas atualmente foi incorporada pela terminologia técnica. Com o termo *binge*, descrevem-se os episódios de uso intenso e compulsivo de uma substância (RIBEIRO; ANDRADE, 2007).

A **síndrome de abstinência** é o conjunto de sinais e sintomas que ocorrem horas ou dias após o indivíduo cessar ou reduzir a ingestão da substância que vinha sendo consumida geralmente de forma pesada e contínua. Para cada substância ou grupo de substâncias, há diferentes sinais e sintomas de abstinência. No entanto, observam-se com certa frequência os seguintes sintomas gerais de abstinência: ansiedade, inquietação, náuseas, tremor, sudorese, podendo, nos casos muito graves, ocorrer convulsões, coma e morte (APA, 2002).

2.6 Atenção às pessoas com problemas decorrentes do consumo de SPA

O cuidado a pessoas com problemas pelo seu modo de usar SPA deve ser garantido pelo SUS, a partir da consolidação da RAPS e seus diversos componentes. Na unidade 1 do módulo VII, você pode revisar a organização da RAPS.

A integralidade da atenção inclui a necessidade de abordagens interdisciplinares e intersetoriais, voltadas para as dimensões: física, psicológica, familiar, social, cultural, legal e à qualidade de vida das pessoas. É importante identificar problemas precocemente, avaliando o padrão de consumo, o tipo de uso ou dependência, as comorbidades e os fatores de risco.

Entre as ações que podem ser realizadas, destacamos (BRASIL, 2011):

- Ações preventivas: sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e educação.
- Identificação precoce e encaminhamento adequado.
- Desintoxicação: tratamento e suporte sintomático.
- Tratamento das comorbidades: clínicas e psiquiátricas.
- Estratégias de psicoeducação: trabalhar fatores de risco.
- Grupos de autoajuda e ajuda mútua.
- Longitudinalidade do acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família.

- Abordagens psicoterápicas por profissionais habilitados, terapias individuais, grupais.
- Terapia cognitiva comportamental.
- Treino de habilidades sociais e prevenção de recaídas.
- Reabilitação neuropsicológica e psicossocial.
- Redução de danos.
- Ativação da Rede de Atenção Psicossocial: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A abordagem de pessoas com problemas decorrentes do uso de SPAs deve considerar a sua voluntariedade quanto ao tratamento. É importante estabelecer vínculo antes de propor intervenções. Cabe também lembrar que atitudes psicoterapêuticas, apresentadas na unidade 1 são importantes na atenção a usuários com problemas no seu uso de SPA.

A identificação precoce de usuários problemáticos de determinadas SPAs pode utilizar instrumentos padronizados, como o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), preconizado pela OMS e composto de dez perguntas para a identificação de quatro diferentes padrões de consumo de álcool: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência (BABOR et al., 2003).

Quando abordamos a assistência a pessoas com problemas decorrentes do uso de SPA, podemos focar duas fases de tratamento:

1. Assistência de enfermagem na fase de desintoxicação - essa assistência começa com a chegada do usuário ao serviço de saúde e deve ser prestada enquanto esse estiver com sintomas de abstinência moderada ou grave. Procedimentos:
 - Fazer um levantamento das necessidades básicas afetadas: nutrição, hidratação, condições de higiene e integridade física, entre outras.
 - Verificar sinais vitais para detectar possíveis anormalidades e fazer avaliação do estado em que o usuário chega ao serviço. Por exemplo: se alcoolizado, delirante, com rebaixamento do nível de consciência.
 - Proporcionar os cuidados físicos imediatos após a avaliação anterior: hidratar, alimentar, higienizar.

- Se delirante ou psicótico, colocá-lo em lugar tranquilo e bem iluminado.
 - A contenção física pode ser necessária caso haja risco de machucar-se.
 - Permanecer junto ao usuário, procurando tranquilizá-lo, principalmente nas duas situações anteriores (STEFANELLI et al., 2008).
2. Assistência de enfermagem na fase de recuperação ou manutenção da abstinência: nesta fase, o usuário ainda sente bastante desconforto por estar abstinentemente e ainda permanecerá alguns dias internado. Procedimentos:
- Procurar estabelecer um relacionamento de confiança com o usuário.
 - Evitar críticas e menosprezo a respeito do comportamento da pessoa, decorrente do uso de substâncias.
 - Oferecer apoio quando o usuário mostrar-se ansioso devido à falta da substância.
 - Lidar com limites na presença de comportamentos manipulativos.
 - Orientação e supervisão dos cuidados físicos.
 - Orientação quanto aos prejuízos físicos e sociais causados pelo consumo da droga.
 - Orientação familiar (STEFANELLI et al., 2008).

Devemos considerar que os itens anteriores devem servir de referencial para toda a equipe de enfermagem. Compete ao enfermeiro fazer o plano de cuidados individualizado para o usuário.

Recomenda-se que os profissionais de enfermagem façam as seguintes abordagens em relação ao uso de qualquer tipo de droga:

- Ação preventiva e educativa dentro de um contexto de valorização da vida.
- Diagnóstico precoce, ou seja, detectar dificuldades que as pessoas estejam apresentando pelo uso abusivo de drogas, embora não estejam seriamente comprometidas.
- Estimular o usuário a buscar atividades que lhe sejam significativas (STEFANELLI et al., 2008).

2.7 Estratégias de intervenções aplicadas ao uso/abuso de SPA

Na sequência, estudaremos as intervenções e como devemos aplicá-las como cuidado em casos de uso ou abuso de SPAs.

Prevenção

Em todo o mundo, são evidentes os agravos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas. Também é de conhecimento público a crescente elevação dos custos decorrentes direta ou indiretamente de tal uso. O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação são ao mesmo tempo agravantes e consequências do uso indevido de álcool, crack e outras drogas, colaborando para a situação de comprometimento global que acomete tais pessoas. Isto também ocorre relativamente aos outros transtornos mentais.

Devemos ainda considerar o caráter informativo alarmista em relação ao real status do problema; já que o tabaco e álcool, substâncias de uso historicamente lícito e as mais consumidas em todo o mundo, são também as que trazem maiores e mais graves consequências para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003, p. 30).

O comprometimento físico e mental gerado pelo uso problemático de álcool e outras drogas envolve estigma, exclusão e preconceito. Além disso, a pessoa com problemas decorrentes do uso de SPA corre mais riscos de perda ou restrição no exercício de uma atividade, função ou papel social, em qualquer um dos domínios da vida de relação. As consequências disso acarretam diversos prejuízos às nações do mundo inteiro, já que o problema relativo ao abuso e/ou dependência de drogas está disseminado por todas as sociedades, etnias, classes sociais e idades (BRASIL, 2003).

A prevenção do uso abusivo e/ou dependência de crack, álcool e outras drogas implica em um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias e políticas orientadas à redução de fatores de vulnerabilidade e risco específicos, bem como estímulo dos fatores de proteção. Tais estratégias precisam da colaboração dos diversos segmentos sociais, considerando as competências específicas de cada um desses, visando à redução da iniciação no consumo em todas as faixas etárias, mas, sobretudo, entre adolescentes.

Para tanto, a lógica da redução de danos é estratégica para o planejamento de propostas e ações preventivas (BRASIL, 2003).

Desta forma, prevenção precoce e intervenções breves podem ter efeitos benéficos que ultrapassam as suas populações-alvo. A oferta de cuidados nas redes de atenção psicossocial, em serviços inseridos na comunidade e complementados por outros programas assistenciais promove condições para a reversão desse panorama.

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

Também é essencial capacitar os profissionais de saúde e, especialmente, as equipes de saúde de família e das unidades básicas de saúde, provendo essas com as condições necessárias para o desenvolvimento das seguintes ações: prevenção primária do uso prejudicial do álcool; diagnóstico precoce; tratamento de casos não complicados; e o referenciamento para a rede de atenção dos quadros moderados e graves (BRASIL, 2003).

O desenvolvimento de ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações deve ser estimulado de maneira permanente, sem, no entanto, prescindir de ações de curta duração voltadas para a multiplicação da atuação preventiva.

Ações educativas são importantes, pois reduzem os obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral das pessoas que fazem uso problemático de *crack*, álcool e outras drogas. Essas ações também ampliam a consciência coletiva sobre os riscos decorrentes de seu uso e divulgam as opções de atenção disponíveis e seus benefícios.

As respostas da população em geral, dos profissionais, da mídia, dos formuladores das políticas públicas de saúde e dos governantes devem refletir os melhores conhecimentos disponíveis, pautando-se por boas práticas em saúde, as quais se fundamentam em três parâmetros: ética, evidências, e experiência (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A mídia também deve ser ativada na realização e veiculação de campanhas de redução dos danos à saúde provocados pelo consumo do álcool, *crack* e outras drogas. Essas campanhas devem evitar reforçar estereótipos, como, por exemplo, os relacionados ao uso do álcool incentivado pelas propagandas da indústria de bebidas alcoólicas, que estabelecem associações entre álcool e virilidade, sensualidade, diversão e outros aspectos considerados positivos. Outros segmentos sociais, como os produtores, distribuidores e estabelecimentos que comercializam bebidas também devem ser implicados no desenvolvimento de ações preventivas (BRASIL, 2003).

De acordo com o *Relatório da OMS (2001)*, vamos conhecer as recomendações básicas para ações na área de saúde mental e prevenção do uso de SPAs. São elas:

- Promover assistência em nível de cuidados primários.
- Disponibilizar medicamentos de uso essencial em Saúde Mental.
- Promover cuidados comunitários.
- Educar a população.
- Envolver comunidades, famílias e usuários.
- Estabelecer políticas, programas e legislação específica.
- Desenvolver recursos humanos.
- Atuar de forma integrada com outros setores.
- Monitorizar a saúde mental da comunidade.
- Apoiar a realização de novas pesquisas.

Considerando a ocorrência dos transtornos decorrentes do uso de SPAs, é necessário oferecer aos profissionais de saúde capacitação e formação de maneira orientada em uma perspectiva multiprofissional. Devem ser planejadas ações de capacitação voltadas para os trabalhadores de saúde das equipes dos pontos de atenção das redes de atenção psicossocial, sobretudo, os CAPS e as equipes de apoio matricial em saúde mental dos NASFs, pelos trabalhos que essas equipes desenvolvem junto às demais equipes de atenção básica (BRASIL, 2003).

As ações preventivas devem facilitar a promoção da atenção global das pessoas, melhorando o acesso a dispositivos de cuidados e à rede de suporte social existente em seu território. Devem também facilitar a sua inserção e integração comunitárias, encontrando o seu campo legítimo de atuação na comunidade. Devem, enfim, ajudar a proporcionar ganhos de qualidade de vida para as pessoas, com a facilitação de condições básicas à construção de projetos de vida que comportem alternativas ao uso de álcool e outras drogas enquanto fonte de prazer, e que detenham uma perspectiva real para o futuro dessas pessoas (BRASIL, 2003).

Redução de danos

A redução de danos (RD) representa uma abordagem flexível, centrada no desejo e possibilidades do usuário, ou seja, na sua singularidade. Portanto, a RD configura-se estratégia e política fundamentais do cuidado a pesso-

as com problemas em relação ao álcool e outras drogas. Assim, o sucesso terapêutico não pode ser considerado, colocando-se apenas a abstinência como único objetivo a ser alcançado.

As práticas de saúde devem levar em conta a diversidade da população, acolhendo, sem julgamento, as situações em que são necessárias ações de cuidado. Neste sentido, é fundamental estimular a participação e o engajamento do usuário na consecução de seu projeto terapêutico e nos objetivos de seu tratamento (BRASIL, 2003).

Assim, ao adotar a redução de danos, as estratégias são traçadas junto com o usuário e não estão necessariamente voltadas para a abstinência, mas para a defesa de sua vida. Assim, a redução de danos é um caminho não excludente de outros, que implica em ampliar o grau de liberdade e estimular a corresponsabilidade do usuário. Para isso é fundamental estabelecer vínculo e confiança entre usuários e profissionais, que também assumem a corresponsabilidade pelo cuidado do usuário (BRASIL, 2003).

Para a redução de danos ter a eficácia que se pretende, ela precisa ativar interações, promovendo o aumento do contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo o contexto dos usuários e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento do problema da dependência no uso do álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2003).

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a auto-violência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida (BRASIL, 2003, p.11).

Neste sentido, os locais de ação incluem os espaços por onde os usuários de crack, álcool e outras drogas circulam, além de equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, como os consultórios na rua, os CAPS ad, as unidades de acolhimento, as equipes de saúde da família e a articulação com ações de educação, trabalho, assistência social e outras (BRASIL, 2003).

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede de atenção, constituída por profissionais, familiares, organizações governamentais e não governamentais, em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede, que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso de drogas, destrói a vida (BRASIL, 2003, p. 11).

2.8 Resumo

Esta unidade tratou de apresentar o uso de substâncias psicoativas em seu contexto histórico e cultural. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A despeito do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso abusivo de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial.

Outro ponto também abordado é a epidemia de uso de *crack* que se apresenta no país, e que vem preocupando os brasileiros. A estimativa da OMS para o Brasil é que existam 3% de usuários, o que implicaria seis milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde aponta que um terço dos usuários encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre, sendo que 85% dos casos são relacionados à violência.

Considerando a situação nacional quanto ao uso de SPAs, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde. Além de enfatizar a reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados aos indivíduos com problemas do uso de *crack*, álcool e outras drogas deve ser baseada na rede de serviços da atenção psicossocial devidamente articulada ao restante da rede de saúde.

Neste sentido, entendemos que uma política de prevenção, redução de danos, tratamento e de educação voltada para o uso de *crack*, álcool e outras drogas deverá ser incentivada como intervenções prioritárias a esse público. Essas ações visam à diminuição dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas.

2.9 Fechamento

Chegamos ao fim de mais uma unidade, na qual falamos sobre o uso de substâncias psicoativas, com ênfase ao uso de *crack*, álcool e outras drogas. Foi possível conhecer o contexto histórico-cultural do uso dessas substâncias e como vem se desenvolvendo no decorrer dos anos.

Conversamos também a respeito de como pode ser oferecido o cuidado a essa população e acerca das diferentes intervenções a serem utilizadas nesse contexto. Aproveitamos para salientar a prevenção e redução de danos como importantes intervenções no uso de substâncias psicoativas.

2.10 Recomendação de leitura complementar

FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a16v26s1.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

GUERRA, A. M. C. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica**: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. Disponível em: <http://www.pucminas.br/documentos/reforma_psiquiatica_psicanalise.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

SARACENO, B. **Libertando identidades da reabilitação à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001. 178p.

CASTRO, M.; PASSOS, S. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento de dependência de drogas. **Rev. Psiquiatr. Clínica**, v. 32, n. 6, p.330-335, 2005.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciência, Saúde**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, mar., 2011.

Encerramento do módulo

Caro aluno,

Chegamos ao final deste módulo e esperamos que os objetivos tenham sido alcançados. Você pode refletir e identificar as principais síndromes na clínica das psicopatologias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) e problematizar a clínica relacionada ao *crack*, álcool e outras drogas e as formas de abordagem no contexto atual.

O uso de *crack*, álcool e outras drogas também foi abordado neste módulo, enfatizando-se os agravantes ocasionados pelo uso das substâncias e o aumento do consumo do *crack* no país. Reforçamos também a importância da prevenção e redução de danos como importantes medidas de intervenção junto às pessoas com transtornos decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Desse modo, acreditamos que a colaboração na formação de vocês, alunos e colegas, seja propulsora para ampliar a práxis cotidiana na prática dos serviços.

Assim, a dedicação e o empenho de vocês, alunos, nos deixam ainda mais motivados para seguirmos em frente. Desejamos que mantenham o ânimo para apreenderem novos conhecimentos nos próximos módulos.

Bom trabalho!

Referências

- ABUCHAIN, D. **Sintomalogia e síndromes**. Mimeografado. s/d. 70p.
- AGRA, C. M. M. **Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma**. Porto, [S.d.]. Disponível em: <<http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/iii1.html>>. Acesso em: 04 abr. 2013.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. v. 1. 120p .
- APA (American Psychiatric Association). **DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- _____. **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4 . ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BABOR, T. F. et al. **Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, 2003.
- BACHA, M. S. O. O conceito das estruturas clínicas, neurose e psicose para a Psicanálise. **Revista Científica do HCE**, ano 3, p. 115-122, 2008.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 abr. 2001.
- _____. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 fev. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.

_____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232.

_____. Lei n. 12.711, de 30 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 ago. 2012.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 125p.

CÂMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Revista Latino-Americana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2012.

CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas). **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: UNIFESP, 2003.

CECCARELLI, P. R. O sofrimento mental na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Diretrizes gerais médicas para a assistência integral ao dependente do uso do crack**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução n. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

CORRIGAN, P. W.; SHAPIRO, J. R. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. **Clinical Psychology Review**. v. 30, n. 8, p. 907-922, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 440p.

DES COURTIS, N. et al. Beliefs about the mentally ill: a comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. **International review of psychiatry**, v. 20, n. 6, p. 503-509, 2008.

DESVIAT, M; MORENO, A. La razón de ser de la psicopatología. In: _____. (Org.). **Acciones de salud mental en la comunidad**. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012. p. 175-184.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madri: Alianza, 1998.

FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder institucional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FERREIRA, M. P. T. Tabaco. In: SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

FANTEGROSSI, W. E; MURNANE, K. S; REISSIG, C. J. The behavioral pharmacology of hallucinogens. **Biochemical Pharmacology**. n. 75, p. 17-33, 2008.

GOMES, B. R. **O sentido do uso ritual da ayahuasca em trabalho voltado ao tratamento e recuperação da população em situação de rua em São Paulo**. 2011. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HENDERSON, C.; THORNICROFT, G. Stigma and discrimination in mental illness: time to change. **Lancet**. v. 373, n. 9679, p.1928-1930, 2009.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte: Atheneu, 1973.

KADRI, N.; SARTORIUS, N. The global fight against the stigma of schizophrenia. **PLoS Med.**, v. 2, n. 7, p. 136, 2005.

KARLSEN, S. N, SPIGSET, O; SLORDAL, L. The Dark Side of Ecstasy: Neuropsychiatric Symptoms after Exposure to 3,4 Methylendioxyamphetamine. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 102, n. 1, p. 15-24, jan. 2008.

KRISTEVA, J. **O gênio feminino**: a vida, a loucura, as palavras. Tradução Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

LEAL, E.M; JUNIOR, O.D.S; MUÑOZ, N.M. et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, p. 433-446, 2006.

LOYOLA, C. M. D.; CORPAS, F. Transferência e contratransferência na enfermagem psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, 2006.

MARI, J. J. et al. **Guia de psiquiatria**. São Paulo: Manole, 2002.

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. esp., p. 159-166, 2000.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 55-63, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 13-31, 1998.

MINERBO, M. **Neurose e não-neurose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. 470 p.

OBID (Observatório Brasileiro sobre Drogas). **Convenções internacionais**. Brasília, 2007. Disponível em : <http://www.obid.senad.gov.br/portais/internacional/conteudo/index.php?id_conteudo=11247&rastror=ONU/Conven%C3%A7%C3%B5es> . Acesso em: 18 abr. 2013.

OLIVEIRA, J. M; LIMA, R. P. **O exame do estado mental**. Pelotas: UFPel, 2000. v. 1. 230p.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. Sobral: Edições UVA, 2000.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários: CID 10**. Tradução Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

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

_____. **World Health Report, Working Together for Health**. Genebra: OMS, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASSIE, T. et al. The Pharmacology of LysergicAcidDiethylamide: a review. **CNS Neuroscience&Therapeutics**, n. 14, p. 295-314, 2008.

PELUSO, E. T; BLAY, S. L. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. **International Journal of Social Psychiatry**. n. 55 p.16-27, 2009.

PELUSO, E.T; BLAY, S.L. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2011; 33(2):130-6.

RIBEIRO, P.; ANDRADE, A. G. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: LOUZÃO NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Tradução Constança Marcondes César. Campinas: Papyrus, 1994.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. O diagnóstico psiquiátrico. In: BUENO, J. R.: NARDI, A. E. (Org.) **Diagnóstico e tratamento em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo, Hucitec, 1994.

SCHERL, D. J.; MACHT, L. B. Deinstitutionalization in the absence of consensus. **Hosp. Community Psychiatry**., v. 30, n. 9, p. 599-604, 1979.

SEIBEL, S. D. Álcool. In: SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2010.

SHARAC, J. et al. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. **Epidemiologia e psiquiatria sociale**, v. 19, n. 3, p. 223-232, 2010.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. Concepções e vivências de mulheres encarceradas sobre a violência. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 435-440, jul./dez. 2009.

SILVA FILHO, J. F. O diagnóstico e a clínica psiquiátrica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-29, 1991.

SILVA, M. V. O. (Org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos brasileiros**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001. 398p.

STANGHELLINI, G. **Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: the psychopathology of common sense**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. (Org.) **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.

SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, mar. 2011.

TENÓRIO, F. R.; ROCHA, E. C. A Psicopatologia e a Atenção Psicossocial. In: SILVA FILHO, J. F. (Org.). **Psicopatologia hoje**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 166-189.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri: Manole, 2010.

TÓFOLI, L. F.; PEREIRA, A. A.; SAMPAIO, J. J. C. **Como encaminhar demandas de saúde mental em Sobral: orientações ao PSF**. Sobral: IDETS, 2002.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). **World drug report**. Vienna: [s.n.], 2009.

WHO (World Health Organization). **Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO, 2011.

_____. **Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. Semiologia psiquiátrica. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 29, p. 44-53, jan./mar. 1996.

ZUARDI, A. W. et al. **Cannabis e saúde mental: uma revisão sobre a droga de abuso e o medicamento**. FUNPEC, 2008.

Minicurriculo dos autores

Zeyne Alves Pires Scherer

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1989), obteve os títulos: de especialista (1991); mestre (1995) e doutor (2005) em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Também é especialista em Psicoterapias Analíticas Grupais e Coordenação de Grupo (2001) pelo Núcleo de Formação da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP). É professora, categoria Professor Doutor MS-3, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; atualmente é avaliadora de cursos de graduação, compondo a Banca de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior–BASIS, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Ministério da Educação; coordena o Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Violência (GREIVI), atua nas seguintes linhas de pesquisa: Promoção de saúde mental e estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde. Desenvolve projetos de pesquisa sobre a temática da saúde mental, da educação e da violência. Para consolidar as ações de pesquisa, ensino e extensão, tem dirigido a atenção para pesquisas com enfoque na temática violência interpessoal (intrafamiliar e doméstica) e violência institucional (escolas, serviços de saúde e instituições de privação de liberdade) contra grupos considerados vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres e portadores de transtornos mentais.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0261961257446579>>

Lucilene Cardoso

Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, obteve os títulos de bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (2003), mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2006), doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2008). Atuando no ensino, pesquisa e extensão universitária através de pesquisas, produção científica, assistência em saúde mental e docência, está inserida na linha de pesquisa Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas, desenvolvendo pesquisas relacionadas à manutenção do tratamento e cuidados extra-hospitalares em saúde mental, tais como: práticas da enfermagem psiquiátrica na comunidade, egres-

sos de internação psiquiátrica, reabilitação psicossocial, adesão ao tratamento, relações familiares, sobrecarga de cuidadores, recaída psiquiátrica e saúde mental.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0318576941807474>>

Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984), possui os títulos de mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004), e de doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Realizou estágio pós-doutoral na área do Fenômeno das Drogas pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, é líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas – APIS. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e Fenômeno das Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schutz, atenção básica e acidente de trânsito.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>>

Silvia Maria Azevedo dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/RS (1979), obteve os títulos: de mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/SC (1990); especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001); e doutor em Educação, com área de concentração em Gerontologia, pela Universidade Estadual de Campinas/SP (2003). Realizou estágio pós-doutoral junto ao Departamento de Psicologia da Saúde da Universidade de Alicante/Espanha, sob supervisão da prof.^a Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea. Atualmente é Professor Associado I do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, onde desenvolve atividades no ensino, pesquisa e extensão em Gerontologia e Saúde Mental, na perspectiva do cuidado no processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer nas dimensões individual e familiar. É líder do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas - GESPI/PEN/UFSC.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8484016731016610>>

Jonas Salomão Spricigo

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), obteve os títulos: de mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983) e doutor em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Atualmente é Professor Associado I da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisador do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas – APIS, tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, ensino de enfermagem, desinstitucionalização, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica. Tutor do Programa PET- Saúde da Família da UFSC, 2010, PET-Saúde Mental UFSC, 2011, com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, Editais 2009 e 2010-2011. Coordenador do Projeto de Extensão Atenção ao usuário de drogas, em parceria com o Fórum Judiciário Norte de Florianópolis/SC.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5481355832257570>>

Sandra Cristina Pillon

Especialista em Dependência de Drogas pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, concluiu o doutorado em Ciências no Programa Psiquiatria e Psicologia Médica da UNIFESP em 2003. Realizou estágio pós-doutoral na Universidade de Alberta, no Canadá. Realizou sua livre docência em 2008 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP. Atualmente na categoria Professor Titular da EERP- USP, é coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e vice-coordenadora do Centro de Pesquisas Gerontológicas dessa instituição. É bolsista do CNPq em Produtividade em Pesquisa, pesquisadora da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP e do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa GRUPAD (CNPq/USP) e membro integrante do Instituto Nacional de Políticas NPAD (CNPq/UNIFESP) e do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD/DF). Publicou 72 artigos em periódicos especializados e 205 trabalhos em anais de eventos. Possui 35 capítulos de livros e três livros publicados. Possui sessenta trabalhos de produção técnica. Participou em diversos eventos no exterior e no Brasil. Atua na área de Enfermagem, com ênfase no uso e abuso de drogas. Em suas atividades profissionais, interagiu com 159 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes, os termos mais frequentes são: drogas, alcoolismo, uso e dependência, AUDIT, prevenção, tratamento, álcool, enfermagem, enfermeiras e estudantes.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0386683926064287>>

Isabela dos Santos Martin

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (2008), especialista em Saúde Mental (2010) e, atualmente, mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica, ambos pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4078024274545684>>

Jeferson Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002), obteve os títulos de: especialista em Atenção Psicossocial, pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003); mestre em Enfermagem pelo Program da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2005); e doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2010). Foi professor Substituto da Universidade Federal de Santa Catarina na disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos anos 2002-2004 e 2007-2009; assessor parlamentar de 2011-2012; docente Adjunto na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ em 2012.1; professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; e vice-líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas – APIS. Tem experiência na área de Enfermagem em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, atuando principalmente nos seguintes temas: reforma psiquiátrica; situação de crise no campo da saúde mental; organização política de usuários e familiares; associações de usuários e familiares em saúde mental; movimento nacional de luta antimanicomial; ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. É membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>>



Ministério da
Saúde

