

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KÁTIA GONÇALVES DE SOUSA

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL EM UM CAPS AD III

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KÁTIA GONÇALVES DE SOUSA

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL EM UM CAPS AD III

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Lucilene Cardoso

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Protocolo de Atendimento de saúde mental em um CAPS AD III de autoria da aluna **Kátia Gonçalves de Sousa** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Lucilene Cardoso
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os usuários da saúde mental com quem tive a graça de conviver nesses oito anos de trabalho e que mostram a todo instante o valor e a preciosidade da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha filha e ao meu esposo que muitas vezes ficaram sem a minha presença por reconhecerem a paixão pelo meu trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MÉTODO	11
3 RESULTADO E ANÁLISE	13
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo desenvolver um protocolo de atendimento aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas, no município de Oliveira, estado de Minas Gerais/Brasil. Trata-se de uma construção realizada junto com a equipe multiprofissional do referido serviço e a metodologia utilizada foi de levantamento de dados já existentes no município, revisão bibliográfica das portarias, legislações e publicações que contemplam a saúde mental especialmente aquelas relativas às práticas e as políticas públicas para álcool e outras drogas. Os recursos tecnológicos utilizados durante a pesquisa e elaboração do protocolo, foram um note book com conexão à internet. Quanto ao protocolo de atendimento no CAPS ad III, propõe-se: articulação com a RAS (de Oliveira e municípios pactuados); Atendimento humanizado nas 24 horas; Acolhimento (realizados pelo técnico de referência do dia); Atendimento especializado e baseado fundamentalmente na política de redução de danos; Estabelecimento junto à rede do fluxo de atendimento; Capacitação profissional sobre noções gerais da toxicomania e fluxo de atendimento do CAPS ad III;; reuniões de equipe multiprofissional; elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) com Termo de compromisso e Avaliação periódica; Grupos de família, reuniões e também atendimentos individuais quando necessário. Este protocolo proposto normatiza e padroniza o atendimento prestado: com a definição de um fluxograma de encaminhamento e atendimento mais a colocação de atividades comuns e inerentes a todos os profissionais. Este protocolo de atendimento visa possibilitar a organização da rede de saúde mental do município de Oliveira e região quanto ao fluxo de toda a demanda que diz respeito ao álcool e outras drogas, oferecendo serviços de serviço de qualidade e garantindo respaldo técnico ao atendimento profissional para os profissionais desenvolverem um trabalho efetivo e de qualidade. Com a elaboração do protocolo e um trabalho de capacitação dos profissionais do serviço e das redes de atenção, vamos poder formalizar o fluxo dos encaminhamentos e padronizar conduções de casos.

1 INTRODUÇÃO

Este protocolo constitui importante instrumento no atendimento a demanda na área de saúde mental, disponibilizando informações para a execução das ações que orientem a melhor conduta no atendimento a pessoa com transtorno mental e pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

Todo material é baseado na lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A reforma Psiquiátrica formalizada por essa lei inicia a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde que não prioriza mais a hospitalização como única forma de tratamento. O cuidado ao paciente com transtorno mental deve ser visto dentro de uma rede integrada de atenção, que vai desde assistência primária (em unidades básicas de saúde ou por meio de equipes de saúde da família), até o atendimento mais especializado nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

O município de Oliveira (estado de Minas Gerais/Brasil) a partir de 2005 implantou o CAPS I voltado para o atendimento diário de pessoas que apresentam quadro de transtorno mental severo e persistente. Em 2010 implantou o CAPS ad voltado para o atendimento de pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas. Em 2013 mudou a modalidade de CAPS ad II para CAPS ad III 24hs. Neste mesmo ano foi implantado o CAPS Infanto-juvenil voltado para o atendimento infantil. Fortalecendo dessa forma a rede municipal de saúde mental e estruturando o fluxo.

O Programa de Saúde Mental de Oliveira visa promover a qualidade de vida das pessoas que apresentam sofrimento psíquico e ou abusam de álcool e outras drogas, bem como de seus familiares em uma atenção comunitária, voltada para o cuidado e a reabilitação psicossocial.

Desta forma busca-se potencializar os recursos já existentes em parceria e corresponsabilidade com Atenção Básica, estratégia de Saúde da Família e ações intersetoriais no intuito de melhorar a abordagem, acolhimento, tratamento e encaminhamento a essa clientela, visando qualificar o atendimento e evitar internações desnecessárias.

A Lei Federal de Saúde Mental nº 10.216, é fundamentada em princípios éticos de solidariedade, inclusão social e cidadania e, desta forma, envolve iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas para reinserir e valorizar a pessoa com sofrimento psíquico na sociedade (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2006; VASCONCELOS, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Com o crescimento e estruturação da rede de saúde mental do município de Oliveira aumentou também o fluxo dos usuários, a gravidade/complexidade dos casos atendidos, ficando cada vez mais necessário a implantação de um protocolo de atendimento que normatize e respalde tanto os profissionais quanto os usuários do serviço.

Como toda área da saúde, os serviços precisam ser norteados, seguir normas e rotinas para seu melhor funcionamento. Assim, acredito nas conquistas em relação à saúde mental do município de Oliveira e não vejo mais como caminhar sem a criação dos protocolos de atendimento. Ao longo da minha trajetória profissional como enfermeira e coordenadora de CAPS, percebo várias situações no cuidar: condutas diferentes no acolhimento e condução dos casos, abordagem familiar e envolvimento com a individualidade do outro. Algo que vai além do perfil profissional.

Trata-se de um serviço público e que infelizmente nem todos os envolvidos no atendimento o fazem porque realmente gostam e acreditam na proposta trabalhada; fazendo-se cada vez mais necessário a criação do protocolo. Nesse momento escolho trabalhar no protocolo do CAPS ad III, por se tratar de um serviço 24 horas e como todo serviço de urgência possui suas particularidades.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Desenvolver um protocolo de atendimento aos usuários do CAPS ad III do município de Oliveira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar estudos e revisão de dados já existentes no município, revisão bibliográfica das portarias, legislações e publicações que contemplam a saúde mental especialmente aquelas relativas às práticas e as políticas públicas para álcool e outras drogas;
- Elaborar uma proposta de fluxograma do atendimento no CAPS ad;
- Descrever as formas de atendimentos propostas pelo fluxograma de atendimento;
- Elaborar uma síntese sobre as principais drogas utilizadas pelos usuários atendidos no CAPS-Ad.

4 MÉTODO

A metodologia utilizada foi de levantamento de dados já existentes no município, revisão bibliográfica das portarias, legislações e publicações que contemplam a saúde mental especialmente aquelas relativas às práticas e as políticas públicas para álcool e outras drogas.

Os recursos tecnológicos utilizados durante a pesquisa e elaboração do protocolo, foram um note book com conexão à internet.

Quanto ao atendimento no CAPS ad III, propõe-se a seguinte metodologia de trabalho:

- Articulação com a rede (Oliveira e municípios pactuados) incluindo os hospitais;
- Atendimento humanizado nas 24 horas inclusive aos finais de semana e feriado;
- Acolhimento nas modalidades de Permanência dia; terceiro turno e Pernoite, sendo este último limitado a atender no mínimo 8 e no máximo 12 leitos em situações de crise (Conforme Previsto na Portaria 2841/de set-2009)
- Sendo que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno (Pernoite), caso seja necessário prolongar-se para além do período médio de 2 a 5 dias, fica limitada a 10 (dez) dias corridos ou 14 (quatorze) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias;
- Atendimento especializado e baseado fundamentalmente na política de redução de danos;
- Estabelecimento junto à rede do fluxo de atendimento;
- Realização de capacitação para a rede sobre noções gerais da toxicomania e sobre o fluxo de atendimento do CAPS ad III;
- Realização de capacitação para todos os profissionais que irão atuar no CAPS ad III;
- Os acolhimentos serão realizados pelo técnico de referência do dia.

- Semanalmente acontecerá a reunião de equipe multiprofissional para estudo dos casos, elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) e resolução de questões internas do funcionamento e recursos humanos;

- Apresentação do PTS para o responsável e paciente, com o objetivo de obter a avaliação e aprovação para consolidar o acordo terapêutico, que será reavaliado constantemente (conforme proposto PTS);
- Mediante aprovação do projeto, será firmado um termo de compromisso de ambas as partes para o cumprimento das propostas;
- Avaliação periódica do PTS;
- Atendimento aos familiares dos usuários do serviço através de grupos de família, reuniões e também individualmente quando necessário.

5 RESULTADO E ANÁLISE

5.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS AD

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, o CAPS ad oferece atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Esta modalidade de atendimento possibilita intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento (BRASIL, 2004).

O CAPS ad desenvolve diversas atividades a fim de promover a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, para tanto conta com uma equipe multidisciplinar.

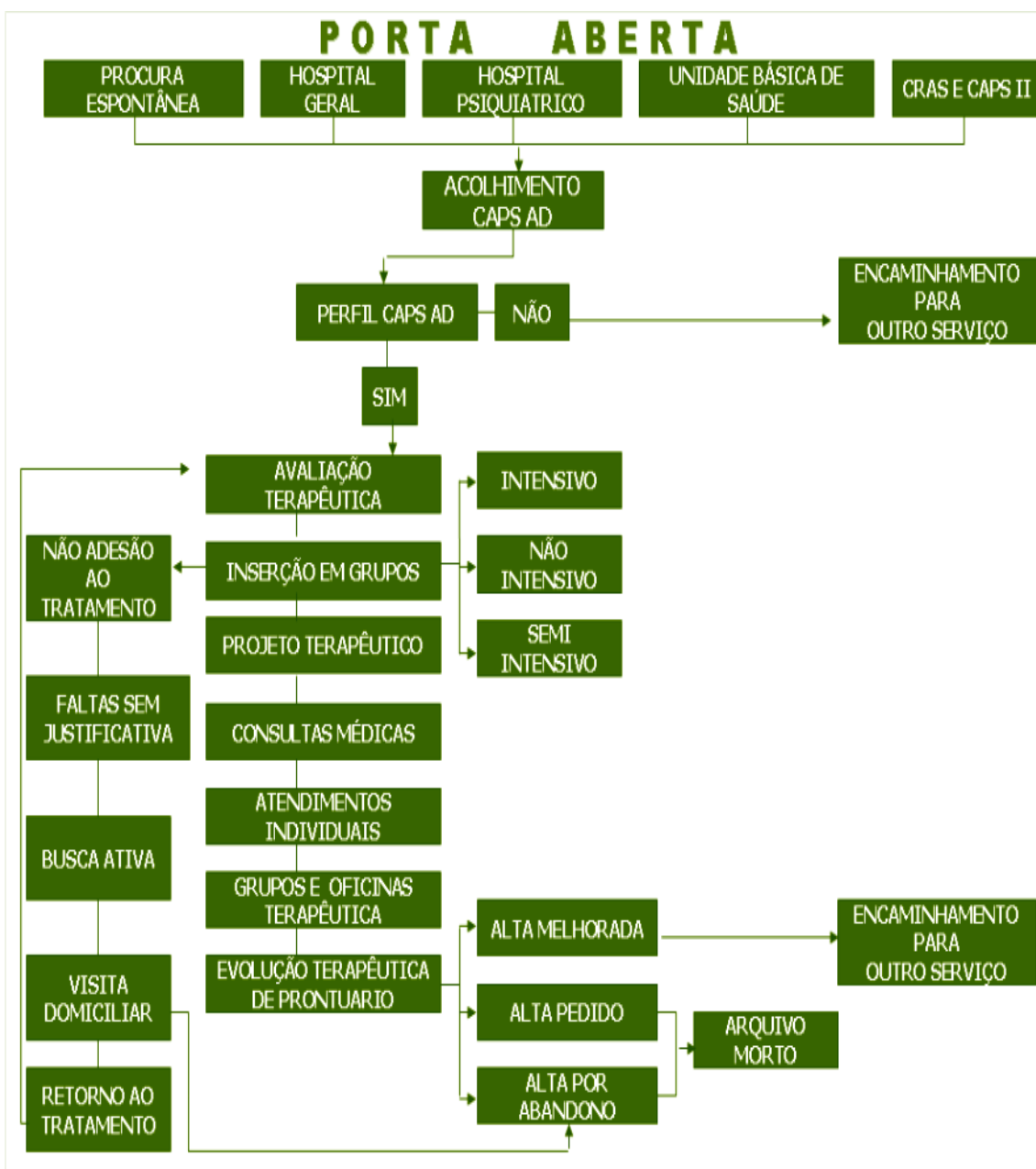
Estes profissionais desenvolvem atendimentos individualizados e atendimentos em grupo. Ainda são realizadas visitas domiciliares, atividades comunitárias de prevenção e cuidado à família. Além disso, também oferece condições para o repouso ambulatorial de pacientes que necessitem de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários em tratamento no CAPS ad depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS ad não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, são cuidadosamente preparados e ocorrem de forma gradativa (BRASIL, 2004).

Neste sentido, os profissionais estão preparados para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

5.2 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NO CAPS ad

No CAPS ad os usuários possuem acesso direto ao serviço, atendimento porta aberta, o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço. Porém, também são atendidos os pacientes encaminhados por outros serviços intersetoriais tais como: Unidades Básicas de Saúde (USB); Estratégia da Saúde da Família (ESF); Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico de atendimento Integral; Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I).



Para melhor compreensão do fluxo em questão, seguem as seguintes informações:

Acolhimento:

É o primeiro contato com o usuário no momento da sua procura pelo tratamento e é realizado por profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar. No qual é ofertado ao usuário um espaço para escuta terapêutica, com objetivo de promover maior conhecimento da história de vida e da doença do indivíduo.

Esse primeiro contato realizado em condições ideais auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, o que reflete diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Durante o acolhimento, a pessoa também é orientada quanto a dinâmica do serviço e suas modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo, não-intensivo e pernoite).

Considerando a possível necessidade de um acompanhamento de maior assistência, o usuário será encaminhado a outro serviço de maior ou menor complexidade: Hospital psiquiátrico, Hospital Clínico, Equipes de Saúde da Família e outros.

Inserção em grupos:

Durante o acolhimento é decidido junto com o usuário à modalidade de tratamento que melhor se adéqua as necessidades do mesmo no período considerado.

- Tratamento Intensivo: O usuário comparece diariamente ao CAPS ad.
- Tratamento Semi-intensivo: O usuário comparece 3 (três) vezes por semana no CAPS ad.
- Tratamento Não-intensivo: O usuário comparece uma vez por semana no CAPS ad.
- Tratamento em pernoite: O usuário permanece no serviço em horário integral por até 14 dias, dependendo da demanda de cada indivíduo.

IMPORTANTE: As mudanças das fases do tratamento são realizadas de modo individualizado a partir de discussão ampla pela Equipe do CAPS ad quando há necessidade de alterações, e juntamente com o usuário na elaboração do projeto terapêutico.

Após o acolhimento, o usuário participa dos Grupos de Atividades no qual são repassadas informações e orientações da dinâmica do tratamento. Neste espaço, o paciente recebe informações sobre as avaliações específicas de cada área de atuação da equipe multidisciplinar e passa a conhecer as propostas e atividades específicas do serviço.

Projeto terapêutico individual:

Momento em que são traçadas pelo usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar, as propostas e objetivos de tratamento, contemplando as necessidades do mesmo, possibilitando sua autopercepção e promovendo a manifestação de suas perspectivas e desejos.

Avaliação terapêutica:

São realizadas individualmente, e por todos os profissionais de nível superior do CAPS ad (Enfermagem; Psiquiatria; Psicologia; Serviço social; Terapia ocupacional). Estas avaliações têm por objetivo analisar diferentes áreas da vida do usuário, observando diversos aspectos e necessidades, a fim de almejar novas perspectivas de atuação profissional. Desta forma, busca-se adequar ao máximo o tratamento às necessidades de cada indivíduo.

Consultas com o médico psiquiatra:

O atendimento com este profissional é individual e tem como finalidade, tratar doenças e comorbidades psiquiátricas relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (SPA). Doenças estas, que podem ter levado a dependência, doenças concomitantes a dependência e também as que surgiram após o abuso e/ou dependência das substâncias psicoativas.

A avaliação psiquiátrica é realizada periodicamente, havendo necessidade de intervenção medicamentosa ou não. Pois assim, é possível fazer um acompanhamento da evolução, progressão ou retrocesso da qualidade clínica e psiquiátrica do paciente.

Consultas com o médico clínico:

Os atendimentos realizados pelo médico clínico geral na unidade têm como objetivo avaliar comorbidades e possibilidades de tratamento medicamentoso que otimizem a terapêutica para o usuário.

Atendimentos individuais:

Estes atendimentos incluem: assistência psiquiátrica, clínica e de enfermagem, psicológica, ocupacional, social, e demais orientações. Esta modalidade de tratamento tem indicação para usuários que necessitem de uma escuta e individual, que apresentam dificuldades de trabalhar algumas questões em grupo, ou ainda não apresentam perfil para participar de grupos terapêuticos.

Grupos e Oficinas Terapêuticas:

Nesta modalidade de atendimento são realizadas atividades educativas ou de informação, reflexão e suporte, em que o espaço terapêutico possibilita ao indivíduo sua tomada de consciência como ser social (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2010).

As atividades objetivam resgatar individualidades, descobrir potencialidades, desenvolver habilidades específicas e prover suporte de tratamento como atividade grupal que proporcione a socialização do paciente e facilite o vínculo afetivo com profissionais e outros participantes da oficina (PIRAQUARA, 2011).

Visam também proporcionar a exteriorização de sentimentos (angustias, medos e inseguranças), incentivar a criatividade, o contato e integração com o grupo, desenvolvimento do autocontrole, autopercepção e melhorar a autoestima.

Esses grupos/oficinas visam possibilitar maior conhecimento e aceitação da doença; incentivar usuários desmotivados, despreparadas e desencorajadas para mudar de comportamento; promover maior percepção e conhecimento dos sintomas de recaída, técnicas de enfrentamento; auxiliar na reorganização da rotina de atividades de vida diária e produtiva; estimular a descoberta de novas habilidades e interesses; orientar no desempenho de atividades de higiene e auto cuidado, planejamento e gerenciamento do tempo, no desenvolvimento e organização de planos e estabelecimentos de metas.

Grupos com Assistente Social:

Os grupos terapêuticos com o assistente social têm por objetivo impulsionar um processo educativo junto à clientela usuária, desenvolver trabalhos no sentido de conhecer, divulgar e viabilizar a integração dos equipamentos sociais e de saúde do território. Levantando questões relativas à exclusão social de pacientes que não se enquadram no “mercado de trabalho”, possibilitando a reflexão sobre as formas possíveis de reinserção em espaços da sociedade, inclusive o resgate de sua autonomia e inclusão em espaços de convivência, cultura e lazer. Este grupo tem como finalidade reintegrar e reinserir o paciente em seu contexto social, trabalhar com prevenção e gerenciamento dos recursos sociais destinados aos dependentes químicos.

Grupos com a Enfermagem:

Os grupos realizados pela Enfermagem trabalham questões relacionadas a educação em saúde, em que são abordados temas relacionados a saúde preventiva em linguagem coloquial através de palestras, filmes educativos e esclarecimentos de dúvidas sobre o tratamento medicamentoso; higiene pessoal e domiciliar; sexualidade; doenças sexualmente transmissíveis; alimentação; autoestima; entre outros.

Grupos com a Psicologia:

Os grupos terapêuticos com a psicologia têm por objetivo criar um espaço para reflexão, em que o usuário possa buscar o sentido de suas próprias vivências, tentando encontrar uma resposta diferente da droga para sua realidade psíquica, marcada pela fragilidade e angústia. A droga protege o paciente do confronto com eu desamparo e abster-se dela é experimentar o vazio, o desespero e a impotência (DUARTE; SANTOS, 2009). Desta forma, a partir da reflexão dos aspectos de sua vida e das suas dificuldades, busca-se auxiliar o paciente nesta mudança de comportamento. Promove-se assim a comunicação, expressão e ampliação da consciência que o paciente tem de si mesmo, possibilitando a identificação e o desbloqueio dos núcleos de conflitos, buscando o equilíbrio emocional.

Grupos com a Terapia Ocupacional:

As oficinas terapêuticas da Terapia Ocupacional (T.O.) têm por objetivo desenvolver atividades criativas e de conscientização do usuário no tratamento. A abordagem da T.O. faz uso de amplos recursos do conhecimento humano, tanto

teórico como prático, visando a aplicabilidade da ocupação enquanto recurso terapêutico. O Terapeuta ocupacional trabalha as questões de atenção e concentração, valorização da autoestima, socialização, aquisição de relações interpessoais, tolerância a frustrações, autocontrole, autonomia e desenvolvimento de novas habilidades e interesses. A fim de recuperar e/ou desenvolver habilidades cognitivas, motoras e emocionais, prejudicadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. As atividades externas (passeios, exposições da T.O., atividades de cinema) visam principalmente o retorno às atividades sociais (reinserção social) e de lazer, incentivando o retorno as atividades de vida diária e promovendo a qualidade de vida.

Busca Ativa:

Quando um paciente deixa de comparecer as atividades do CAPS ad sem justificativa, os profissionais tentam sensibilizá-lo a retornar ao tratamento por meio do contato telefônico. Quando este contato não apresenta sucesso é realizado a visita domiciliar.

Visita domiciliar:

Durante a visita domiciliar é oportunizado ao profissional a possibilidade de sensibilizar o paciente a respeito da importância deste retornar ao tratamento, bem como de interagir com seus familiares e prestar informações a respeito da dependência química.

Tipos de alta:

Toda alta é eminentemente uma medida *clínica*, que precisa ser negociada e aceita pelo paciente, como parte de um projeto que irá ajudá-la viver melhor. No CAPS ad são realizados três tipos de Alta:

- **Alta melhorada:** Ao perceber o momento de evolução do usuário são realizadas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.
- **Alta por abandono:** O tratamento da dependência química exige muita responsabilidade e comprometimento do paciente, porém muitas vezes este ainda não

percebe a dependência como uma doença, e alguns iniciam o tratamento obrigado pela família. Desta forma, no decorrer da terapêutica existe o abandono.

- **Alta a pedido:** Acontece quando a equipe técnica ainda percebe a necessidade de continuidade do tratamento, porém o paciente se sente preparado para restabelecer suas relações e obrigações sociais.

Encaminhamento para outro serviço:

- **Equipes de Saúde da Família:** São encaminhados para os PSFs os pacientes que recebem alta melhorada do CAP ad, casos que necessitam de acompanhamento de menor intensidade, atendimentos individuais, e / ou usuários que não tem a disponibilidade de frequentar os grupos terapêuticos nos dias e horários de atendimento.
- **Hospital Clínico:** Casos que apresentam urgência e emergência clínica (ex:delirium tremens, convulsões, entre outros).
- **CAPS infanto-juvenil :**Os casos de crianças/adolescentes que procuram o serviço (CAPS ad) primeiramente são acolhidos por um profissional de nível superior e posteriormente são encaminhados para o CAPS infantil(se assim avaliado como a melhor condução do caso). O projeto terapêutico pode e deve ser avaliado pelas duas equipes quando se fizer necessário.
- **CAPS I:** Os casos de usuários com comorbidades psiquiátricas que demandarem naquele momento um acompanhamento mais direcionado no outro serviço. O projeto terapêutico pode e deve ser avaliado pela duas equipes quando se fizer necessário.

Assembleias: Acontecem semanalmente e são registradas em livro ata.

Reunião de Equipe:

Momento em que são discutidas questões relacionadas às atividades e programação semanal da equipe, bem como a avaliação e discussões do processo de trabalho.

Reunião Clínica:

Momento em que os profissionais realizam a discussão de casos avaliam e planejam ações cotidianas relacionadas ao tratamento e acompanhamento terapêutico do paciente, e agilizam a tomada de decisões de forma multidisciplinar.

Evolução de prontuário:

O prontuário é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Grupos de Família:

Este grupo tem o objetivo de acolher e orientar os familiares para que possam compreender melhor a questão da dependência química. Motivar os familiares a buscar em conjunto com o serviço as possíveis soluções dos problemas. Reestruturação na vida familiar, profissional e social, intervenções na prevenção de recaídas. O grupo acontece semanalmente.

Dentre os aspectos mais importantes a serem considerados na abordagem da família e do paciente é de que ambos procuram o serviço de saúde mental motivados por pressões e expectativas diferentes. Buscam uma solução rápida para a aflição momentânea causada por complicações físicas, emocionais, sociais ou jurídicas, até o desejo de receber auxílio doença, orientação e/ou tratamento.

Assim, com informações e orientações adequadas sobre a natureza da dependência química e seus efeitos, a família aprende a se relacionar de maneira mais saudável com o paciente, evitando atitudes como rigidez, a alienação e o isolamento. Ressaltando que deve-se evitar o risco de ser conivente com a situação da dependência.

É de extrema importância incentivar constantemente o dependente de SPA para que ele evite a ociosidade, incentivando-o às responsabilidades e envolvimento com trabalho, esporte e lazer. A família precisa ser orientada a valorizar os progressos alcançados pelo dependente de SPA, para que ele perceba suas competências, habilidades, estimulando-o a autoconfiança. Isto também motiva o familiar adicto a traçar novos objetivos e se empenhar em novas conquistas com seu próprio esforço.

Importante lembrar que o adoecimento de um membro da família por SPA afeta direta ou indiretamente todos os familiares, e estes passam a ser co-dependentes. Desta forma, faz-se parte do tratamento cuidar desta família e orientá-la como enfrentar e buscar soluções para este problema.

5.3 Uso, Abuso e Dependência de substâncias psicoativas/drogas

Qualquer padrão de consumo de drogas traz danos ao indivíduo e pode alterar o estado mental, por isso são chamadas de substâncias psicoativas (SPA).

Cada substância pode apresentar padrões de utilização altamente disfuncionais com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (SENAD, 2010).

Uso de drogas é caracterizado pela auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa (SENAD, 2010).

Abuso de drogas é entendido como um padrão de uso que promove o aumento do risco de conseqüências prejudiciais ao usuário e em sua vida (SENAD, 2010).

Dependência química é uma relação disfuncional e desregrada do indivíduo consumir uma determina SPA. De acordo com o DSM-IV, Dependência “é um padrão mal-adaptativo, levando o prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo”. (SENAD, 2010).

5.3.1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A seguir serão descritas algumas características das SPA mais utilizadas pelos pacientes em tratamento no CAPS ad.

ÁLCOOL

O problema relacionado ao consumo do álcool só podem ser comparados àqueles causados pelo consumo do tabaco e pelas práticas de sexo sem proteção.

As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico. Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à

de euforia leve, evoluindo para tortura, a taxia e incoordenação motora, passando saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades. Desta forma, é importante que os profissionais de saúde investiguem o histórico de uso em todos os pacientes (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

O diagnóstico precoce melhora o prognóstico entre esses indivíduos.

Aqueles que possuem em padrão de consumo devem ser motivados para a abstinência ou a adoção de padrões mais razoáveis ao consumo. Para aqueles que possuem dependência de álcool, o encaminhamento para um serviço de tratamento especializado como CAPS ad, deve ser recomendado (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

A dependência de álcool acomete de 10% a 12 % da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país, segundo o levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. O álcool, ao lado da dependência de tabaco, é a forma de dependência que recebe maior atenção dos pesquisadores.

Muitas características, tais como gênero, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil podem influenciar o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência ao álcool (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

O padrão de consumo de álcool é um aspecto relevante na avaliação inicial de qualquer paciente. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permitem a observação de rituais de uso e auxiliar no estabelecimento de estratégias de mudanças (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

- Intoxicação Aguda

Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidade acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

- Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos pela CID-10 e pelo DSM-IV, como síndrome de abstinência do álcool (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve e moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Que acontece cerca de 24 a 36 horas após a última dose.

Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos e geralmente são auto limitadas, não requerendo tratamento específico (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Tem intensidade variável e aparecem algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, hipotensão ortostática e febre (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

Em alguns casos a internação em hospital geral é necessária a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

COCAÍNA

A cocaína ressurgiu no cotidiano das pessoas nos últimos 20 anos. Desde então, novos padrões de consumo e apresentações da substância foram introduzidos. O consumo da cocaína atinge hoje todos os estratos sociais (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial. Sendo que a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). A população de usuários é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

Por ser um alcalóide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos, a obtenção da cocaína passa por duas etapas e origina diversos subprodutos (LARANJEIRA *et al.*, 2003). O consumo da substância pode dar por qualquer via administração, com rápida e eficaz absorção pelas mucosas oral e nasal e pela via pulmonar. A euforia desencadeada reforça e motiva, na maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo, porém quanto mais rápido o início da ação, quanto maior a sua intensidade e quanto menor a duração, maior será a chance do indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência. Esses fenômenos são todos influenciados pela via de administração escolhida. Desse modo, a via de administração é um importante fator de risco para o uso nocivo e para dependência (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

As complicações relacionadas ao consumo de cocaína são capazes de levar o indivíduo à atenção médica são habitualmente agudas. As complicações psiquiátricas são as que mais levam os usuários de cocaína à buscar ajuda especializada. Quadros agudos de pânico, transtornos depressivos e psicóticos agudos são os mais relatados. O prognóstico dos indivíduos portadores de comorbidades é mais comprometido e aumenta a chance da procura de atendimento médico por estes (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

Dentre as complicações agudas relacionadas ao consumo de cocaína, a *overdose* é mais conhecida. Pode ser definida como a falência de um ou mais órgãos decorrentes do uso agudo da substância. Seu mecanismo de ação está relacionado ao excesso de estimulação central e simpática. *A overdose de cocaína é uma emergência médica e por isso requer atenção imediata* (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

MACONHA

A *Cannabis sativa* é um arbusto da família das maraceae, conhecidos pelo nome de “cânhamo” da Índia, que cresce livremente nas regiões tropicais e temperadas. A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente, e estudos apresentam que 1 em 10 daqueles que usaram maconha na vida se tornaram dependentes (LARANJEIRA *ET al.*, 2003).

A *Cannabis sativa* contém aproximadamente 400 substâncias químicas, entre as quais destacam-se pelo menos 60 alcalóides conhecidos como canabinóides, que são responsáveis pelos seus efeitos psíquicos (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

Déficits motores como prejuízo da capacidade para dirigir automóveis e cognitivos como perda de memória de curto prazo, com dificuldade para lembrar eventos, que ocorreram imediatamente após o uso de canábis, costumam acompanhar a intoxicação (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

O consumo de maconha pode desencadear quadros temporários de natureza ansiosa, tais como reação de pânico, ou sintomas de natureza psicótica.

Ambos habitualmente, respondem bem a abordagens de resseguramento e normalmente não há necessidade de medicação (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além de constituir um importante fator desencadeador em indivíduos predispostos. Desse modo, pacientes esquizofrênicos usuários de maconha e seus familiares devem ser orientados acerca dos riscos envolvidos. O mesmo se aplica aos indivíduos com fatores de risco e antecedentes familiares para a doença (LARANJEIRA *ET al.*, 2003).

SOLVENTES

Com exceção do éter e do clorofórmio, já utilizados como anestésicos gerais, os solventes não possuem qualquer finalidade clínica. Eles são compostos de hidrocarboneto alifáticos e aromáticos, facilmente voláteis, presentes numa série de produtos, tais como aerossóis, vernizes, tintas, propelentes, cola, esmalte e removedores (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

No Brasil, os solventes estão entre as drogas mais usadas por estudantes de escolas públicas e entre adolescentes de baixa renda. Trabalhadores da indústria podem apresentar problemas agudos e crônicos decorrentes da exposição à ação de solventes. Diversos usuários crônicos apresentam quadro neurológicos graves (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

Doses iniciais trazem ao usuário uma sensação de euforia e desinibição, associada a tinidos e zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Com o prosseguimento do uso, surgem manifestações congruentes com a depressão do SNC: confusão mental, desorientação e possível alucinações visuais e auditivas. A terceira etapa acentua a depressão central, com redução do estado de alerta, descoordenação motora e piora das alucinações. A intoxicação pode atingir níveis ainda mais profundos de depressão, como estado de inconsciência, convulsões, coma e morte (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

O quadro seguinte relata os efeitos de intoxicação desencadeados pelo uso das principais drogas utilizadas.

5.3.2 RESUMO DAS AÇÕES QUÍMICAS PROVOCADAS PELO USO DE SPA SUBSTÂNCIA - EFEITOS IMEDIATOS E TARDIOS DO CONSUMO CONTÍNUO

TABACO

- Hipertensão (pressão alta), tosse,
- Broncoespasmos, taquicardia,
- Vertigem.
- Doenças pulmonares e lesões de orofaringe;
- Doenças vasculares (infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência vascular em membros e impotência sexual).

ÁLCOOL

- Diminuição da coordenação motora e do equilíbrio
- Hipotensão
- Parada respiratória, coma e até mesmo a morte
- Fraqueza, câimbras e amortecimento em MMII
- Impotência ou frigidez sexual
- Perda de memória, diplopia (visão dupla), cirrose hepática (doença no fígado)
- Instabilidade emocional, agressividade extrema
- Demência irreversível .

INALANTES

(Ex: tintas, colas, gasolina, tinner, solventes, aerosóis, etc...)

- Embriaguez, alucinações, diplopia (visão dupla).
- Parada respiratória, coma e morte.
- Doenças graves do fígado, rim e sangue (leucemias).
- Demência irreversível.

CANABINÓIDES (Ex: maconha e haxixe)

- Letargia, dificuldade de raciocínio, secura da boca.
- Reações de ansiedade e pânico, agressividade e em alguns casos alucinações.
- Impotência sexual ou frigidez, perda de memória, aumento de peso.
- Transtornos de humor.

OPIÁCEOS (Ex: heroína, morfina, dolantina, etc...)

- Confusão mental, alucinações
- Delírios, euforia, agitação psicomotora
- Convulsões, parada respiratória por inibição dos Centros Respiratórios e, se não houver assistência terapêutica rápida, a morte
- Cólicas abdominais
- Anorexia, desnutrição, intestino preso,
- Impotência ou frigidez sexual, esterilidade,
- Demência, confusão e doenças infectocontagiosas.

ANFETAMINAS (Ex: Ecstasy, Cocaína/Crack)

- Secura da boca, inibição da fome, suores, febre, hipertensão (pressão alta), arritmias cardíacas, irritabilidade, euforia, agressividade, tremores e convulsões, delírios e alucinações.
- Emagrecimento, irritabilidade, delírios paranóides (sensação de ser perseguido por organizações secretas, etc.) e transtornos do humor.
- A perfuração do septo nasal é uma complicação típica do consumo inalado de cocaína.
- A exaustão contínua pode provocar desidratação, problemas cardíacos, renais e até mesmo a morte

MEDICAMENTOS

BENZODIAZEPINAS (Ex: Diazepam, Alprazolam, Midazolam)

- Diminuição da ansiedade e da coordenação motora, do equilíbrio
- Hipotensão (pressão baixa) e bradicardia,
- Emagrecimento, ansiedade, irritabilidade e agressividade, grande labilidade emocional, depressão, parada respiratória e morte.

ALUCINÓGENIOS (Ex.: LSD)

- Quadros delirantes e alucinantes em que o consumidor tem sensação intensa de pânico que podem durar até cerca de 2 dias.
- Crises psicóticas com delírios e alucinações

5.4 PROGRAMA REDUÇÃO DE DANOS

A Política de Redução de Danos é uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo (BRASIL, 2003).

Acredita-se que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Destarte, desenvolver ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação voltados aos usuários de drogas e suas famílias devem ser viabilizados e garantidos (BRASIL, 2003).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de

ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida. A redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de coresponsabilidade daquele que está se tratando.

Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

5.5 FARMÁCIA

Assistência farmacêutica no Programa de Saúde Mental

Como está organizado: Os medicamentos comprados são encaminhados à farmácia municipal sede.

Na farmácia sede é dada entrada no estoque de medicamentos e devidamente armazenada em ambiente que atende a todas as exigências das BPA- Boas Práticas de Armazenamento.

O paciente chegando à farmácia deve estar munido de receitas brancas carbonadas ou azuis atualizadas; tendo validade de 30 dias após a prescrição médica, cartão de matrícula de algum CAPS e documento de identificação. As receitas são conferidas conforme a prescrição médica, entregue as medicações e orientando-os o uso correto das medicações.

As medicações dos usuários inseridos na permanência intensiva e ou pernoite ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem do serviço enquanto se fizer necessário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo de atendimento visa possibilitar a organização da rede de saúde mental do município de Oliveira e região quanto ao fluxo de toda a demanda que diz respeito ao álcool e outras drogas, oferecendo serviços de serviço de qualidade e garantindo respaldo técnico ao atendimento profissional.

Com a elaboração do protocolo e um trabalho de capacitação dos profissionais do serviço e das redes de atenção, pretende-se formalizar o fluxo atendimentos, encaminhamentos e padronizar a condução de casos.

Acredita-se que com a construção do protocolo será possível garantir ao usuário e seus familiares uma maior adesão e continuidade ao tratamento.

7 REFERENCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

BRASIL. Lei n. 10216 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**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III**, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. – 3. ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 424 p.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In: VASCONCELOS, E.M. (org) **Abordagens psicossocial, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.