

VANESSA CAVALCANTE DE ARAUJO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO ÁLCOOL: SOFRIMENTO
PSÍQUICO E DEPRESSÃO**

GUARULHOS

2021

VANESSA CAVALCANTE DE ARAUJO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO ÁLCOOL: SOFRIMENTO
PSÍQUICO E DEPRESSÃO**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, às Faculdades Integradas de Ciências Humanas, da Saúde e Educação de Guarulhos, sob orientação da Prof.^a. Ma. Cristina Harumi Sumita.

Guarulhos

2021

VANESSA CAVALCANTE DE ARAÚJO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO ÁLCOOL: SOFRIMENTO
PSÍQUICO E DEPRESSÃO**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia às Faculdades Integradas de Ciências Humanas, da Saúde e Educação de Guarulhos, sob orientação da Prof^ª. Dra. Cristina Harumi Sumita.

Professora Dra. Cristina Harumi Sumita
Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos
Orientadora

Professora Ma. Ina Lages Nascimento
Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos
Banca

Professora Me. Sônia Regina Giusti
Faculdades Integradas de Ciências Humanas,
Saúde e Educação de Guarulhos
Banca

Guarulhos, 17 de dezembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me fortalecer todos os dias, desde que decidi retornar aos estudos após 10 anos, para o curso Graduação de Psicologia, um sonho pessoal, que com o tempo se tornou uma exigência profissional.

Aos meus pais Pedro e Geny que sempre me ofereceram apoio para que eu pudesse trilhar essa jornada de 5 anos com dedicação, carinho e amor. São meus maiores incentivadores.

Aos meus amigos, que sempre me incentivaram à formação de Psicologia, por acreditarem no meu potencial e tiveram compreensão com a minha ausência.

Às minhas amigas de curso, companheiras de trabalhos nesses últimos anos, que sempre estiveram na torcida pelo meu desempenho, em especial a Meg, uma pessoa maravilhosa que a psicologia pode me apresentar e pela qual tenho uma grande admiração.

À minha orientadora, que durante os nossos encontros me auxiliou com toda atenção, parceria e grandiosa compreensão em suas sugestões. Todos os contatos me fizeram sentir o cuidado e carinho com o tema apresentado.

Aos professores do curso de Psicologia, que através dos seus ensinamentos permitiram que eu pudesse concluir este trabalho.

ARAÚJO, Vanessa Cavalcante. **TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO ÁLCOOL: SOFRIMENTO PSÍQUICO E DEPRESSÃO**. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos, 2021.

RESUMO: De acordo com a Organização Mundial da Saúde - (OMS), o alcoolismo é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo. A depressão é a quarta principal causa de incapacitação em todo o mundo e, segundo projeções da OMS, em 2030 será o mal mais prevalente do planeta, à frente do câncer e de algumas doenças infecciosas. O alto nível de consumo de álcool, uso abusivo ou dependência, estão frequentemente associados à presença de sintomas depressivos. Estudos apontam que entre os alcoolistas há risco consideravelmente maior de depressão, do que entre os não alcoolistas. Profissionais de saúde relatam dificuldades em realizar diagnóstico psicológico e psiquiátrico, em situações em que há comorbidades entre transtornos por uso de substâncias psicoativas e outros transtornos mentais. Concluiu-se que o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - AD (Álcool e Drogas), é um espaço que promove a escuta e o reconhecimento da subjetividade do indivíduo e dos laços sociais, providenciando técnicas que se conciliam com os medicamentos e proporcionem a autonomia do indivíduo e sua reabilitação psicossocial. Não foi identificado um método de tratamento e intervenção adequado aos usuários de álcool diagnosticados com depressão. O objetivo desta pesquisa foi compreender, no âmbito nacional, o tratamento psicoterápico da relação entre as drogas, os transtornos mentais e a depressão, especificamente o álcool. A metodologia trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, e bibliografias referentes a problemas de saúde pública, tendo como objetivo captar e analisar as características dos vários métodos indispensáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica, depressão, drogas e álcool, adoecimento, saúde pública e usuários de drogas, alcoolismo, dependência, comorbidade, diagnóstico, tratamento, metodologia, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD, transtornos relacionados ao uso de álcool, saúde mental, concepção sobre drogas

ABSTRACT: According to the World Health Organization - (WHO), alcoholism is a disease of a complex nature, in which alcohol acts as a determining factor on preexisting psychosomatic causes in the individual. Depression is the fourth leading cause of disability worldwide and, according to WHO projections, by 2030 it will be the most prevalent disease on the planet, ahead of cancer and some infectious diseases. The high level of alcohol consumption, abuse or dependence are often associated with the presence of depressive symptoms. Studies show that among alcoholics there is a considerably higher risk of depression than among non-alcoholics. Health professionals report difficulties in carrying out psychological and psychiatric diagnosis, in situations where there are comorbidities between disorders caused by the use of psychoactive substances and other mental disorders. It was concluded that the Psychosocial Care Center - CAPS - AD (Alcohol and Drugs) is a space that promotes listening and recognition of the individual's subjectivity and social ties, providing techniques that are reconciled with medication and provide autonomy of the individual and their psychosocial rehabilitation. An adequate treatment and intervention method for alcohol users diagnosed with depression has not been identified. The objective of this research was to understand, at the national level, the

psychotherapeutic treatment of the relationship between drugs, mental disorders and depression, specifically alcohol. The methodology is a study with a qualitative approach, and bibliographies referring to public health problems, aiming to capture and analyze the characteristics of the various indispensable methods.

KEYWORDS: Psychiatric Reform, depression, drugs and alcohol, illness, public health and drug users, alcoholism, dependence, comorbidity, diagnosis, treatment, methodology, Psychosocial Care Center - CAPS AD, disorders related to alcohol use, health mental, drug conception.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3. REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Panorama Histórico sobre transtorno Mental e drogas no Brasil	12
3.2 Apresentando o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para a compreensão do CAPS AD	15
3.3 Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS	18
3.4 E sob a perspectiva da nossa categoria, isto é, do Conselho Regional de Psicologia de SP, o que ele tem a nos dizer sobre os cuidados da Saúde Mental?	19
3.5 Estudos e terapêuticas sobre comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias	20
3.6 - Investigação sobre estudos que relacionam o transtorno mental, especificamente, a depressão com o álcool.	23
3.7 Adesão e não ao tratamento	24
3.8 - A Terapêutica do apoio social e apoio psicológico	25
4. METODOLOGIA:	29
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	37
ANEXOS	
ANEXO A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.....	41
ANEXO B Série histórica dos CAPS habilitados no Brasil.....	52
ANEXO C Série histórica da expansão do CAPS no Brasil.....	52
ANEXO D Dados de investimentos do CAPS.....	53

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa partiu das próprias experiências pessoais da pesquisadora, a qual passou pela vivência na qual teve o contato com problemas encontrados nos seios familiares e convívios sociais, e acompanhou o usuário de álcool no seu sofrimento e os declínios da vida causada pela droga, tais como: as perdas de uma estrutura familiar, de bens materiais, do trabalho, gerando problemas financeiros, de relacionamentos, exclusão social, até sofrer o estágio de abstinência o que o levou à internação.

Naquele momento, a pesquisadora observou que os familiares sofriam tanto quanto o usuário. Como também tinha conhecimento de que o álcool era um depressor do Sistema Nervoso Central (SNC) e agravava, com o passar do tempo, os sintomas depressivos, aumentando o risco de morte por suicídio. Ao notar essa dinâmica, a pesquisadora percebia que o usuário havia desistido de viver a sua própria vida e este modo de existir (alcoolismo). Isso chamou a atenção para a necessidade de estudar e investigar, sobre a identificação e tratamento específico para a depressão em pacientes alcoólatras. Por isso, o objetivo desta pesquisa foi compreender, no âmbito nacional, o tratamento psicoterápico da relação das drogas especificamente o álcool com o transtorno mental, a depressão.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS – Dependência de Álcool (DSM IV 303.90) Alcoolismo: “é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos preventivos e terapêuticos de grande amplitude.” Alcoólatras: “são usuários de bebidas alcoólicas de forma excessiva, cuja dependência chega a ponto de causar perturbações mentais evidentes, manifestações afetando a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento socioeconômico de perturbações desse gênero e que, por isso, necessitam de um tratamento.”

A depressão é a quarta principal causa de incapacitação em todo o mundo e, segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), e em 2030 será o mal mais prevalente do planeta, à frente do câncer e de algumas doenças infecciosas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma lista com as 10 principais causas de incapacidade do mundo, em ordem decrescente do número de anos de atividade perdidos por causa das limitações físicas e mentais, tendo a depressão em primeiro lugar, apresentando 76,4 milhões de anos perdidos.

A depressão entre o usuário de drogas parece ter um significado simbólico ou talvez no imaginário das pessoas que não usam drogas. Entende-se que quem se entregar às drogas deve

ter algo errado consigo próprio, talvez tenha lhe acontecido alguma coisa, uma profunda decepção na vida ou um desgosto. A pesquisa apresenta relatos de pessoas comuns falando sobre o passado de bêbados e viciados que é repleto de histórias de tristezas e desenganos. O que talvez leve um sujeito desesperado e deprimido a se lançar ao uso compulsivo de drogas/álcool, seja o fenômeno da dependência. Embora bastante comum, seja mesmo intrigante em suas origens (SAIDE, 2011).

Menezes e Nascimento (2000), apontam uma forte associação entre transtornos depressivos e alcoolismo. As bebidas alcoólicas foram o principal motivo de internação psiquiátrica envolvendo usos de substâncias, com 39.186 internações de um total de 51.787, ocorridas em 367 hospitais psiquiátricos no Brasil, em 2004.

Um dos principais problemas associados com o uso de álcool para lidar com problemas de saúde mental, é que o consumo excessivo de álcool interfere, dentre outros processos, com a depressão.

Ressalta-se que o acolhimento e a intermediação são resultados da postura de escuta do profissional de psicologia. Por conhecer os processos relacionais, o psicólogo pode ajudar a compreender, dentro de um espaço social, que lugares estão sendo construídos para os sujeitos (equipe, usuários e família), de modo a identificar de que forma se podem construir novas relações, para que esses lugares sejam condizentes com o tratamento num todo.

De acordo com o Conselho Regional de Psicologia, a técnica para atuação de psicólogos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, constitui-se como resposta ao modelo de arquitetura hierárquico e rígido do hospital psiquiátrico, modelo que não respondia a uma condição humanizada dos indivíduos em seus vários estágios de doença mental. No Centro de atenção Psicossocial – CAPS, o psicólogo, em conjunto com os demais profissionais, promove o cuidado, a integração social e o convívio social, assim como a escuta e o reconhecimento da subjetividade do indivíduo e dos laços sociais.

Segundo WHO (1992) APA (1994), o alcoolismo (Síndrome de Dependência do Álcool), é hoje uma das entidades mórbidas que têm consequências físicas e sociais mais danosas, catalogada tanto pela Associação Psiquiátrica Americana, quanto pela Organização Mundial de Saúde. É responsável pelo elevado número de homicídios, suicídios, acidentes de trabalho, de trânsito e um dos líderes de internações e reintegrações em clínica e hospitais. A principal característica do alcoolismo é uma sucessão de perdas, o desejo incontrolável da bebida e a incapacidade de estabelecer um limite para controlá-lo, comprometem os relacionamentos profissionais, familiares e as amizades (apud GARRIDO et al., 2016, p.40).

De acordo com Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2009), estudo brasileiro realizado com pacientes psiquiátricos ambulatoriais constatou que 33,9% faziam uso problemático de álcool. Pacientes com comorbidades representam um contingente significativo de pessoas em tratamento.

A adesão ao tratamento é um trabalho complexo é muito difícil, por se tratar de uma demanda à qual os usuários de drogas não compartilham suas expectativa e situações de abstinência, e deixam de utilizar os serviços de apoio; outros sequer procuram serviços. Sendo assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2003).

Segundo a pesquisa de Cobb (1976) apud Corradi- Webster, Santana e Santos (2020), o impacto positivo do apoio social na saúde já é discutido na literatura científica desde 1970. Os benefícios do apoio social, sendo este indicado como fenômeno protetivo de diversas patologias psíquicas (depressão, alcoolismo e outros), além de favorecer a prevenção, está relacionado à melhor adesão ao tratamento e menor quantidade de medicamentos necessários para a recuperação.

Buscou-se, com a presente monografia, compreender e identificar qual o apoio e tratamento oferecido ao adicto de álcool com diagnóstico de depressão, assim como os motivos reais que levam o indivíduo a manter uma vida de sofrimento, sabendo que a associação da depressão e uso de álcool aumenta o risco de suicídio. Quais as enfermidades que afetam diretamente as emoções e criam no indivíduo a condição de dependência, assunto bastante abrangente e considerado como um problema de saúde pública. Apresentou-se o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - Álcool e Drogas, como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, que tem por finalidade oferecer atendimento à população com problemas relacionados ao uso de substância psicoativas, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é compreender, no âmbito nacional, o tratamento psicoterápico da relação das drogas especificamente o álcool com o transtorno mental a depressão.

2.2 Objetivos específicos

A partir do problema de pesquisa, o objetivo específico é compreender e conhecer o que acontece com o sujeito adicto de drogas e diagnosticado com depressão, e que está assistido por um equipamento da saúde e ainda permanece em sofrimento psíquico.

Para buscar as respostas dos objetivos desta pesquisa, foram levantadas as seguintes questões para o estudo e investigação:

- 1) Apresentar o histórico do cuidado sobre a saúde mental e drogas no Brasil;
- 2) Quais os métodos terapêuticos utilizados nos equipamentos de saúde que tratam o transtorno mental - depressão e drogas;
- 3) Saúde Mental segundo o Conselho Regional de Psicologia;
- 4) Apresentar um panorama dos estudos e terapêuticas sobre transtorno mental e drogas;
- 5) Investigar estudos que relacionam depressão com o álcool;
- 6) Pesquisar os pacientes que aderem ao tratamento, e os que não aderem;
- 7) Levantar intervenções psicoterápicas com os sujeitos de nossa pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Panorama Histórico sobre transtorno mental e drogas no Brasil

Conforme o Ministério da Saúde¹, o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e do “Movimento Sanitário”, nos anos 70, surgiu em benefício da alteração dos padrões de atenção e gestão nas práticas de saúde, uma proteção da saúde coletiva, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, nos métodos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Este o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, tem uma história própria inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Na crise do modelo de assistência centralizado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços das mobilidades sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas, e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Observado que a Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social, tais como: instituições em territórios diversos, nos governos estaduais, municipal e federal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social. Entendida como um conjunto de renovações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, em que é no habitual da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por dificuldade, obstáculos, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Para Amarante (1995, p 91), no Brasil a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, constituído não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. Classifica-se a reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a concepção de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

¹ Ministério da Saúde Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Caracas Brasília, novembro 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Neste mesmo momento histórico de luta por uma nova sugestão organizacional da assistência em saúde no Brasil, com o projeto da reforma sanitária, que ganhou força com as alterações no campo da saúde mental, no mesmo momento acontecia a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo princípios como universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

Para fortalecer o Sistema Único de Saúde - SUS, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), sendo consolidado, em 1998, como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A estratégia nasceu da tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais de saúde e cidadãos brasileiros (BACKES, 2012).

No ano 2001 foi dado um passo importante para a estabilização da reforma psiquiátrica, sendo aprovada a lei federal nº 10.216, que objetiva a redução progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede extra-hospitalar, com serviços substitutivos como Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, residenciais terapêuticos, leitos psiquiátricos em hospital geral, entre outros (BRASIL, 2001).

Além da criação destes serviços citados, para se ter uma atenção efetiva em saúde mental e uma reinserção do indivíduo na comunidade, é preciso que haja uma articulação com outros recursos existentes em outras redes: sócio sanitária, jurídica, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. (BRASIL, 2004).

A atenção básica² deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e é neste contexto que está inserida a Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2011).

Este serviço é um potencial equipamento para se trabalhar as ações voltadas para a atenção ao usuário de drogas, uma vez que os profissionais identificarem o meio que o indivíduo vive, podendo provocar mudanças neste contexto no decorrer do tempo. Porém, abordar a temática das drogas no contexto da Estratégia Saúde da Família é, antes de tudo, um desafio. Isso, porque a dependência das substâncias psicoativas envolve questões que vão muito além das reações neuroquímicas dessas substâncias no organismo humano (BARROS e PILLON, 2007).

²A **Atenção Básica** é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade (BRASIL, 2011).

Segundo Gonçalves e Tavares (2007), o consumo de drogas pelos indivíduos não envolve apenas a sua relação somente com o consumo da substância psicoativa, deve-se considerar todas as dimensões da vida do indivíduo que são afetadas em função do uso de álcool, bem como, relacionamento familiar, convívio social, trabalho e saúde.

Ventura (2011), afirma que a legislação brasileira, relativa às drogas, evoluiu de sistema totalmente proibicionista para um sistema menos repressor no que se refere aos usuários de drogas.

Fiore (2012), afirma que, ainda que as resoluções da Primeira Conferência Internacional do Ópio de 1912, realizada em Haia, tenham sido praticamente abandonadas nos anos conturbados entre as duas grandes guerras, o modelo ali esboçado foi triunfante. Defendida, patrocinada e sediada pelos EUA, já sob a coordenação da ONU - Organização das Ações Unidas, a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, implantou de forma global o paradigma proibicionista no seu formato atual. Os países signatários da Convenção se comprometeram à luta contra as drogas, passando a punir quem as produzisse, vendesse ou consumisse.

Conforme Fiore (2012), o proibicionismo é uma forma simplificada de relacionar o paradigma que rege a atuação dos Estados, em relação a determinado conjunto de substâncias, modulando o entendimento de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais x positivas e ilegais x negativas. Seus desdobramentos vão muito além das convenções e legislações nacionais. Deixando consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado certo da batalha, na luta contra as drogas.

O Ministério da Saúde definiu em 2004 uma Política para a Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas, sendo apresentado como diretrizes: a atenção integral à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, modelos de equipamento atenção psicossocial, como é chamado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistenciais; para o controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, visando padronizar os serviços de atenção ao usuário de drogas (BRASIL, 2004).

Barros e Pillon (2006), mostram a importância da articulação entre a atenção básica, a saúde mental e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas para enfatizar o propósito de modificações da prática assistencial, visando a sua inserção e a integração dessa tríade por parte da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

Nas décadas de 1980 e 1990, a reforma psiquiátrica brasileira até a divulgação da Lei de Saúde Mental, em abril de 2001, assistia ainda ao surgimento de experiências institucionais

bem-sucedidas na arquitetura estabelecida de um novo cuidado em saúde mental. São considerados marcos introdutórios e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil, chamado de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, localizado em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando-se o processo que se inauguraria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental (TENÓRIO, 2002).

3.2 Apresentando o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para a compreensão do CAPS AD

No Brasil foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), iniciado na cidade de São Paulo em 1987, que experimentava processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde em um dos seus hospitais psiquiátricos, no município de Santos, em 1989, devido à ocorrência de maus-tratos e mortes de pacientes, fato que mostrou a necessidade de construção de rede de cuidados efetivos para os pacientes da psiquiatria e teve repercussão nacional como um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. O país passou a investir na reestruturação de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios, composta pelos Núcleo de Atendimento ao Profissional da Saúde - NAPS, Programa de Volta para Casa, Residências Terapêuticas Hospital-dia e os Centro de Atendimento Psicossocial CAPS, que são distribuídos como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS-ad, cada qual com sua atribuição.

Dentre esses, o CAPS-AD, álcool e drogas, se insere como serviço especializado que atende pessoas com problemas consequentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas. Para o Ministério da Saúde, o equipamento se atribui em serviço gratuito, que atende usuários jovens, adultos e idosos, de ambos os sexos, com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas (SMAD, 2010).

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, têm surgido como a principal estratégia para modificação do modelo asilar de assistência à saúde mental, garantindo os direitos aos usuários, sendo constituído na rede como serviço que se distingue das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais" (TAVARES E SOUSA, 2009, p.254).

Sendo assim, o Centro de Atenção Psicossocial CAPS é considerado um local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, os quais fundamentam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS-AD, tem papel fundamental nesse processo de construção de conhecimento. Acredita-se que os meios de divulgação de informações sobre as drogas estão bastante fragilizados. As pessoas devem conhecer a fundo todas as consequências que as drogas podem trazer às suas vidas, para que, possam escolher de forma consciente se querem ou não fazer uso das mesmas. Compete aos profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS-AD, buscarem uma redefinição de estratégias e práticas, de acordo com essa realidade, já que o trabalho educativo, realizado com os usuários, na medida em que consegue ressignificar a concepção dos mesmos sobre as drogas, a mudança de paradigma remete ao reconhecimento de sua situação de vida, dos motivos explícitos e implícitos para seu consumo, fazendo com que, de posse dessa concepção, os usuários se percebam como responsáveis pelo seu tratamento e reabilitação emocional, social e física.

Os Centros de Atenção Psicossocial foram regularizados pela Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ampliando o seu funcionamento e complexidade, integrando-se ao SUS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. A proposta clínica a prática centrada na vida diária da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica. Busca-se, a criação de espaços coletivos, de espaços concretos, destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, da expressão, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisão (LUZIO e L'ABBATE, 2007).

Esta proposta clínica rompe com o modelo que tem a doença como erro, distúrbio, cujo tratamento seria a pura remissão de sintomas, por intermédio de práticas morais, mecanicistas, homogeneizadoras e burocratizadas. A décima edição do texto Saúde Mental em Dados, de março de 2012, apresenta um quadro geral da rede de atenção, apontando que: Com o cadastramento de 122 novos Centro de Atenção Psicossocial CAPS, entre eles 5 Centro de atenção Psicossocial CAPS-AD 24h, a cobertura nacional em saúde mental chegou a 72% (considerando-se o parâmetro de 1 Caps para cada 100.000 habitantes), com 1.742 Caps. A Rede de Atenção Psicossocial conta ainda com 625 Residências Terapêuticas, 3.961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2012).

Campos et al. (2011), apontam que esta Política se mostra eficaz em relação aos portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, por meio dos equipamentos substitutivos, dos programas de transferências de renda e de moradias protegidas, constituindo-se em uma rede de proteção, de tratamento e de reinserção social, isso não acontece com as demandas menos graves, mostrando a fragilidade e a necessidade de articulação de uma rede assistencial mais consistente e inclusivo, destacando a dificuldade de integração da rede Caps e a Atenção Básica .

O atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS-AD, Brasil (2004)³, é desempenhado por equipe interdisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas, sendo: assistentes sociais, enfermeiros, pedagogos, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, arte educadores. O usuário ao ser acolhido no serviço, passa por atendimento médico, psicológico, ações do serviço social, pratica atividades como trabalhos manuais, atividades físicas, grupos de família, coral, oficinas informativas, palestras, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, autocuidado, artes, momentos de lazer, alfabetização, jogos e recreação, ainda, relaxamento e música, sob a perspectiva de minimizar os danos provocados pelo abuso das drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial indicam para a necessidade desta integração e devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede de atenção básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Integração SIGNIFICA:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;*
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;*
- c) realizar apoio matricial⁴ às equipes de atenção básica, isto é, fornece-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).*

³Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde DAPE, Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

⁴**Apoio matricial** é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes de atenção básica (BRASIL, 2004, p. 25).

3. 3 Atuações do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS

O papel do psicólogo na equipe de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS-AD e a inserção da psicologia no campo da saúde, é aplicado a partir da década e 1990. Segue ainda com alguns ajustes. Os psicólogos que estão locados na rede de saúde têm dificuldades de estabelecer um plano de trabalho, que adeque o conhecimento das práticas psicológicas com a atuação neste campo, ou seja, há um desconhecimento das possibilidades de ações dentro do contexto de políticas públicas na saúde (BOING e CREPALDI, 2011).

De acordo com Schneider et al. (2014), a maioria dos psicólogos entra no campo de saúde voltado ao modelo clínico tradicional, sem que haja uma contextualização, revisão ou mudanças nas suas formas tradicionais de atuar. Há necessidade de que os modelos teóricos, que desenvolvam a atuação nesse contexto, sejam flexíveis às mudanças voltadas para a discussão desse novo contexto desafiador, chamado de saúde coletiva. Dessa maneira, os profissionais possuem dificuldade em se adaptar as novas exigências estabelecida no contexto atual de saúde, nem sempre contribuindo para a formulação e implantação de a atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPS-AD).

O papel do psicólogo com a prática vivenciada e por sua formação, tem um papel fundamental e importante dentro da equipe multidisciplinar: a escuta. É a partir da escuta que o profissional pode proporcionar momentos de subjetivação do sistema familiar, favorecendo a ampliação da percepção da equipe e da própria família. O psicólogo é um intermediador entre a instituição e a família, ajustando as demandas e limpando os canais de comunicação, muitas vezes pode entrar em conflito com as famílias, conflitos esses que podem ser solucionados pelo diálogo intermediado. O papel do psicólogo também surge como o acolhimento da própria equipe, para esta poder sustentar estar no lugar de “não-saber”, mesmo que a família lhes atribua o poder de saber. A posição de não-saber exige, em muitos momentos, a reflexão acerca dos valores de cada técnico, trazendo a limitação teórica de sua atuação. Deste modo, o acolhimento pode ajudar a equipe a encontrar novas formas de lidar com a própria impotência, suscitada pelo contato com a loucura e com a configuração familiar (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

Além dos papéis de acolhimento e intermediação realizados pelo psicólogo, este, como conhecedor da função das relações dialógicas na construção de sentidos subjetivos, bem como do papel dos construtos sociais na construção dessas relações, pode exercer, também, o papel de incentivador da reflexão técnica dentro da equipe.

O acolhimento e a intermediação são consequências da postura de escuta do profissional de psicologia. Por fato de conhecer os processos relacionais, o psicólogo pode inicialmente ajudar a compreender, dentro de um espaço social, que lugares estão sendo construídos para os sujeitos entre a equipe, usuários e família e, desta forma, podem-se construir novas relações para que esses lugares sejam condizentes com os pressupostos da reforma. Na posição do psicólogo dentro da equipe, pela escuta diferenciada, novas formas de se relacionar com a família e com os próprios membros da equipe vão sendo delimitadas, assim, buscando a capacitação da família, ao invés da normatização desta, e a inclusão do sujeito que sofre, ao invés da sua exclusão e punição por ser diferente (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

3. 4 O Conselho Regional de Psicologia de SP e os cuidados da Saúde Mental

De acordo com o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, isolar e discriminar a pessoa que apresenta um sofrimento psíquico é fazer com que ela sofra mais. Afirma que o ato de esconder, segregar, separar e distanciar a pessoa da família, dos amigos, da comunidade, foi uma prática adotada por muito tempo. As pessoas com distúrbios mentais eram levadas para manicômios e recebiam o carimbo de dementes ou loucas.

Pouco se ouvia o paciente e era negado o direito dele se expressar ou ter vontade própria. O Conselho ainda afirma que não é à toa que os manicômios se pareciam com prisões. A triste história de segregar pessoas em manicômios começou a mudar no final dos anos 1970, quando usuários da saúde mental, familiares desses usuários, psiquiatras, psicólogos, educadores, técnicos em saúde e ativistas dos movimentos sociais iniciaram um processo batizado de Reforma Psiquiátrica. Hoje é possível encontrar caminhos mais eficientes e sensíveis para ajudar as pessoas com sofrimento psíquico. Mas para que isso dê certo, muita gente tem que participar: os familiares com seu afeto, compreensão e paciência; a comunidade com sua participação; os profissionais de saúde com seus saberes; o próprio usuário da saúde mental com sua voz. É aquilo que cada pessoa tem a dizer sobre si mesma e sobre o mundo. O usuário da saúde mental tem o direito a ser ouvido. Da mesma maneira seus familiares e a comunidade onde o usuário vive.

De acordo com Conselho Regional de Psicologia, a técnica para atuação de psicólogos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-AD, constitui-se como resposta ao modelo de arquitetura hierárquico e rígido do hospital psiquiátrico, modelo que não respondia a uma condição humanizada dos indivíduos em seus vários estágios de doença mental. No Centro de atenção Psicossocial – CAPS-AD, os psicólogos, em conjunto com os demais profissionais, promovem o cuidado, a integração social e o convívio na área urbana do indivíduo portador da loucura, garantindo sua sociabilidade com os demais indivíduos. É do escopo dos profissionais de psicologia no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-AD, promover a escuta e o reconhecimento da subjetividade do indivíduo e dos laços sociais, restabelecendo os vínculos com a sociedade, providenciando técnicas que se combinem com os medicamentos necessários e proporcionem a autonomia do indivíduo e sua reabilitação psicossocial. Isto se dá por meio do trabalho em rede, que visa suprir a lacuna criada pelos processos de exclusão dos hospitais psiquiátricos e da sociedade.

3.5 Estudos e terapêuticas sobre comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias

De acordo com a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias, desenvolveu-se o “projeto diretriz”. Isto é, as principais comorbidades psiquiátricas são estudadas e os dados de literatura resumidos, tendo como referência diretrizes adotadas em outros países. São abordados aspectos epidemiológicos, critérios diagnósticos, tratamento integrado e organização de serviço especializado, assim como especificidades do tratamento psicoterápico e farmacológico, reforçam a importância da abordagem adequada do dependente químico portador de comorbidades psiquiátricas (ZALESKI, 2005).

De acordo com Hall, Lynskey e Teeson (2001), os efeitos do tratamento também ficam envolvidos nos casos de comorbidades psiquiátricas. Estudo que avaliou a eficácia de tratamentos para a dependência do álcool e para depressão, complementou que ambos tendem a ser menos efetivos quando a comorbidade está presente (apud CORRADI-WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

Segundo Di Lorenzo, et al. (2014), diante desses dados, destaca-se que a associação entre o uso problemático de drogas e transtornos psiquiátricos parece cronificar e agravar os

quadros clínicos, trazendo inúmeros prejuízos e exigindo programas terapêuticos e de reabilitação a longo prazo (apud CORRADI-WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

Os tratamentos usuais para dependentes ou usuários abusivos de álcool, envolvem o início da abstinência e o acompanhamento em serviços de reabilitação. Para aqueles cujo alcoolismo é mais grave, o tratamento deve ser realizado inicialmente em ambiente hospitalar, começando com a administração de medicamentos em ambiente controlado mediante a internação do sujeito (BLONDELL, et al., 2012 apud ARGIMON et al., 2013).

No *setting* psicoterapêutico do hospital, entre os pacientes que apresentam uso demasiado de álcool, é alta a prevalência do diagnóstico de alcoolismo, porém o curso do uso de bebidas alcoólicas e preditores favoráveis ao consumo, não são bem conhecidos neste contexto (BERTHOLET, CHENG, PALFAI&SAITZ, 2010).

O alto nível de consumo de álcool, uso abusivo ou dependência estão frequentemente associados à presença de sintomas depressivos (DEUS, 2002; SEBENA, et al, 2012; SULLIVAN, et al, 2011).

Há diferentes hipóteses para a forte associação entre o uso de álcool e a sintomatologia depressiva (apud ARGIMON et al., 2013).

A ocorrência de sintomas depressivos em pacientes que estão em tratamento para alcoolismo, piora o curso e o resultado do tratamento, estando fortemente associada à fissura em relação ao álcool, facilitando a recaída (CRANFORD, 2011; EWING, FILBEY, CHANDLER & HUTCHISON, 2010).

Um estudo apontado por esses autores objetivou constatar as comorbidades de alcoolistas que procuravam atendimento para a dependência de álcool apontou a depressão (apud ARGIMON et al., 2013).

Alguns estudos apontam que entre os alcoolistas há risco consideravelmente maior de depressão, do que entre os não alcoolistas (FERGUSSON, BODEN, HORWOOD, 2009; HAMALAINEN et al, 2001).

Ainda de acordo com King, Iacono&McGue, (2004) e Pompili et al, (2010), e Wu et al, (2006), a depressão é vista como um fator que predispõe o indivíduo ao uso de álcool. Este achado é sustentado pelo fato de muitas vezes esta substância ser utilizada como automedicação para melhora do humor, o que acaba contribuindo para um uso futuro excessivo e/ou dependente (apud ARGIMON et al., 2013).

No aspecto biológico, pesquisadores evidenciam que a potencialidade do uso prolongado de álcool pode causar depressão ou aumentar a intensidade dos sintomas depressivos. Esta hipótese se dá mediante a observação da menor concentração de serotonina

em algumas regiões do cérebro de dependentes de álcool, comparado a indivíduos não dependentes (BROOK, COHEN & BROOK, 1998; MAURICE, 2005 apud ARGIMON et al, 2013).

Também existem pesquisas que apontam a predisposição genética e fatores ambientais, como potenciais contribuintes à vulnerabilidade dos indivíduos para desenvolverem os dois transtornos concomitantemente (ANDA, WHITFIELD & FELITTI, 2002; PRESCOTT, AGGEN & KENDLER, 2000 apud ARGIMON et al., 2013).

Segundo Hämäläinen et al, (2001), King, et al, (2004 apud Argimon et al., 2013), a comorbidade entre depressão e alcoolismo ou uso abusivo de álcool é uma condição bastante frequente e há muitas pessoas que iniciam tratamento para dependência de álcool que apresentam altos escores em escalas de depressão (MAURICE, 2005 apud ARGIMON et al., 2013).

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (2010), aponta que as primeiras abordagens terapêuticas para o tratamento de dependentes químicos iniciaram no século XIX, embora existam relatos de quadros de alcoolismo. Os profissionais que trabalham com usuários de substâncias psicoativas precisam conhecer os efeitos agudos e crônicos das drogas de abuso, suas formas de uso, a prevalência e os padrões de uso mais típicos. Considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com drogas, compõem grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferentes. Por isso a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológico, psicológico e social. Por esse motivo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todas as áreas envolvidas da sua vida. Dessa forma, torna-se fácil entender por que existem tantos tipos de tratamento, mas em todos eles devem ser considerados alguns fatores, como por exemplo, a motivação para mudança (SMAD, 2010).

A realização de uma pesquisa (entrevista semiestruturada), onde os sujeitos desta pesquisa foram os usuários do CAPS-AD, o tipo de amostra utilizada foi a amostragem aleatória simples, em que se trabalhou, inicialmente, com o universo de pessoas que frequentaram o tratamento com mais assiduidade, definindo uma amostra de 27,8% dos usuários, correspondendo a 15 entrevistados. Entretanto, um dos fatores de inclusão foi que os sujeitos da pesquisa tivessem idade acima de 18 anos, fossem cadastrados e acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS-AD e que aceitassem participar da pesquisa (SMAD, 2010).

Na análise do material, pode-se perceber o conceito que os usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS-AD, têm sobre as drogas. Todos os entrevistados classificam as

drogas como algo negativo, desorganizador de suas vidas, acarretando o afastamento de familiares, da religião, de amigos e perda de bens materiais.

Por não compreender o álcool como droga de fácil acesso, dificulta a aceitação da doença (dependência), bem como do seu devido tratamento. Vale destacar que o álcool, apesar de ter seu uso legalizado, também é considerado uma droga psicoativa.

De acordo SMAD (2010), seu efeito no cérebro é complexo, é classificado como depressor do sistema nervoso central. Após beber surgem efeitos estimulantes como euforia e desinibição, e, à medida que se consome a bebida, passam a existir os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Com o consumo exagerado, o efeito depressor pode levar ao coma. A concepção sobre as drogas continua a mesma, após o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS AD, os (as) entrevistados (as) foram enfáticos ao afirmar que mudaram a forma de ver as drogas, antes, acreditavam que essas serviam como diversão ou refúgio para os problemas; baixa autoestima.

3.6 - Investigação sobre estudos que relacionam o transtorno mental, especificamente a depressão, com o álcool.

O alcoolismo (Síndrome de Dependência do Álcool) é hoje uma das entidades mórbidas que têm consequências físicas e sociais mais danosas, enumerada tanto pela Associação Psiquiátrica Americana, quanto pela Organização Mundial de Saúde. É responsável também pelo elevado número de homicídios, suicídios, acidentes de trabalho, de trânsito e um dos líderes de internações e reintegrações em clínica e hospitais. Apesar de trate-se de uma doença cujos danos ainda são pouco divulgados, o alcoolismo precisa ser tratado. No entanto, observa-se que, na maioria dos casos, o próprio paciente e a família procuram esconder e não buscam auxílio, devido ao estigma social. A principal característica do alcoolismo é uma sucessão de perdas, o desejo incontrolável da bebida e a incapacidade de estabelecer um limite para controlá-lo, comprometem os relacionamentos profissionais, familiares e as amizades. O alcoolista perde o controle sobre sua vontade, depois o respeito pelos outros, a memória, o raciocínio abstrato, a capacidade de concentração, o trabalho os quais interferem negativamente na dinâmica familiar. Muitos desses doentes chegam a perder a própria vida, em acidentes, doenças físicas, homicídios ou suicídios (WHO, 1992; APA, 1994 apud GARRIDO et al, 2016).

Pesquisa que entrevistou pacientes que passaram por internação psiquiátrica, verificou que há associação entre o uso de maconha e de álcool com maior sintomatologia

psicopatológica e também com funcionamento psicossocial e ocupacional rebaixado (Bahorik, Newhill, & Eack, 2013). Destaca-se estudo que analisou a associação da comorbidade de transtornos psicóticos ou de humor com abuso ou dependência de maconha e problemas psicossociais problemas com o grupo de apoio primário, educacionais, ocupacionais, de habitação, econômicos, com o acesso a serviços de saúde e relacionados.

Os profissionais de saúde relatam encontrar dificuldades em realizar diagnóstico psicológico e psiquiátrico em situações em que há comorbidades entre transtornos por uso de substâncias psicoativas e outros transtornos mentais (PEUKER, ROSEMBERG, CUNHA e ARAÚJO, 2010 apud CORRADI-WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

Referentes aos Pacientes com comorbidades, segundo (BIZZARRI et al, 2009, apud CORRADI-WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020), representam um contingente significativo de pessoas em tratamento. Estudo conduzido com indivíduos com transtornos psicóticos, seguidos, encontrou que 43,5% dos participantes preencheram critérios para, pelo menos uma vez na vida, diagnóstico de transtornos por uso de substâncias psicoativas. Destes, 22,0% tinham transtornos pelo uso de álcool e 38,0% transtornos por uso de outras substâncias (maconha, sedativos, cocaína, alucinógenos, estimulantes e opioides). Foi observado, também, que a maconha foi a droga ilícita mais consumida, seguida pela cocaína.

3.7 Adesão e não-adesão ao tratamento

Os transtornos de depressão fazem parte das patologias com crescente prevalência na população no geral (BAHL, 2002 apud RUFINO et al, 2018).

A depressão é uma doença psiquiátrica, crônica e recorrente, um problema complexo cujas características principais são, por um lado, um estado de ânimo irritável e, por outro lado, falta de motivação e diminuição do comportamento instrumental adaptativo, marcada também por alteração do apetite, do sono da atividade motora, cansaço, especialmente matutino, baixo conceito de si mesmo, baixa auto estima, sentimento de culpa, dificuldade para pensar ou de se concentrar, indecisão e ideia de morte ou suicídio e tentativas de suicídios (MENDEZ OLIVARES e ROS, 2005 apud RUFINO et al, 2018).

Um trabalho muito difícil, por se tratar de uma demanda à qual os consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência comumente prescritos pelos profissionais de saúde, e abandonam os serviços; outros sequer procuram serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas

preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2003).

O estudo de Costa e Oliveira (2012), não contempla se os sintomas depressivos encontrados, são anteriores ou posteriores ao início do consumo de álcool. No entanto, se for visto que os sintomas são anteriores, tal constatação poderia ajudar na detecção precoce de sintomas que poderiam incidir na eclosão do comportamento de beber, como modo de alívio de sintomas, pois estudo revela o uso do álcool como automedicação. Assim, supõe-se que ideias errôneas a respeito do alcoolismo ou estigmas causados pela doença, poderiam estar favorecendo o ato de ingerir bebidas alcoólicas como forma de tratamento dos sintomas depressivos, e conseqüentemente, prolongando a distância que levaria a um tratamento adequado (COSTA e OLIVEIRA, 2012 apud ARGIMON et al., 2013).

De acordo com estudo realizado sobre os fatores associados a adesão em um programa de tratamento para alcoolistas, se observou uma adesão maior daqueles que já haviam utilizado antidepressivos e que conseqüentemente bebiam como forma de alívio ou enfrentamento de sensações desagradáveis. Em contrapartida, referem que as comorbidades encontradas nesses pacientes, independentemente de serem primárias ou secundárias ao alcoolismo, foram importantes para a adesão ao tratamento. No entanto, ter vivido situação de internação revelou-se contrário, não favorecendo a adesão ao tratamento (RIBEIRO, et al., 2008 apud ARGIMON et al., 2013).

Costa e Oliveira (2012) completam dizendo que a espera de pelo menos um mês de abstinência antes da definição de diagnóstico de distúrbios depressivos ou ansiosos, constitui fator importante. No entanto, tais diagnósticos, mesmo no período de desintoxicação, podem aumentar a probabilidade de serem atendidas as necessidades individuais de forma adequada e de melhor adesão ao tratamento (COSTA e OLIVEIRA, 2012 apud ARGIMON et al., 2013).

3.8 - A Terapêutica do apoio social e apoio psicológico

O impacto positivo do apoio social na saúde já é discutido na literatura científica desde 1970, (os benefícios do apoio social), sendo este indicado como fenômeno protetivo de diversas patologias psíquicas (depressão, alcoolismo e outros diagnósticos psiquiátricos). Além de favorecer a prevenção, o apoio social está relacionado à melhor adesão ao tratamento e menor quantidade de medicamentos necessários para a recuperação (COBB 1976 apud CORRADI-WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

Nesse âmbito os termos mais encontrados na literatura científica brasileira: “apoio social”, “rede social” e “suporte social”, “rede social de apoio”, “rede de apoio social”, “rede de suporte social”, “rede de apoio social e afetivo”, “rede de relações”, “suporte familiar”, “suporte psicossocial”, “suporte social de apoio”, “apoio familiar” e “apoio psicológico” (LEONIDAS e SANTOS, 2013 apud CORRADI- WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

Há diversidade também entre os aspectos sob os quais o apoio social pode ser analisado, como, por exemplo, o apoio recebido (o que a pessoa relata estar recebendo ou já ter recebido) e o apoio percebido (apoio que a pessoa acredita estar disponível, caso necessitar (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011 apud CORRADI- WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

Sherbourne e Stewart (1991) apud Corradi-Webster, Santana e Santos (2020), avaliam ainda cinco dimensões desse apoio: 1- apoio emocional (expressão de afeto positivo e incentivo à expressão dos sentimentos); 2 - apoio afetivo (demonstrações de afeto); 3 - interação social positiva (disponibilidade de outras pessoas para realizar atividades divertidas e passar momentos agradáveis); 4 - apoio de informação (receber aconselhamento, informação ou orientação); 5 - apoio material (disponibilidade de recursos materiais e serviços). Diante do exposto até o momento, depreende-se que a literatura científica oferece evidências de que o uso problemático de drogas é elevado entre pessoas com quadros clínicos psicopatológicos (CLARK et al., 2008 CORRADI- WEBSTER, SANTANA e SANTOS, 2020).

As intervenções encontram-se distribuídas entre os quatro métodos propostos pela Organização Mundial da Saúde:

Método Direto:

- ✓ Atendimento médico;
- ✓ Atendimento enfermagem;
- ✓ Medicação;
- ✓ Cuidado intensivo multiprofissional;
- ✓ Cuidado ambulatorial multiprofissional;
- ✓ Reunião com usuários;
- ✓ Psicoterapia, atendimento psicológico
- ✓ Participação da equipe nas situações de crise

Método Indireto:

- ✓ Acolhimento;

- ✓ Escuta;

- ✓ Atendimento familiar 2;

Reuniões mensais com familiares;

- ✓ Entrevista individual multiprofissional;

- ✓ Equipe fazer acompanhamento hospitalar;

- ✓ Elaboração e revisão do Projeto Terapêutico Individualizado;

- ✓ Assembleias administrativas: usuários, familiares e funcionários;

- ✓ Busca ativa de usuários

- ✓ Visitas/acompanhamento domiciliar: orientação e assessoria;

Estratégia Promoção da Saúde:

- ✓ Oficinas terapêuticas (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, música, pintura, beleza, reciclagem de papel);

- ✓ Grupos terapêuticos;

- ✓ Grupos de autoajuda;

- ✓ Atividades de lazer, viagens e passeios culturais;

- ✓ Participação em eventos e feiras para exposição de trabalho;

- ✓ Atividades educativas/ atividades pedagógicas;

- ✓ Educação física;

- ✓ Apoio e orientações no bom uso do benefício previdenciário: auxílio na administração dos recursos.

Ambiente Social:

- ✓ Desenvolvimento das habilidades dos usuários para a convivência no mundo do trabalho;

Atendimento social: apoio para solução das precárias condições de vida (falta de casa, renda);

- ✓ Atividades comunitárias: - sensibilização para o cuidado e prevenção (adultos e idosos)

- prevenção sobretudo junto às escolas e famílias - discussão sobre violência - diálogo sobre saúde mental - divulgação do serviço (objetivos, funcionamento) - programa de rádio sobre saúde mental/ campanhas para diminuir os preconceitos;

- ✓ Articulação intersetorial: “Rodas do Saber”;

- ✓ Ações articuladas com o Serviço de redução de danos;

Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a intervenção é a ação realizada de fato junto com o usuário (e não para o usuário) e tem importância fundamental por possibilitar o aprendizado progressivo focando a autonomia do sujeito, contrastando-se com o caráter tutelar das práticas do modelo de cuidado tradicional.

4. METODOLOGIA:

A pesquisa trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, e bibliografias referentes a problemas de saúde pública, tendo como objetivo captar e analisar as características dos vários métodos indispensáveis. Considerar técnicas qualitativas todas aquelas diferentes à pesquisa estatística e ao experimento científico, isto é, entrevistas abertas, grupos de discussão ou técnicas de observação de participantes. A investigação qualitativa, por outro lado, não faz uso da representação estatística.

Como fonte de dados foram contemplados três tipos de fontes de investigações da temática em questão: as publicações de livros, revistas e artigos científicos, para realização de estudo, será utilizado como base para coletas de dados a plataforma 1) Scielo, 2) Pepsic, 3) Google Acadêmico, e produções acadêmicas em geral que abordem o tema em questão.

A busca pelo material utilizará as seguintes palavras chaves: Reforma Psiquiátrica, depressão, drogas e álcool, diagnóstico, tratamento.

A análise desta pesquisa partiu dos conteúdos referenciados citados acima e esta etapa consistiu na soma dos conjuntos de estudos quantitativos, seguidos de procedimentos sistemáticos (referenciados no objetivo específico), permitindo a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção do material do qual o pesquisador elencou. De maneira que após a coleta de dados que foram propostos no objetivo específico, os mesmos foram organizados em categorias analíticas e a partir delas, apresentados os resultados de pesquisa de acordo com o que cada texto, ou autor, expôs sobre o tema desta pesquisa.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Conforme o Ministério da Saúde o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil partiu do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, e os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde foram os protagonistas nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, significando uma crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Tal processo foi maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Além de ser um processo político e social complexo, composto de atores, instituições em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

O psiquiatra Osvaldo Luiz Saíde, considerou a depressão e o abuso de drogas como uma associação que pode ocorrer no caso concreto, e que pode implicar em alto risco de suicídio. Estudos apontaram que entre os alcoolistas há risco consideravelmente maior de depressão, do que entre os não alcoolistas (Fergusson, Boden, Horwood, 2009; Hämäläinen et al., 2001 apud ARGIMON et al., 2013).

A depressão é vista como um fator que predispõe o indivíduo ao uso de álcool e este achado é sustentado pelo fato da substância ser utilizada como automedicação para a melhora do humor, contribuindo para um uso futuro excessivo e/ou dependente (King, Iacono & McGue, 2004; Pompili, et al., 2010; Wu et al., 2006 apud ARGIMON et al., 2013).

A comorbidade entre depressão e alcoolismo é uma condição bastante frequente (Hämäläinen et al., 2001; King, et al., 2004 apud ARGIMON et al., 2013). E há muitas pessoas que iniciam tratamento para dependência de álcool que apresentam altos escores em escalas de depressão (Maurice, 2005 apud ARGIMON et al., 2013). A coocorrência do uso problemático de drogas e transtornos psiquiátricos está associada ao pior prognóstico, quando comparada à ocorrência de apenas um quadro clínico psiquiátrico, além de que os pacientes apresentam maior gravidade do transtorno, tanto do ponto de vista clínico como social (Torrens et al., 2012 apud Corradi- Webster, Santana e Santos 2020). O alto nível de consumo de álcool, uso abusivo

ou dependência estão frequentemente associados à presença de sintomas depressivos (Deus, 2002; Sebena, Ansari, Stock, Orosova & Mikolajczyk, 2012; Sullivan, Goulet, Justice & Fiellin, 2011 apud ARGIMON et al., 2013).

Santos e Siqueira (2010), analisaram estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira e verificaram que as taxas variam de 20 a 56%, sendo os transtornos mais prevalentes os de ansiedade, de humor, os somatoformes e o abuso de álcool.

O abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias e dos quais os transtornos que apresentam correlação com o abuso de substância, são: de humor, como a depressão, a bipolaridade, transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, transtornos alimentares e transtornos da personalidade (ZALESKI, 2005). A pesquisa de Bahorik, Newhill, & Eack, (2013), verificou que há associação entre o uso de maconha e de álcool com a sintomatologia psicopatológica acrescido do rebaixamento do funcionamento psicossocial e ocupacional.

O uso prolongado de álcool pode causar depressão ou aumentar a intensidade dos sintomas depressivos e sob esta hipótese se dá mediante a observação da menor concentração de serotonina em regiões do cérebro de dependentes de álcool comparado a indivíduos não dependentes (Brook, Cohen & Brook, 1998; Maurice, 2005 apud ARGIMON et al., 2013).

Também, a predisposição genética e fatores ambientais contribuem à vulnerabilidade dos indivíduos para desenvolverem os dois transtornos concomitantemente (ANDA, WHITFIELD & FELITTI, 2002; PRESCOTT, AGGEN & KENDLER, 2000 apud ARGIMON et al., 2013).

Outros fatores apontados como por Erkiran et al., 2006 apud Corradi- Webster, Santana e Santos (2020), refere-se a presença prevalente de comportamentos violentos, episódios depressivos em maior número e mais severos e por (Blanco et al., 2012 apud Corradi- Webster, Santana e Santos 2020), maiores taxas de tentativa de suicídio. Taxas expressivas de recaída e internações (Schmidt, Hesse, & Lykke, 2011 apud Corradi- Webster, Santana e Santos 2020), problemas com a Justiça (Mueser & Gingerinch, 2013 apud Corradi- Webster, Santana e Santos 2020), instabilidade de moradia, diminuição da capacidade funcional, infecção por HIV e baixa adesão à medicação (Drake & Brunette, 1998 apud Corradi- Webster, Santana e Santos 2020).

A principal causa da busca por atendimento, em um estudo quantitativo, foram os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoafetivas, como responsável por 47% das ocorrências, sendo o álcool a mais frequente e um predomínio da população masculina, como demonstrado em um contingente de 698 pacientes, sendo 494 do sexo masculino. (Spader, e

cols.;2000). Segundo Hauli, Ndetei, Jande, & Kabangila, (2011) apud Corradi- Webster, Santana e Santos (2020), as drogas mais utilizadas podem variar de acordo com a cultura e disponibilidade, sendo a cocaína e heroína menos frequentes e o álcool, tabaco e maconha as mais consumidas. Para (Bizzarri et al., 2009 apud Corradi- Webster, Santana e Santos 2020), seus Estudos foram conduzidos com indivíduos que apresentaram transtornos psicóticos, e 43,5% dos participantes preencheram critérios para, pelo menos uma vez na vida, com o diagnóstico de transtornos por uso de substâncias psicoativas. E Desta amostra, 22,0% tinham transtornos pelo uso de álcool e 38,0% relacionados a transtornos por uso de outras substâncias, tais como: a maconha, sedativos, cocaína, alucinógenos, estimulantes e opioides. Martins e cols. (2005) estudou sobre a incidência de depressão em 37 pacientes masculinos alcoolistas e institucionalizados, concluindo que nem todos os alcoolistas possuíam depressão.

O estudo de COSTA e OLIVEIRA, (2012) apud ARGIMON et al, (2013), não contempla se os sintomas depressivos encontrados são anteriores ou posteriores ao início do consumo de álcool. No entanto, segundo Argimon et al. (2013), se os sintomas são anteriores, tal constatação poderia ajudar na detecção precoce de sintomas que poderiam incidir na eclosão do comportamento de beber como modo de alívio de sintomas, revelando o uso do álcool como automedicação. Ao mesmo tempo, supõe-se ideias errôneas a respeito do alcoolismo ou estigmas causados pela doença, favorecendo o ato de ingerir bebidas alcoólicas como forma de tratamento dos sintomas depressivos, prolongando, assim, a distância que levaria a um tratamento adequado.

Em um programa de tratamento para alcoolistas, observou-se uma adesão maior àqueles que já haviam utilizado antidepressivos e que bebiam como forma de alívio ou enfrentamento de sensações desagradáveis. E as comorbidades observadas nesses pacientes, independentemente de serem primárias ou secundárias ao alcoolismo, foram importantes para a adesão ao tratamento. No entanto, ter vivido a situação de internação revelou-se o contrário, a não adesão ao tratamento (Ribeiro, et al., 2008 ARGIMON et al., 2013). Para Costa e Oliveira (2012) apud Argimon et al. (2013) à espera de pelo menos um mês de abstinência antes da definição de diagnóstico de distúrbios depressivos ou ansiosos constitui fator importante. No entanto, tais diagnósticos, mesmo no período de desintoxicação, podem aumentar a probabilidade de serem atendidas as necessidades individuais de forma adequada e adesão ao tratamento.

Os efeitos do tratamento também ficam comprometidos no caso da comorbidade psiquiátrica. Estudo que avaliou a eficácia de tratamentos para a dependência do álcool e para depressão concluiu que ambos tendem a ser menos efetivos quando a comorbidade está presente

(Hall, Lynskey, & Teeson, 2001 apud Corradi- Webster, Santana e Santos, 2020), Diante desses dados, ressalta-se que a associação entre o uso problemático de drogas e transtornos psiquiátricos parece cronificar e agravar os quadros clínicos, trazendo inúmeros prejuízos e exigindo programas terapêuticos e de reabilitação a longo prazo (Di Lorenzo, Galliani, Guicciardi, Landi, & Ferri, 2014 apud Corradi- Webster, Santana e Santos, 2020).

Os autores Onocko Campos e Gama (2008) apontam que a Política de saúde mental se mostra eficaz em relação aos portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, por meio dos equipamentos substitutivos, dos programas de transferências de renda e de moradias protegidas, constituindo-se em uma rede de proteção, de tratamento e de reinserção social, porém, não acontece com as demandas menos graves, mostrando a fragilidade e a necessidade de articulação de uma rede assistencial mais consistente e abrangente. (CAMPOS; GAMA, 2011, p. 223).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa proposta de estudo tem critérios para uma abordagem adequada ao paciente com diagnóstico de transtorno psiquiátrico e dependência de álcool e com diagnóstico de Depressão.

O interesse para desenvolver um tema bastante abrangente foi identificar e compreender quais os motivos reais que levam o indivíduo a manter uma vida de sofrimento, uma vez que existem recursos uma assistência da saúde pública, mesmo assim alguns não buscam o devido apoio, ou quando buscam, não se mantêm em tratamento.

No material de pesquisa entende-se que inicialmente o uso de álcool é bem aceito socialmente, muitas pessoas iniciam o uso de álcool, sem maiores razões a não ser pelo uso social. O uso abusivo de álcool desencadeia uma dependência levando o usuário a Depressão, pessoas que sofrem de transtornos de humor, são mais propensas a serem dependentes de álcool e outras drogas ao longo da vida segundo estudos apresentados.

A associação da Depressão e uso de álcool aumenta o risco de suicídio, observa-se como uma desistência do usuário pela vida, sofrimento psíquico inominável acompanhando por uma falta de expectativa de viver.

O álcool é um problema de saúde pública brasileira. Difere de épocas anteriores onde as alternativas eram baseadas em práticas psiquiátricas, as quais não vinham se preocupando devidamente com os graves problemas da prevenção e tratamentos relacionados ao consumo de álcool pela complexidade do problema o Estado se mostra ausente, mesmo com a chegada dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS-AD, como dispositivos estratégicos, criados pelo Ministério da Saúde, pode-se destacar como forma de tratamento, são propostas o acolhimento a reinserção social, melhor qualidade de vida por programas de redução de danos e apoio familiar no tratamento dos usuários.

Visto em diversas pesquisas que de fato que os usuários do Centro de Atenção Psicossocial CAPS-AD não tinham informações aprofundadas sobre os danos que as drogas causavam à saúde e à convivência, o uso das drogas leva à perda de empregos e bens materiais, rupturas familiares, afastamento da religião, instabilidade financeira, abuso físico e psicológico no sentido de que alguns dos usuários chegam a um grau de depressão tão forte, chegam ao ponto de querer ou até tentar suicídio, algo que foi bastante explorado citado pelos usuários em pesquisas e que pôde ser constatado na observação. A religião pode surgir como busca de tratamento alternativo, quando os tratamentos formais não oferecem respostas imediatas.

Os principais problemas associados com o uso de álcool para lidar com problemas de saúde mental é que o consumo regular de álcool altera a química do cérebro. Ela diminui os níveis de serotonina, uma substância química que interfere, dentre outros processos, com a famosa depressão, começa um processo cíclico, diante da depressão e ansiedade. A pessoa bebe para aliviar, o que faz com que os níveis de serotonina no cérebro sejam reduzidos, levando a uma sensação ainda maior de depressão, e desejo de beber cada vez mais.

Os estudos contemplam se os sintomas depressivos encontrados poderiam incidir na eclosão do comportamento de beber como modo de alívio de sintomas e revelam o uso do álcool como automedicação, favorecendo o ato de ingerir bebidas alcoólicas como forma de tratamento dos sintomas depressivos, e conseqüentemente, prolongando a distância que levaria a um tratamento adequado.

A Política de Saúde Mental produz ações para dar respostas a uma parte significativa da demanda, porém se mostra insuficiente para outras demandas, também importantes, que muitas vezes entram pela atenção básica, mas não são acolhidas. Este não acolhimento é produto de vários fatores ligados a uma não escuta aos determinantes socioeconômicos e questões ligadas à subjetividade contemporânea.

No Centros de Atenção Psicossocial AD, são atendidos casos severos e persistentes, deixando assim de atender outros casos menos graves, usuários do álcool e em sofrimento psíquico, tendo o CAPS II também como alternativa para tratamento de depressão, porém na identificação do uso de álcool não há acolhimento, tornando grande dificuldade uma vez também que não há uma aceitação voluntário quanto ao tratamento, a evolução depende também do acompanhamento dos familiares, que muitas vezes lidam com o problema de maneira preconceituosas, impaciente, agem com agressividade mediante a todos os transtornos causados na vida do usuário e familiares.

De acordo com Ministério da Saúde, atualmente o Brasil conta com 2.742 CAPS habilitados e estruturados em 1.845 municípios ao redor do País, com unidades em todos os estados e no Distrito Federal. Essa capacidade instalada soma investimento de incentivo de custeio anual de R\$ 1.234.308.138,00 nessa modalidade de serviço. Os números mostram o quanto é caro para os cofres públicos custear todo esse amparo aos usuários, podendo ser uma verba utilizada pelos projetos educacionais, projetos e campanhas de prevenção, campanha de conscientização dos danos causados à saúde de usuário de álcool e ampliação de grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool.

O Centro de atenção Psicossocial CAPS-AD, é a principal rede operante desses indivíduos, literalmente excluídos de uma vida social digna, necessita, sobretudo, de

intervenções que enfoquem também a dificuldade que eles têm em estabelecer e manter vínculos saudáveis e duradouros, precisa de suporte a fim de modificar a estrutura vulnerável, na qual as redes estão constituídas em decorrência de todas as consequências do processo de dependência das substâncias psicoativas.

Com base na realidade apresentada, essa pesquisa reflete sobre a necessidade de os profissionais de saúde se engajarem mais no enfrentamento da dependência química, tendo uma atuação mais decisiva no fortalecimento e na avaliação de políticas e práticas que percebam e atendam esta condição como uma problemática de saúde pública, complexa e que necessita de ações intersetoriais.

Considerando todo material pesquisado em estudo, compreendeu-se que a Saúde mental relacionadas aos usuários da droga o álcool é um grande problema de saúde pública, passamos por diversos processo de evolução desde a reforma psiquiátrica, para adequação do melhor método de tratamento, porém não existe um trabalho de prevenção e intervenção adequado quanto a saúde mental no Brasil ao que se refere a usuários de álcool e drogas, em caso leve com diagnostico de Depressão.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostical and statistical manual of mental disorders. **4th ed. APA (DSM-IV)**. Washington: APA, 1994.

ARGIMON, Irani I. de Lima, et al. A intensidade da depressão e a internação de alcoolistas. Revista Aletheia. Rio Grande do Sul, v 1, n. 40. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100009> Acesso em 30/11/2021.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, n.1, p. 223-230, 2012.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, vol. 15 n.2 p.261-6, abr/jun. 2007.

BOING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, set., 2010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/X9DvXR6YCVMG4tSmh46Dhhn/abstract/?lang=pt>> Acesso em 29/11/2021.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância. / Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, set, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n.201, p.21082, 16 out. 1996.

BRASIL. Lei do Direito de Autor. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 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 06 abr, 2001.

CAMPOS, Rosana Onocko. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12):4643-4652, 2011. Disponível:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/n5ZmQDqh8LyqN5NzW8XM4jx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 29/11/2021.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça; BRAGA, Carolina Magro de Santana; SANTOS, Manoel Antônio dos. Consumo de Drogas, Rede e Apoio Social entre Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais. *Relato de Pesquisa Avaliação Psicológica*. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, v.19, n2, p. 132-141.2020.

CORRADI-WEBSTER, C. M., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. Residentes em psiquiatria têm documentado problemas relacionados ao álcool em pacientes ambulatoriais? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n3, p.187-191. 2009.

FIORE, Mauricio. *O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas*. 2012. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/nec/a/yQFZQG48VQvdYW8hQVMYbCd/?lang=pt>>. Acesso em 20/11/2021.

GARRIDO, Maria Clara Tosta. et al. Prevalência de Alcoolismo e Sintomas Depressivos e Sintomas Depressivos em Pacientes da Clínica Geral da Cidade de Salvador –Ba. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria* v.20, n 1, p. 37-72. Jan./Abr. 2016.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 11, n. 4, p. 586-592, dez, 2007.

Hall, W.; Lynskey, M.; Teesson, M. What is comorbidity and why does it matter? Em M. Teesson & L. Burns, (Eds.), *National comorbidity project. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care*, 2001.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. Atenção em Saúde Menta em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica- Faculdade de Ciências Médicas Unicamp, p. 105-116, março/dezembro. 2007. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n1/105-116/pt>> Acesso em 29/11/2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. Revista Psicologia Ciência e profissão. V. 27, n. 1. Mar.2007.

RUFINO, Sueli, et al. Aspectos Gerais, Sintomas e Diagnóstico da Depressão. Revista Saúde em Foco. São Paulo, v.1, n. 10, p. 837-843, 2018. Disponível em <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf> Acesso em 30/11/2021.

SAIDE. Osvaldo Luiz. Depressão e uso de drogas. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.v.10, n.2. 2011.

SANTOS, Élem Guimaraes dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. Revista Brasileira Psiquiátrica, v.59, n.3, p.238-246, 2010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNQ5qZjtSdwznsjZzH7jS/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 30/11/2021.

SMAD – Portal de Revista da USP. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas 2010. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/smad/>>. Acesso em 29/11/2021.

TAVARES, R. C; SOUSA, S.M.G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. Saúde em Debate, v.33, n. 82, p. 252-263, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciência, Saúde-Manguinhos. Vol. 9 n.1, p.25-59, 2002.

Vieira JKS, Carvalho RN, Azevedo EB, Silva PMC, Ferreira Filha MO. Concepção das drogas: Relatos de usuários do CAPS-ad de Campina Grande, PB. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [Internet]. 2010 [acesso em: dia mês abreviado com ponto ano] ; 6(2):274-95. Disponível em: Endereço Eletrônico Visitado.

P944 Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 2. ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. 376 p

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Status reporto in alcohol.Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002.

ZALESKI, Marcos. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Revista Bras. Psiquiátrica, v. 28, 2. 2, p. 142-147, 2005.

TAVARES, R. C; SOUSA, S.M.G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. *Saúde em Debate*, v.33, n. 82, p. 252-263, 2009.

SCHNEIDER. Daniela Ribeiro, et al. A Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial voltado para o álcool e outras drogas (CAP Sad): os desafios da construção de uma Clínica Ampliada. *Revista Eletrônica de Extensão*. Florianópolis, v. 11, n. 17, p. 101-113, 2014.

ANEXOS:

ANEXOS A - Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e - Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

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

a - Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

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

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

d - Visitas domiciliares;

e - Atendimento à família;

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

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

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

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

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

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

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

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - Funcionar das 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

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

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

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

a - Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

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

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

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

e - Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

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

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

a - Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - Atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

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

4.3.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

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

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

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

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

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

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

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

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

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

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

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar das 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança

e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

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

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

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

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

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território

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

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

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

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

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

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

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

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

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

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

Art.9º Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS adII) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

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

JOSÉ SERRA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

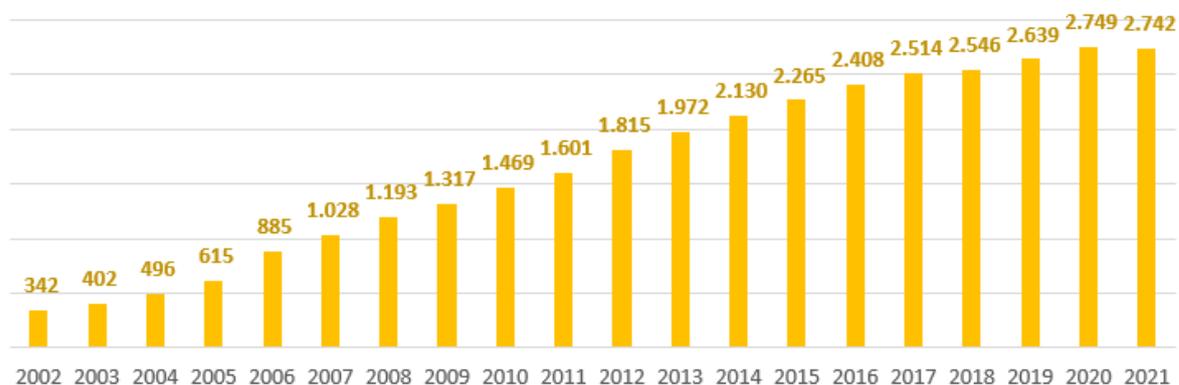
ANEXO B – Série histórica do número de CAPS no Brasil

Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2010 a jul/2021)								
ANO	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS infanto-juvenil	Total Geral
2010	190	1	-	712	383	57	126	1.469
2011	201	6	-	779	403	65	147	1.601
2012	231	29	-	873	437	73	172	1.815
2013	256	47	-	953	447	81	188	1.972
2014	274	68	-	1.044	456	88	200	2.130
2015	289	85	-	1.118	470	94	209	2.265
2016	304	104	-	1.184	490	100	226	2.408
2017	316	110	-	1.240	502	106	240	2.514
2018	316	111	-	1.257	507	107	248	2.546
2019	319	121	3	1.313	515	112	256	2.639
2020	331	128	3	1.366	526	121	274	2.749
2021	327	127	3	1.366	524	121	274	2.742

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/DAPES/SAPS/MS – julho/2021

ANEXO C – Série histórica da expansão dos Centro de Atenção Psicossocial

Série histórica da expansão dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - Brasil



ANEXO D - Dados de investimentos do Centro de atenção Psicossocial CAPS

