



**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO

Organização: CAM - Centro de Atendimento Multidisciplinar

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

EXPEDIENTE

Comissão Editorial

Ariane Goim Rios - Agente de Defensoria/ Psicóloga

Paula Rosana Cavalcante - Agente de Defensoria/ Psicóloga

Dayana Coelho Souza - Agente de Defensoria/ Psicóloga

Leonice Fazola de Quadros - Agente de Defensoria/ Assistente Social

Gustavo Sckadt Domingos - Agente de Defensoria/ Psicólogo

Cinira Conceição Longo Cardoso - Agente de Defensoria/ Assistente Social

Marcos Rodrigues Gonçalves da Costa - Agente de Defensoria/ Psicólogo

Caio Graco Simões Lopes - Agente de Defensoria/ Psicólogo

Marina Wanderley Vilar de Carvalho - Agente de Defensoria/ Psicóloga

Vilmar Douglas de Souza Pimenta - Agente de Defensoria/ Psicólogo

Apoio - Assessoria Técnica Psicossocial

Luiza Aparecida de Barros - Agente de Defensoria/ Assistente Social

Paulo Keishi Ichimura Kohara - Agente de Defensoria/ Psicólogo

Projeto Gráfico

Laura Schaeer Dahrouj - Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Produção



1ª Edição - Novembro de 2011

Índice

1. Apresentação..... 4

1.1 Possibilidades do CAM na demanda de Álcool e Outras Drogas..... 5

2. Definição de alcoolismo e de dependência química 6

3. Conceito de Recuperação..... 11

4. A importância da participação da família..... 12

5. Modalidades de tratamento..... 13

6. Indicações..... 22

1. Apresentação

Em um modelo pioneiro entre instituições semelhantes no país, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo se propõe a oferecer um atendimento integral às pessoas que procuram por seus serviços. Para tanto, foram criados em cada uma de suas regionais os Centros de Atendimento Multidisciplinar – CAM, onde uma equipe de profissionais especializados proporciona ao assistido, além da orientação jurídica, acompanhamento psicológico e serviço social realizados de forma integrada para aperfeiçoar a atuação da Defensoria.

Os agentes de defensoria psicólogos e assistentes sociais elaboraram cartilhas para apresentar aos estagiários diferentes temas constantemente presentes nos atendimentos multidisciplinares com a intenção de transmitir-lhes conhecimentos suficientes para contribuir de maneira mais efetiva para a atuação jurídica integral.

Espera-se que, por meio destas cartilhas, os estagiários tenham conhecimentos básicos que lhes permitam realizar um atendimento mais humano e mais adequado ao momento que estas pessoas vivem ou à sua situação específica e que possam dialogar de maneira mais produtiva com os profissionais da instituição.

O tema dessa cartilha é a orientação para o atendimento de casos de dependência química.

1.1 Possibilidades do CAM na demanda de Álcool e Outras Drogas

O CAM coloca-se no lugar de articulação e acompanhamento dessa demanda, na tentativa de promover alternativas de enfrentamento à questão da dependência química, além do instrumento judicial da interdição e da internação compulsória, os mais usualmente buscados pelos familiares daqueles envolvidos com o uso abusivo de substâncias químicas.

Além disso, o CAM pode prover suporte e orientação àqueles que passam pelo problema ou ao seu círculo de familiares e amigos que procuram a Defensoria.

Esses cidadãos, após serem escutados e orientados no CAM, podem elaborar diferentes formas de enfrentamento ao problema e podem avaliar a possibilidade de inserção do sujeito dependente em tratamentos ambulatoriais e psicossociais de modo a substituir a internação psiquiátrica compulsória.

Destaca-se que o próprio CAM pode efetuar o encaminhamento desses cidadãos aos diferentes serviços de tratamento. Vale ressaltar que, caso ocorra à internação psiquiátrica, compulsória ou não, podemos enfatizar a importância de manter o atendimento psicossocial após a internação. Sabe-se que *o tratamento não se limita a uma internação psiquiátrica, podendo esta funcionar como um início desse tratamento*. O princípio, não só do CAM mas da maioria da rede de saúde municipal, estadual e federal, é de que a internação isolada não findará o problema da drogadição e não cumprirá o papel de substituir a família em suas responsabilidades no problema. As poucas instituições de internamento apresentam longa fila de espera, e sabemos que esta medida não garante o fim das violências e sofrimentos relacionados à dependência, pois o processo recuperação exige um projeto terapêutico interdisciplinar e contínuo.

É preciso articular diversos atores sociais para que o usuário e sua família sejam acompanhados continuamente. O internamento pode ser uma das

etapas, mas se não persistirmos no caminho de um trabalho conjunto e contínuo em parceria com a rede pública, não alcançaremos um tratamento amplo que abarque toda a gama de sofrimento relacionada ao uso de substâncias psicoativas.

2. Definição de alcoolismo e de dependência química

Alcoolismo

O alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool. É normalmente compreendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas e todas as conseqüências decorrentes deste consumo. O alcoolismo é, portanto, representado por um conjunto de diagnósticos. Ele é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pelo álcool e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando este é retirado.

Tolerância e Dependência

A tolerância e a dependência ao álcool são dois eventos distintos e indissociáveis. A tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez obtido nas primeiras doses. O critério para se identificar a tolerância não é o da ausência ou presença de embriaguez, mas o da perda relativa do efeito da bebida. A tolerância ocorre antes da dependência. Os primeiros indícios de tolerância não significam, necessariamente, dependência, mas podem ser um sinal de sua iminência. A dependência se segue à tolerância e se tornam simultâneas. A dependência será tanto mais intensa quanto maior for o grau de tolerância ao álcool. Diz-se que a pessoa tornou-se dependente do álcool quando ela não tem mais autonomia para interromper ou diminuir o seu uso.

Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA)

A Organização Mundial de Saúde - OMS adota o conceito de Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA), cujos critérios estão descritos a seguir:

- Estreitamento do repertório do comportamento de beber: De início, o indivíduo bebe em intervalos irregulares, de forma variada. À medida que a dependência vai se instalando, começa a beber de forma mais regular, e há o estabelecimento de um padrão do consumo de bebidas (por exemplo, começa a todas as noites).
- Saliência do comportamento de busca do álcool: O indivíduo tenta dar prioridade ao ato de beber ao longo do dia, mesmo nas situações socialmente inaceitáveis (por exemplo, no trabalho, quando está doente, dirigindo veículos, etc.).
- Aumento da tolerância ao álcool: Aumento da dose para obter o mesmo efeito anterior, que pode vir acompanhado da capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações sanguíneas de álcool.
- Sintomas repetidos de abstinência: Os sintomas de abstinência marcantes, como tremor intenso e alucinações, só ocorrem nas fases mais severas da dependência. No início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam pouca incapacitação. Sintomas de ansiedade, insônia e irritabilidade podem não ser atribuídos ao uso de álcool. Três grupos de sintomas podem ser identificados: físicos (tremores, náusea, vômitos, sudorese, cefaléia, câimbras, tontura); afetivos (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão); sensopercepção (pesadelos, ilusões, alucinações visuais, auditivas ou tácteis).
- Sensação subjetiva de necessidade de beber: Existe uma pressão subjetiva para beber. Atualmente considera-se como uma tendência psicológica a buscar alívio dos sintomas de abstinência.

- Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber: Este é um sintoma que nas fases mais severas da dependência fica muito claro e a pessoa bebe pela manhã para sentir-se melhor. A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade e não atribuir isto à abstinência.
- Reinstalação da síndrome após abstinência: Após período de abstinência, que pode ser de dias ou meses, assim que a pessoa volta a beber, passa, em curto espaço de tempo, a beber no mesmo padrão antigo de dependência.

A relação de um indivíduo com SDA com a bebida pode, dependendo do contexto, apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, implicando em prejuízos físicos, psicológicos e sociais.

Dependência Química

Dependência química é um termo abrangente e que inclui o uso abusivo de diversas substâncias psicoativas, inclusive o álcool. O conceito atual dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeitou a ideia da existência apenas do dependente e do não-dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo de uma linha contínua.

Não existe um consumo absolutamente isento de riscos. Quando este é comedido e cercado de precauções preventivas, é denominado consumo de baixo risco. Quando o indivíduo apresenta problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos relacionados estritamente àquele episódio de consumo, diz-se que tais indivíduos fazem uso nocivo da substância. Por fim, quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à fuga de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos recorrentes, fala-se em dependência.

Dependência significa que o ato de usar uma droga deixou de ter uma função social e de eventual prazer com o uso da substância e passou a ficar

disfuncional, um ato em si mesmo. A pessoa, progressivamente, estará perdendo a sua liberdade de decidir se quer ou não beber ou usar certa droga; ela ficará à mercê da própria dependência num grau em que não pode determinar quando usar a droga. Pode-se identificar o comportamento de alguém dependente por alguns critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde:

- Padrão de consumo diário, ou na maioria dos dias, principalmente se o uso da substância ocorrer ao longo de várias horas do dia.
- Sentimento de necessidade de uso da substância.
- Preferência do uso da substância frente a outros comportamentos.
- Uso de altas doses da substância, com diminuição dos efeitos iniciais.
- Aparecimento de sintomas físicos e psicológicos decorrentes da falta da substância.

Um critério semelhante é dado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. Segundo ele, a característica primordial da dependência de substâncias corresponde à presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados a este consumo — tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Sendo assim, existe um padrão de auto-administração repetida, o qual, geralmente, resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga.

**CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

**Compulsão para
o consumo**

A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.

**Aumento da
tolerância**

A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.

**Síndrome de
abstinência**

O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.

**Alívio ou evitação da
abstinência pelo
aumento do consumo**

O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.

**Relevância do
consumo**

O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.

**Estreitamento ou
empobrecimento
do repertório
comportamental**

A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo o local de trabalho.

**Reinstalação da
síndrome de
dependência**

O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: Edwards G. A síndrome de dependência do álcool. In: Edwards G. *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artmed, 1999 *apud* Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003¹.

3. Conceito de Recuperação

Há diferentes concepções de recuperação em dependência química de acordo com os objetivos e modelos de tratamento utilizados, porém o NIDA (National Institute on Drug Abuse) determinou princípiosⁱ de um tratamento eficaz²:

1. Nenhum tratamento é adequado para todos os indivíduos.
2. O tratamento deve ser prontamente disponível.
3. O tratamento efetivo atende a múltiplas necessidades.
4. O tratamento deve ser flexível.
5. Permanecer em tratamento por um período de tempo adequado é fundamental para a eficácia do tratamento.
6. Aconselhamento individual ou em grupo e outras psicoterapias são componentes críticos de um tratamento eficaz para a dependência.
7. Os medicamentos são um elemento importante do tratamento para muitos pacientes.
8. Os indivíduos dependentes de drogas e com transtornos mentais devem ter tratamento de uma forma integrada.
9. Desintoxicação médica é apenas a primeira etapa do tratamento da dependência.
10. O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.
11. Possível uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente.
12. Os programas de tratamento devem proporcionar uma avaliação para o HIV / Aids, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas.
13. A recuperação do vício das drogas pode ser um processo a longo prazo.

ⁱ Adaptado do original

4. A importância da participação da família

Independentemente de sua constituição, classe social ou situação econômica, uma família pode ser surpreendida com a questão do uso de álcool e outras drogas de um de seus membros. Esse uso, geralmente provoca um profundo impacto sobre toda a família, que pode desenvolver a chamada CO-DEPENDÊNCIA.

É preciso compreender que o sintoma da utilização de substâncias num dos membros da família frequentemente denuncia que aquela estrutura familiar está comprometida em diversos setores das relações humanas, seja o individual, o grupal ou o social.

Tratar famílias com membros dependentes químicos é uma necessidade, uma vez que elas também adoecem e sofrem. O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico a qualquer estágio em que se encontre a gravidade do problema e por isso se faz necessário algum tipo de orientação e apoio para acolhimento da família em sofrimento.

Vale destacar o fato de que, nestes casos, quem procura a Defensoria são as famílias. São elas que buscam o tratamento porque muitas vezes os próprios dependentes químicos não percebem que precisam de ajuda.

Essas famílias, em geral, nos procuram em uma situação em que o sujeito dependente já está em um uso abusivo e freqüente da substância e todos estão em intenso sofrimento. Eles solicitam que os profissionais dêem uma solução rápida para o problema, o que não é possível.

É importante escutar o que essas famílias têm a dizer, não focando somente a escuta para a solução rápida do problema, nem tentando resolvê-lo apenas com a abertura de processo judicial. Casos assim necessitam ser discutidos com o defensor público de plantão e encaminhados ao Centro de Atendimento Multidisciplinar.

Finalizando, aponta-se que entendemos a família como sendo um sistema composto por vários elementos (pai, mãe, filhos, avós, tios, padrastos,

madrastas, etc) em que um influencia o outro. Portanto é importante pensar que o problema é de toda a família³.

5. Modalidades de tratamento

O texto da Lei 10.216 (06 de abril de 2001), marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde: a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; a valorização da descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

O conhecimento da heterogeneidade dos dependentes e da variedade de abordagens e modelos de tratamento disponíveis trouxe novos paradigmas para a organização de serviços de atendimento.

Há incontáveis tipos de ambientes de tratamento, apesar de alguns serem mais conhecidos e tradicionais. Cada um deles possui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio ao dependente químico. Não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço. A compreensão e o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxiliam o processo de adequação de um serviço às necessidades da comunidade a qual presta assistência. O momento do tratamento também influencia a escolha do serviço.⁴

Os tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas devem ser multidisciplinares e preferencialmente integrados com diversas modalidades de tratamento.

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, CAPS, ambulatórios, internações, moradias assistidas, etc.

Estes serviços devem funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como articuladores estratégicos na organização desta rede.

AMBIENTES DE TRATAMENTO

Rede primária de atendimento à saúde	Unidades comunitárias de álcool e drogas
Unidade ambulatorial especializada	Comunidades terapêuticas
Grupos de auto-ajuda	Hospitais gerais
Hospital-dia	Moradia assistida
Hospitais psiquiátricos	Sistema judiciário
Serviços de aconselhamento na comunidade (escolas, empresas, albergues, presídios,...)	

Fonte: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: ART-MED, 1999, apud RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatria., São Paulo, 2010⁵

CAPS AD

(CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ALCOOL E DROGAS):

Regulamentado pela Portaria GM/336, os CAPS-AD são: “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas”⁶.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátri-

ca Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

É função dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas

ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.⁷

INTERNAÇÃO:

Segundo a Lei 10.216/01:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por

solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS:

A Política de Saúde Mental tem como uma de suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a garantia da assistência destes pacientes na rede de atenção extra-hospitalar, buscando sua reinserção no convívio social.⁸

GRUPOS DE AUTO-AJUDA:

Baseiam-se nos princípios filosóficos dos Alcoólicos Anônimos, que se articulam na forma de 12 passos e 12 tradições. Estes programas propõem uma forma de vida espiritual, cognitiva e comportamental que aumenta o bem-estar pessoal e interpessoal e promove sistemas de valores baseados em honestidade e humildade.

Exemplos: AA - Alcoólicos Anônimos e NA - Narcóticos Anônimos

“Narcóticos Anônimos (NA) encoraja seus membros a se manterem abstinente de qualquer droga, inclusive o álcool, mesmo outras substâncias que não eram de escolha daquela pessoa. A experiência de membros de NA tem mostrado que a completa e contínua abstinência é a melhor base para a recuperação e o crescimento pessoal.”⁹

São muitos os grupos espalhados por todo mundo, normalmente são auto-sustentáveis, os membros entram e saem livremente, sendo que o requisito é a participação.

COMUNIDADES TERAPEUTICAS:

As comunidades terapêuticas (CT) são formadas por um grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum e forte motivação para provocar mudanças. O objetivo da CT é o crescimento das pessoas por um processo individual e social, sendo o papel da equipe ajudá-lo a desenvolver seu potencial.

A CT tem por meta desenvolver um novo eu social e uma nova auto-definição; visa ao auto-aperfeiçoamento e à reinserção a partir de uma subcultura, na sociedade mais ampla; tem como alvo a reconstrução de um estilo de vida. Destacamos o caráter de aprendizagem social da CT: as atividades da vida cotidiana na comunidade oferecem todo um currículo de aprendizagem sobre si próprio, sobre o relacionamento com os outros e sobre o bem viver.

Para a CT, a recuperação é considerada uma mudança de estilo de vida e de identidade. O tratamento é somente uma contribuição para o processo de recuperação – por mais central que possa ser. Os indivíduos que avançam pelos estágios do tratamento da CT estão se preparando para o engajamento positivo com a vida e a continuidade de sua recuperação.

ATENÇÃO BÁSICA - UBS (UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE):

As ações de saúde mental devem ser organizadas a partir da constituição de núcleos de atenção integral na saúde da família. Estas equipes deverão dar suporte técnico (supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação) às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (Programa de Saúde da Família - PSF e Agente Comunitário de Saúde - ACS).

Devem seguir os seguintes critérios:

- Os núcleos devem ser constituídos em municípios acima de 40.000 habitantes, na proporção de 1 núcleo para cada 9 a 11 equipe de saúde da família, e, na Amazônia, nos

municípios acima de 30.000 habitantes, na proporção de 1 núcleo para cada 7 a 9 equipes de saúde da família.

- A equipe de saúde mental deverá ser constituída por 1 psicólogo ou psiquiatra necessariamente e 1 terapeuta ocupacional e/ou 1 assistente social.
- As equipes devem estar articuladas preferencialmente aos CAPS, onde houver, ou a um outro serviço de saúde mental de referência.¹⁰

Lembre-se:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

(Artigo 196 da Constituição Federal)

Tratamentos Psicoterápicos

“Psicoterapia é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um equilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas”¹¹

Os objetivos principais da psicoterapia são: aquisição e manutenção da vida abstinentes da substância; aquisição ou recuperação de mecanismos psicológicos que ficaram disfuncionais ou não foram devidamente desenvolvidos em função de sua dependência; abstinência; elaboração de vivências traumáticas; redefinição de valores; mudança nos padrões de relacionamento pessoal e compreensão de suas próprias sensações.

Existem dezenas de formatos de psicoterapia, que são aplicados levando-se em consideração custo, tempo e diferentes abordagens. Têm-se como técnicas: 12 Passos, entrevista motivacional, intervenção breve e técnicas de moderação, prevenção de recaída, terapia da família, psicoterapia dinâmica.

Terapia Comunitária

É um espaço comunitário onde se busca compartilhar experiências de vida com as pessoas do grupo. Os membros se tornam terapeutas de si mesmo a partir das histórias de vida relatadas.

A Terapia Comunitária se propõe a construir redes de apoio social, sendo a solução encontrada no coletivo e suas interações. Tem como objetivos principais: reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo; reforçar a autoestima; valorizar o papel da família e da rede de relações; favorecer o desenvolvimento comunitário; promover a valorização de práticas culturais; estimular a participação social.

Estratégia de Redução de Danos

São estratégias que envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias.

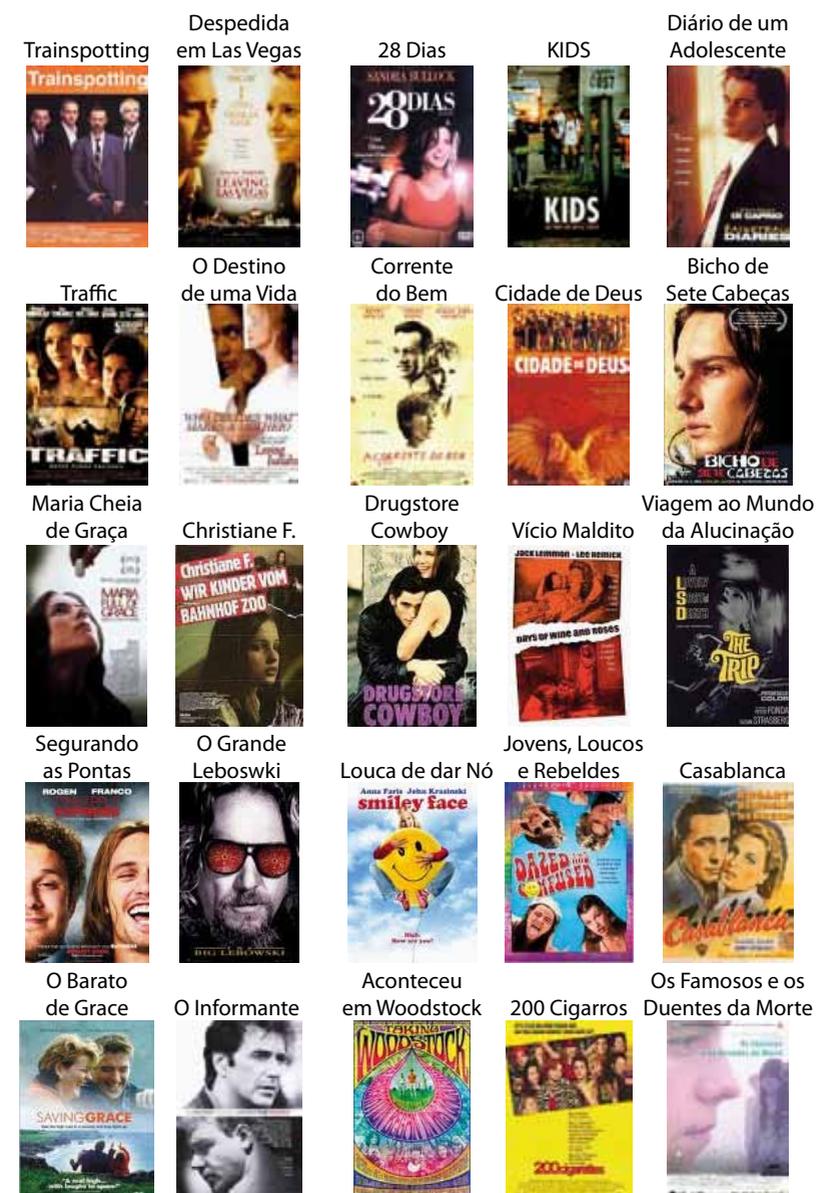
No Brasil, as atividades dos programas de redução de danos incluem: localização e abordagem da rede de usuários de drogas injetáveis; substituição de seringas usadas por novas; informações e orientações de saúde; exames para detectar possíveis problemas de saúde; encaminhamento para tratamento da dependência e para outros recursos sociais¹².

(Notas)

- ¹ [citado 09 de março de 2011] Disponível na Word Wide Web: http://www.mp.pe.gov.br/uploads/TfK9egR0Q_9KQeF_tcNoRw/j_BhlIbC1wUaeqZLKKY-1g/Usurios_de_substancias_psiocoativas_-_abordagem_diagnstico_e_tratamento.pdf
- ² NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE.(2010). Os 13 princípios do tratamento efetivo. [citado 17 de outubro de 2010]. Disponível na Word Wide Web: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed40/index.htm>
- ³ SENDI, Susana M. Sastre e OLIVEIRA, Margareth da Silva. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicol clin [online]* .2009, vol 21, n 2 [busca em 27/09/2010] PP 363-378
- ⁴ RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatria.*, São Paulo, 2010 . Disponível da Word Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Oct. 2010. doi: 10.1590/S1516-44462004000500015.
- ⁵ [citado 09 de março de 2011] Disponível na Word Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500015&script=sci_arttext
- ⁶ Ministério da Saúde. (2010). [citado 17 de outubro de 2010]. Disponível na Word Wide Web: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1.
- ⁷ Idem, ibidem
- ⁸ Ministério da Saúde. (2010). [citado 17 de outubro de 2010]. Disponível na Word Wide Web: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1.
- ⁹ Narcóticos Anônimos. (2010). [citado 17 de outubro de 2010]. Disponível na Word Wide Web: <http://www.na.org.br/portal/index.php?pagina=sobre&sub=programa>
- ¹⁰ Ministério da Saúde. (2010). [citado 17 de outubro de 2010]. Disponível na Word Wide Web: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1.
- ¹¹ PECHANSKY, Flávio. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008
- ¹² Idem, ibidem

6. Indicações

Filmes:



Obrigado
por Fumar



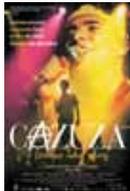
Segredos
e Mentiras



Lua de Papel



Cazuza



Sem Destino



Estranha
Passageira



Quando um Homem
Ama uma Mulher



Cortina de
Fumaça



Bullet



Fumando
Espero



Tropa de Elite



Spun
Sem Limites



É Proibido
Fumar



Sobre Cafés
de Cigarros



Sites:

Alcoólicos Anônimos Brasil - <http://www.aabr.com.br/>

Narcóticos Anônimos - <http://www.na.org.br>

Amor Exigente - <http://www.amorexigente.org.br/>

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - <http://www.uniad.org.br/>

Unifesp - <http://www.unifesp.br/dpsicobio/drogas/drogas.htm>

Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas - <http://www.abead.com.br/>

Rede Brasileira de Redução de Danos - www.reduc.org.br

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - <http://www.senad.gov.br/>

Ministério da Saúde - <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>

Grupo de Ajuda para Familiares de usuários de Dependentes Químicos - <http://www.naranon.org.br/>

Legislações:

Política Nacional sobre Drogas - <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>

Política Nacional sobre Álcool – Decreto 6.117 de 22/05/2007 - http://www.senad.gov.br/documentos_diversos_legislacao/documentos_diversos_legislacao.html

Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas - <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>

Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre Álcool - <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326984.pdf>

Tratados Internacionais em Vigor no Âmbito do Direito Penal, Contrabando e Entorpecentes - <http://www2.mre.gov.br/dai/bidpenal.htm>

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - <http://www.obid.senad.gov.br>