

Proposta de Diretrizes Técnicas

para assistência integral
em saúde mental no Brasil

Realização:



Este documento é uma edição revista e atualizada
de um capítulo das Diretrizes para um Modelo de
Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil

Associação Brasileira de Psiquiatria

Proposta de **Diretrizes Técnicas**

para assistência integral
em saúde mental no Brasil

Este documento é uma edição revista e atualizada
de um capítulo das Diretrizes para um Modelo de
Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil

Realização:



Publicação:



© 2009 Associação Brasileira de Psiquiatria.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A Proposta de Diretrizes Técnicas é um documento produzido com base em um capítulo das Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental. Para esta edição, o material foi revisado e atualizado pelos departamentos de Psiquiatria Geriátrica, Dependência Química e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Estes documentos podem ser acessados na íntegra no site da ABP e/ ou no endereço do Programa ABP Comunidade: <http://www.abpcomunidade.org.br>

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 1.000 exemplares

Edição, publicação, distribuição e informações:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

ABP EDITORA - Inscrição Estadual: 78598654

Diretoria – 2007-2010

Presidente: João Alberto Carvalho - PE

Vice-Presidente: Luiz Alberto Hetem- SP

1º Secretário: Paulo Roberto Zimmermann - RS

2º Secretário: Rosa Garcia - BA

1º Tesoureiro - João Carlos Dias- RJ

2º Tesoureiro - Hélio Lauar de Barros - MG

Sede ABP - Secretaria Geral e Tesouraria

Av. Presidente Wilson, 164 / 9º andar.

CEP: 20030-020 - Telefax:(0xx21) 2199.7500

Cidade: Rio de Janeiro - RJ

E-mail: abp@abpBrasil.org.br

Assessoria de Comunicação e Imprensa ABP

<http://www.abpbrasil.org.br/imprensa>

imprensa@abpbrasil.org.br

Telefone: (0XX11) – 4123.1419 - São Paulo – SP

Projeto Gráfico , Editoração e Ilustração

Renato Dalecio Junior

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Proposta de Diretrizes Técnicas

para assistência integral
em saúde mental no Brasil

ÍNDICE

1. PREFÁCIO	07
2. APRESENTAÇÃO	09
I. Proposta de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil	
3. ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	17
4. PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL	21
I. Crianças e Adolescentes	
II. Idosos	
III. Pacientes com Dependências (álcool e outras drogas psicotrópicas)	
IV. Doentes Mentais Cumprindo Medida de Segurança e População Prisional com Transtornos Mentais	
5. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	31
6. REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL	33

Não há saúde sem saúde mental

As “**Diretrizes para Assistência Integral em Saúde Mental**”, da Associação Brasileira de Psiquiatria, foram elaboradas após intensas e acaloradas discussões durante duas assembleias gerais de delegados da ABP, uma delas convocada especificamente para esse fim, e publicadas em dezembro de 2006.

Desenvolvidas na gestão liderada por Josimar França (2004-2007), fruto de seu empenho e determinação em finalizá-las, as diretrizes foram apresentadas e discutidas em diversas ocasiões, além de protocoladas no Ministério da Saúde, em março de 2007. O documento tornou-se referência nas discussões sobre políticas de saúde em que a ABP e suas Federadas participam.

Apresentamos aqui reprodução, revista e atualizada, de parte do documento original, especificamente do capítulo VII - Proposta de Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental. Nele aborda-se de forma objetiva como deve ser a estrutura do atendimento e, sobretudo, ressalta-se o indispensável papel do psiquiatra dentro desse sistema. A revisão e a atualização foram feitas por departamentos científicos da ABP, a saber: Psiquiatria Geriátrica, Dependência Química e Psiquiatria da Infância e Adolescência.

O processo de elaboração dessas “Diretrizes” sempre considerou a natureza dinâmica das proposições, que devem ser aperfeiçoadas de acordo com avan-

ços científicos e estruturais. A ABP, portanto, não espera que esse documento contenha a palavra final sobre o assunto. Por outro lado, os conceitos que orientam essas recomendações práticas (passíveis de avanços) devem ser permanentes.

Esses conceitos ensinam que é impossível alcançar a saúde mental sem a medicina, que os tratamentos devem ser baseados em evidências e estudos científicos e que o atendimento apenas será eficiente por meio de uma rede de atenção multidisciplinar.

Evidentemente, não cabe à ABP garantir que essas proposições sejam acatadas. O que podemos fazer, além de propor e assessorar, é verificar e fiscalizar. Afinal, se é verdade que não há saúde sem saúde mental é preciso admitir que não existe promoção de saúde mental nem assistência às pessoas com transtornos mentais sem psiquiatria.

João Alberto Carvalho

Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria

I. PROPOSTA DE DIRETRIZES TÉCNICAS PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Um projeto que se deseje viável deve contar com objetivos, recursos e outros parâmetros compatíveis com a realidade. O conhecimento da evolução do processo no qual se pretende intervir é fundamental, pois dele se originam as informações que evitarão propor ações já malogradas e possibilitarão consagrar aquelas que não contrariem a boa experiência vivida. Também deve-se ter clara noção dos objetivos e metas a serem atingidos, dos recursos existentes para fazê-lo e da possibilidade de assegurar continuidade ao processo pretendido.

Cientes das dimensões continentais do Brasil e de suas diferenças socioeconômicas e culturais, a ABP apresenta as diretrizes técnicas para um **Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental**. Levamos em conta a realidade de nosso país, as necessidades da população e observamos fielmente o que diz a Lei 10.216/2001, que contempla a integralidade na assistência em saúde mental. A ABP não propõe um modelo rígido, mas diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal.

Os diversos serviços devem contar com equipes multiprofissionais e seus componentes atuar interativa e integradamente, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida.

Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo um ao outro. Para isto é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contra-referência.

Seguindo-se a Lei 10.216/2001 é preciso contar com os seguintes parâmetros de atenção e serviços:

Nível Primário

- Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais.
- Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares, religiosas, de grupos responsáveis por resgate, atendimento pré e pós-hospitalar e outras.
- Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.
- Ampla divulgação dos serviços de saúde mental, assim como orientação da

forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.

- Treinamento e supervisão contínuos e específicos para os integrantes das equipes multiprofissionais, orientando as competências e responsabilidades de cada um dos profissionais e como executá-las.

Tais investimentos resultarão em economia na medida em que a detecção e o tratamento precoces contribuem para uma menor perda de capacidade do paciente.

Unidades Básicas de Saúde (UBS)

- Treinamento de médicos do Programa de Saúde Mental de Família (PSF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com os critérios estabelecidos pelas Diretrizes da ABP, AMB e CFM para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos de transtornos mentais que não consigam tratar, construindo um sistema de referência e contra-referência.

- Esse sistema de referência e contra-referência deve ser estruturado através da ação de equipes matriciais, ligados à rede de saúde mental (serviço de saúde mental de referência para uma determinada população), que será responsável por dar suporte técnico e de supervisão, através das técnicas de interconsulta e consulta conjunta para um determinado número do PSF e UBS.

- Criar programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a atenção primária, elaborando Diretrizes a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de atenção primária com as Equipes Matriciais.

Nível Secundário

Centro de Atenção Médica, Psicológica e Social (CAMPS)

Serviço que funcione de acordo com seus programas de atendimento e público alvo específico, contando com equipe multiprofissional completa necessária para desenvolver os programas da unidade. O CAMPS deverá ser estruturado seguindo os ditames da Lei 10.216 que prevê assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Deverá proporcionar atendimento mais intensivo que o ambulatório, tanto em duração como em frequência de atendimento. Será um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação. Os CAMPS serão estruturados em três níveis de complexidade. No CAMPS I, em regiões do país em que haja carência de psiquiatras, aceitar-se-ia temporariamente que o médico não fosse especialista. Nos CAMPS II e III, o médico será necessariamente um psiquiatra registrado como tal no Conselho Regional de Medicina.

Ambulatório Psiquiátrico Geral e Especializado

Serviço de atendimento essencialmente médico organizado de acordo com a demanda existente em cada local, inserido ou não em ambulatório médico geral, e que sempre faça a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos.

Deverão ser observadas a localização geográfica e a população a ser assistida.

O atendimento ambulatorial é eficaz no tratamento e controle das doenças mentais e quando combinado com a dispensação de medicamentos mostra uma elevada taxa de resposta terapêutica com baixo custo.

Nível Terciário

• Hospital Dia e Hospital Noite

Serviços destinados à hospitalização parcial para pacientes que não necessitem permanecer em tempo integral no hospital, mas apenas parte do dia. Muitos pacientes que seriam hospitalizados podem ser mais bem atendidos neste serviço e outros tantos poderiam ter o seu tempo de internação integral abreviado, sendo enviados para o hospital parcial antes de passar para o CAMPS ou ambulatório.

• Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental (CAISM)

O Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental situa-se tanto na atenção primária, como na secundária e terciária, pois contemplaria um atendimento completo em todos os níveis de complexidade (promoção, prevenção, ambulatório, pronto socorro, CAMPS, hospital parcial e hospital para internação em tempo integral). O CAISM, preferencialmente uma instituição de ensino, seria ideal para algumas regiões e localidades. Hospitais já existentes poderiam ser transformados em CAISMs, constituindo-se em centros de excelência no atendimento psiquiátrico.

• Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

Serviços destinados a internações de pacientes agudos, em princípio de curta permanência, para pacientes psiquiátricos sem intercorrências ou para pacientes psiquiátricos com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais. A auto-suficiência e o risco individual de conduta violenta e anti-social devem ser aferidos em função da possibilidade de atendimento de cada serviço.

Hospital Psiquiátrico Especializado

Serviços destinados a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível em serviços de menor complexidade. Deverá funcionar de acordo com seus programas de atendimento, contando com equipe multiprofissional completa, necessária para desenvolver os programas terapêuticos da unidade.

Unidade de Emergência Psiquiátrica

Unidade de pronto socorro psiquiátrico, aberta em tempo integral (24 horas por dia), com leitos para acolher pacientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas). Estabelecimento de unidades de emergências psiquiátricas específicas, em hospitais psiquiátricos, e unidades de emergências psiquiátricas em hospitais gerais. As unidades de emergência deverão estar articuladas com o SAMU. Nas cidades maiores o SAMU deverá ter uma ambulância específica para o atendimento pré-hospitalar de pacientes psiquiátricos, a qual deverá contar com pessoal especializado e ser equipada adequadamente para estes atendimentos.

Serviço de Residência Terapêutica I (Lar Abrigado)

Serviço destinado a pacientes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores o terão como referência em serviço de saúde mental.

Serviço de Residência Terapêutica II (Pensão Protegida)

Serviços destinados a pacientes com a autonomia comprometida, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores o terão como referência em serviço de saúde mental.

Centro de Convivência

Serviço destinado à convivência de pessoas, com variados graus de comprometimento, para recreação e convívio. Nestes centros poderão ser utilizadas técnicas de reabilitação, com profissionais de nível superior, a exceção de médicos. Os centros de convivência estariam referenciados a um serviço de assistência de nível secundário.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL [3]

Casos exemplo:



Em geral, o paciente com **dependência química** chega ao sistema de saúde encaminhado por familiares. Suas características principais são a fissura e os quadros de agitação motivados pelas crises de abstinência, que dificultam o tratamento. Necessitam de atendimento especializado, que deve acontecer em ambientes específicos, separados de outros pacientes.



Episódios psicóticos agudos: quadros de agitação psicomotora e risco de agressão. Motivados por doenças como esquizofrenia e transtorno bipolar. O encaminhamento é feito pela sintomatologia. Após o controle do quadro agudo, o acompanhamento deve acontecer no CAMPS ou em serviços ambulatoriais.



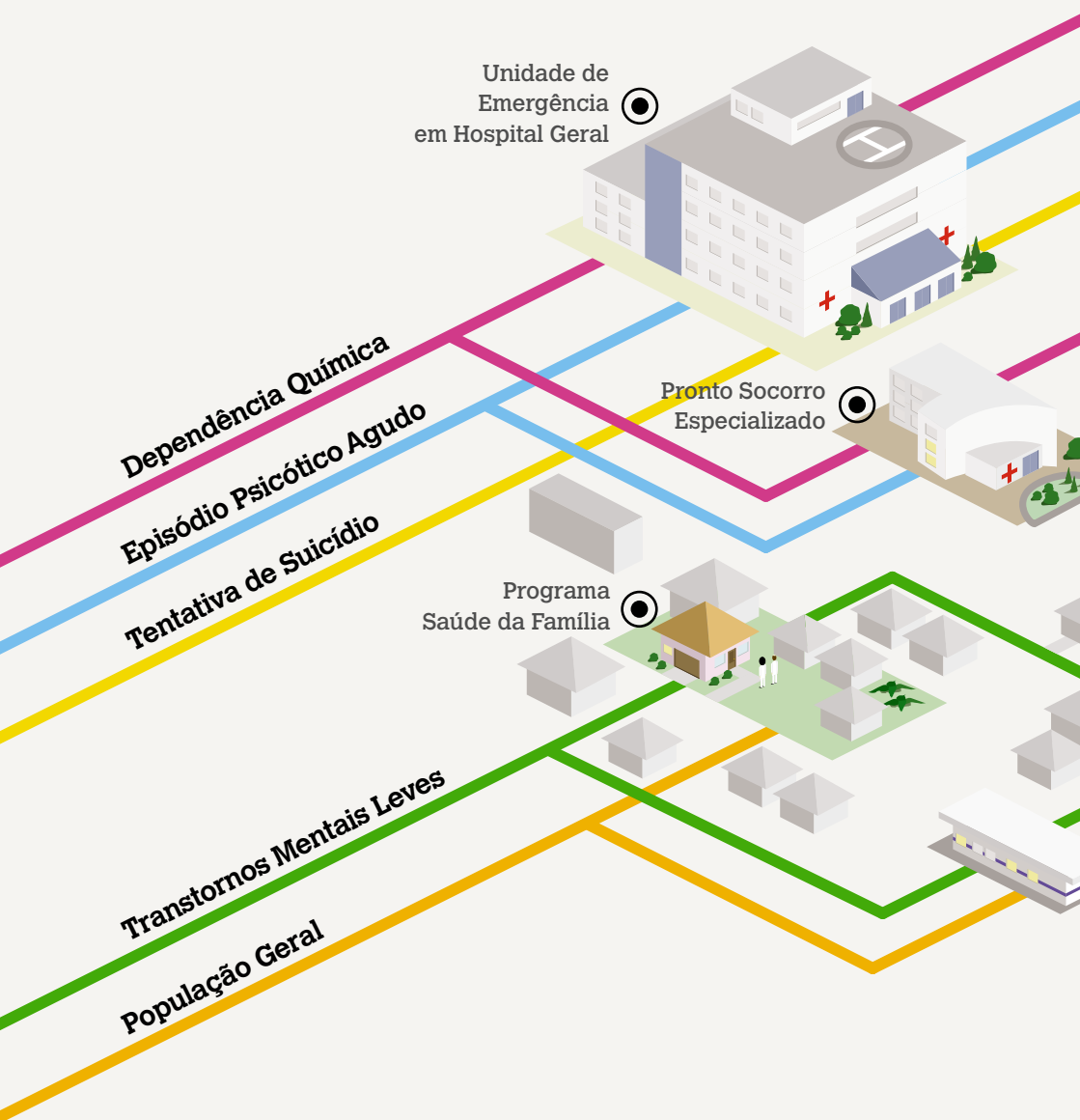
90% das **tentativas de suicídio** são motivadas por doenças mentais não diagnosticadas ou mal tratadas. Esses pacientes vão para os serviços de emergência clínica (cortes, queimaduras e traumas) e devem seguir para uma Unidade de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral. Com o controle da crise, são encaminhados para CAMPS ou serviços ambulatoriais.



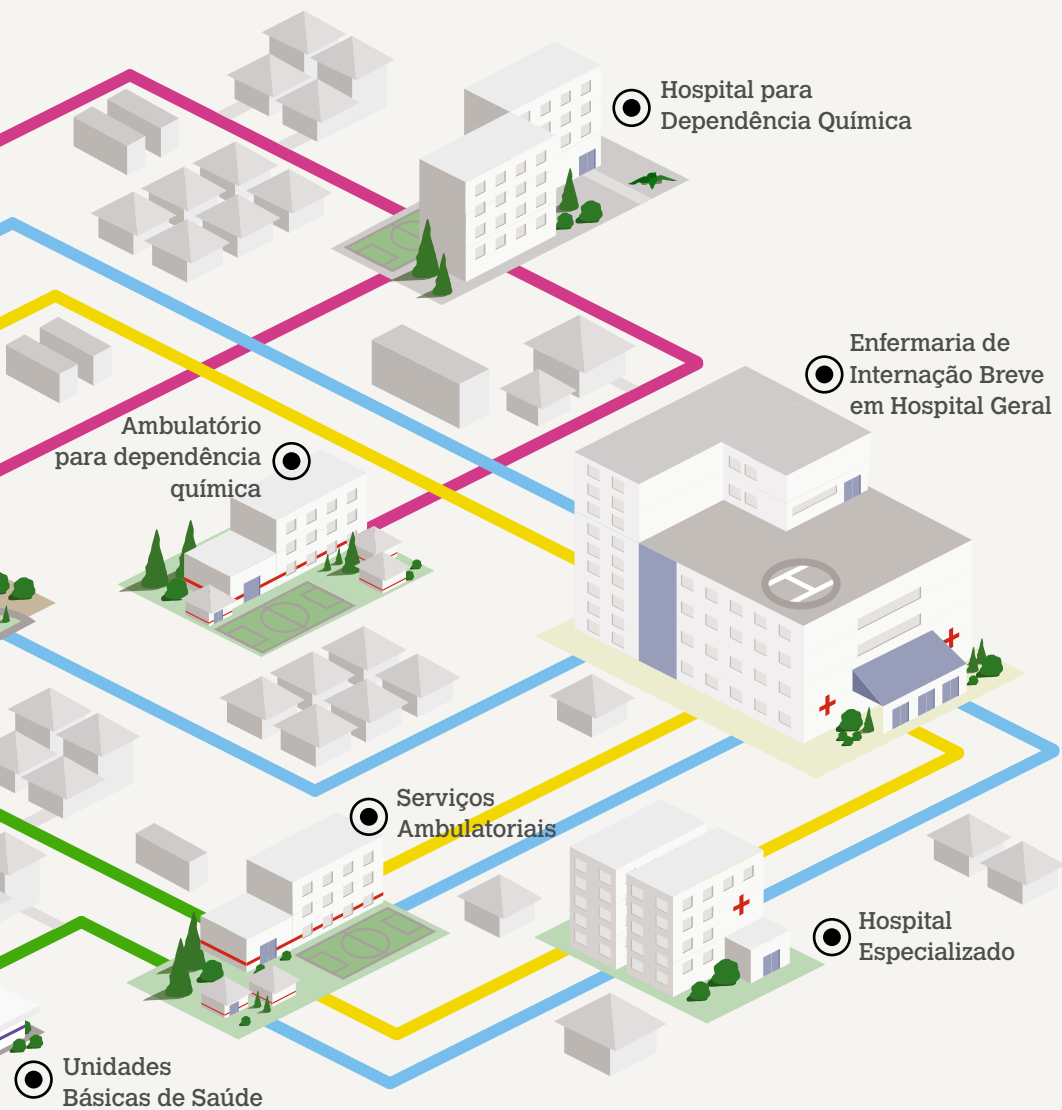
Transtornos mentais leves são casos que devem ser diagnosticados e tratados o mais rápido possível, para evitar seu agravamento. Com capacitação na área, as equipes do Programa Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde podem reconhecer, tratar e encaminhar os pacientes que precisam de atendimento.



A **população geral** também deve ser contemplada com ações de prevenção e promoção de saúde. Esse tipo de iniciativa ajuda a antecipar a procura por tratamento.



Caminhos da Assistência em Saúde Mental *



* Os casos representados neste infográfico não representam toda a complexidade de quadros existentes na psiquiatria. Registre-se também a importância de programas e serviços específicos para crianças, idosos e outros grupos sociais.

Os problemas da rede atual

Atenção básica

Promoção e prevenção | PSF | UBS

Os serviços que deveriam trabalhar na prevenção, diagnóstico precoce e início do tratamento não estão capacitados para isso. Na área de campanhas preventivas, o investimento público é nulo. Além disso, as equipes que atuam no Programa Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde não têm formação na área.

Emergências

PS Especializado | Emergência em hospital geral

Foram implantados em número insuficiente. Como são a porta de entrada para casos mais graves, ocupam uma posição estratégica no sistema e deveriam ser melhor estruturados. Nos locais que não dispõem desses serviços, os pacientes são obrigados a buscar ajuda em serviços ambulatoriais, que ficam sobrecarregados, além de não serem estruturados nem terem capacidade técnica de realizar esse tipo de atendimento.

Serviços ambulatoriais

Ambulatório Médico | CAMPS | CAISM

Apenas a rede dos chamados Centro de Atenção Psico Social (CAPS) tem recebido investimento do poder público para sua estruturação. Os ambulatórios especializados e centros médicos existem principalmente em serviços universitários, o que dificulta o atendimento em locais distantes dos grandes centros. Além disso, como outros níveis de atenção sofrem com sub-financiamento, os serviços ambulatoriais existentes ficam sobrecarregados.

Internação

Enfermaria de internação breve | Hospital psiquiátrico | Hospital dia/noite

Com a reforma implantada pelo Ministério da Saúde, os antigos manicômios foram fechados em um ritmo superior à criação de leitos substitutivos. Assim, os familiares de pacientes com doenças graves e persistentes têm dificuldade em encontrar leitos para internação, em suas diversas modalidades.

PROGRAMAS [4] ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL

I. CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência atingem entre 15 a 20% da população, com predomínio dos transtornos no comportamento disruptivo e transtornos emocionais (Lai, 2000). Seu cuidado depende da própria psicopatologia, bem como das famílias envolvidas.

Fatores de risco podem ser considerados aqueles que alteram o desenvolvimento da criança, incluindo-se prematuridade, problemas pré- e perinatais, atrasos no desenvolvimento, problemas comportamentais, doenças crônicas ou deficiências. Envolvem também patologias familiares e dificuldades sociais. Assim, a interação entre a vulnerabilidade individual e as adversidades ambientais estabelecem o fator de risco.

Alguns desses casos podem ser considerados de extrema importância quando da sua inserção em um hospital geral, escola ou creche.

Levando-se em conta essas breves considerações, é evidente que um projeto de Saúde Mental terá por meta, em primeiro lugar, pensar a criança e o adolescente enquanto populações características, com universos próprios e manifestações comportamentais típicas.

Entretanto, mais que a mera ausência de doença, a saúde comporta o estado de bem estar biopsicossocial, constituindo-se em um estado ativo para onde confluem elementos físicos, familiares, sociais, pessoais, administrativos, escolares e outros; todos desembocando de maneira geral, naquilo que, de maneira simplista, poderíamos agrupar sob a denominação genérica de qualidade de vida da criança. Quanto menor a idade do paciente, mais dependente é do grupo familiar, principalmente da mãe que habitualmente percebe todo e qualquer desvio nesse estado de bem estar.

Na medida em que a criança se desenvolve a escola passa também a desempenhar esse papel, constituindo-se, juntamente com a família, no universo da criança.

Visando-se a implantação de um projeto de Saúde Mental da Criança e do Adolescente podemos estabelecer os seguintes passos básicos:

Atenção Primária

1. Inserção de módulo referente à Saúde Mental na formação de professores e nas programações escolares de primeiro e segundo graus, enfocando os principais problemas da área.
2. Sistematização da aplicação de diferentes escalas de “screening” para doença mental em sentido amplo, bem como para diferentes quadros da infância e adolescência nas próprias escolas.
3. Sistematização de avaliação de “Qualidade de Vida” das crianças atendidas nos serviços escolares.
4. Avaliação dos eventuais distúrbios de aprendizado e de comportamento surgidos no ambiente escolar.
5. Revisão do ambiente escolar visando à minimização dos fatores de estresse.

6. Elaboração de Guia de Saúde Mental visando o esclarecimento de pais e professores quanto aos principais problemas da área, bem como a uniformização de condutas a serem estabelecidas. Esses guias podem ser utilizados em escolas e creches (visando-se estimulação de bebês), com treinamento para uso e supervisão periódica das equipes de retaguarda.

Atenção Secundária

Ambulatório Infantil

O Ambulatório é o ponto central do sistema, onde todos os pacientes são registrados e se iniciam os processos de diagnóstico e tratamento não passíveis de terem sido efetuados nos Serviços Básicos em função de sua complexidade ou gravidade. Atendem assim, preferencialmente: quadros de agitação, casos psicopatológicos específicos inacessíveis à abordagem em serviços básicos de saúde e psicoses em geral.

A partir desse atendimento, estabelece-se o diagnóstico e os encaminhamentos aos diferentes setores de atenção uma vez que atendimento fonoaudiológico, psicológico, psicoterápico e de terapia ocupacional também são realizados. Programas de psicoterapia breve, na maior parte das vezes dirigidos a adolescentes devem estar presentes.

Brinquedoteca Terapêutica

Tem como objetivo favorecer a melhora da qualidade de vida de pacientes registrados em um Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, bem como de suas famílias. Seu objetivo é propiciar a interação grupal e a aceitação de regras e limites necessários ao convívio social através do brincar, orientando as famílias quanto à possibilidade de desenvolvimento psicossocial de suas crianças e/ou adolescentes. Para tanto utiliza, enquanto metodologia, ativi-

dades lúdicas que usam o brinquedo como objeto intermediário e facilitador, e orienta pais individualmente ou em grupo. Atende crianças até 12 anos ou mais velhas se apresentarem dificuldades cognitivas e sociais acentuadas.

Interconsulta

Supre a demanda de atendimento clínico em enfermaria de Pediatria e fornece suporte adequado à família dos pacientes atendidos nesses serviços, bem como às diferentes equipes para a minimização dos efeitos da internação ou mesmo do atendimento ambulatorial, além da melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Em um hospital geral esta atividade tem fundamental importância e por isso deve ser privilegiada. Na escola, o atendimento é predominantemente psicológico com o objetivo de detectar os principais problemas de aprendizado ou comportamentais que dificultam o desempenho ou a inserção da criança. Essas questões devem ser discutidas com a equipe escolar e as sugestões de intervenção propostas e supervisionadas pelo profissional responsável.

Atenção Terciária

Hospital-Dia Infantil

Serviços onde se desenvolvem programas caracterizados pela flexibilidade, pela diminuição do trauma da separação da criança e suas famílias, pelo envolvimento dos serviços da comunidade e pela possibilidade, concomitante, de manipulação do ambiente infantil. Esses serviços são indicados para observação, manipulação das condutas, determinação dos níveis de desenvolvimento e propiciar ambiente terapêutico que possibilite a redução de transtornos comportamentais. Assim, destinam-se a crianças pré-escolares com transtornos comportamentais, abuso infantil e problemas familiares, psicoses na infância e transtornos de desenvolvimento.

Enfermaria Infantil

Serviços que são utilizados em poucos casos, inabordáveis sob quaisquer outras formas, de caráter agudo e por pequeno período de tempo até que os problemas mais emergentes sejam minimizados e os pacientes possam ser inseridos em outros programas. As internações são realizadas quando não há condições médicas de tratamento ambulatorial, sendo a indicação avaliada pela supervisão da enfermaria. Dessa maneira, à medida em que outros modelos terapêuticos mostram sua eficácia (ambulatório, brinquedoteca, hospital-dia e outros) o índice de internações diminui sem a necessidade de sua regulamentação. Assim, as indicações para o tratamento hospitalar podem ser resumidas da seguinte maneira (Green, 1995): Distúrbios graves e persistentes que constituem ameaça a vida (depressão, suicídio, distúrbios alimentares, distúrbios obsessivos, encoprese intratável, psicoses, conversão histérica); Esclarecimento diagnóstico ou das indicações terapêuticas; Distúrbios emocionais graves; Avaliação dos cuidados maternos quando há risco para a criança (S. Munchausen); Estados de crise.

Os pacientes são internados juntamente com um familiar para que seja preservado o vínculo mãe-filho, importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostra-se de grande importância na diminuição do número de internações bem como no índice de reinternações.

Um programa assim, por sua abrangência, deve possuir uma equipe complexa, o que contraria nossa realidade, extremamente carente na formação de psiquiatras da infância e da adolescência pelo pequeno destaque que a especialidade tem tido nos programas de formação em nível de graduação e pós-graduação. Isso fica visível se pensarmos que, conforme o Children Act 1989 (Wallace, 1997), cerca de 20% das crianças necessitarão passar por serviços de Saúde Mental durante sua infância em função de problemas de desenvolvimento ou de saúde mental.

II. IDOSOS

Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade, o aumento em gastos com saúde e previdenciários adquire importância capital, visto que os idosos são responsáveis por uma ampla fatia dos custos envolvidos na assistência médica oferecida pelo Estado. No caso específico da psiquiatria geriátrica, é conhecido o aumento progressivo da prevalência de transtornos cognitivos, mais acentuadamente os transtornos demenciais, à medida que avança a idade. A prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos, apenas para citar um exemplo. Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer.

Outrossim, a depressão em idosos é o que se conhece como um dos quatro gigantes de geriatria, sendo os outros três a demência, quedas e infecções.

A dependência para atividades cotidianas nos idosos é, ao lado dos quadros de agitação e agressividade, a principal causa de institucionalização de idosos, contribuindo também para o aumento dos gastos públicos e da família com saúde, e trazendo também sérias conseqüências para o cuidador, seja ele familiar ou profissional, em termos de estresse e qualidade de vida.

Todos esses fatores e, como já dito anteriormente, a demanda crescente por especialização na área específica, faz com que seja necessária estruturação de formação e atendimento especializado em psiquiatria geriátrica em todos os níveis no Brasil.

Os profissionais envolvidos, sempre em atividades integradas englobam a equipe de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e musicoterapeutas.

O atendimento a idosos com transtornos psiquiátricos em três níveis de complexidade no SUS deve seguir os seguintes passos:

1. Reconhecimento de casos de depressão e demência, além de quadros de ansiedade e de psicoses pelas equipes de saúde no serviço primário. Treinamento dessas mesmas equipes em instrumentos básicos de rastreio e quantificação de transtornos, com escalas validadas em nosso meio.
2. Encaminhamento desses casos para os ambulatórios, onde os diagnósticos dos casos suspeitos podem ser refinados e o tratamento instituído. Estes casos serão contra-referidos para a rede primária, onde o acompanhamento deverá acontecer.
3. Organização de aulas e equipes de educação sobre temas referentes a idosos na comunidade, juntamente com associações de idosos e de parentes de pessoas com doenças psiquiátricas de idosos.
4. Estabelecimento de uma rede integrada de atendimento terciário e quaternário para casos que necessitem de internação.
5. Formação de centros de referência para idosos com demência e depressão por todo o país, não apenas para o tratamento multidisciplinar, e o estabelecimento de Centros-Dia para reabilitação voltados para atividades de vida diária e também para garantir a distribuição de medicamentos de alto custo para demência, psicose e depressão necessários aos usuários idosos.

III. PACIENTES COM DEPENDÊNCIAS (álcool e outras drogas psicotrópicas)

A Dependência de Álcool e outras Drogas Psicotrópicas é uma síndrome determinada por múltiplos fatores. Evolui de forma peculiar em cada indivíduo e produz alterações crônicas difusas, individuais, neurofisiológicas, psicológicas e sociais. Em função desta complexidade uma avaliação detalhada é imprescindível para o planejamento do tratamento. A desintoxicação, a farmacoterapia, a psicoterapia individual ou grupal, assim como a intervenção com a família são preconizadas como diferentes etapas do tratamento.

Evidências científicas mostram que algum tratamento é melhor que nenhum e que não existe um só tratamento para os diferentes dependentes. Como é considerada uma doença crônica, é necessário aplicar um continuum de intervenções. Somente uma política pública atualizada e ajustada aos recursos disponíveis pode ser implementada adequadamente, integrando os diferentes níveis de atenção.

Na atenção primária, isto é, nas unidades básicas de saúde, os cuidados devem ser aplicados por um clínico geral treinado ou uma equipe mínima de saúde mental composta por um psiquiatra e um outro profissional da saúde (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, ou outro), que devem ser devidamente treinados e supervisionados. As ações compreendem: avaliação da intoxicação/desintoxicação; monitoramento por 3 semanas em média; avaliação e tratamento das complicações psiquiátricas, clínicas e sociais; prevenção às DSTs e orientação familiar. A Intervenção Breve pode ser aplicada.

Na atenção secundária (os ambulatoriais), os cuidados devem ser aplicados por uma equipe multidisciplinar ampliada e composta por especialistas. As ações compreendem: terapias comportamentais breves com diversos focos (manutenção da abstinência, prevenção da recaída, adesão ao tratamento e aos me-

dicamentos; orientação profissional, vocacional; controle de outras complicações, aplicadas no formato individual ou grupal). A intervenção familiar deve acompanhar o tratamento do dependente em todas as etapas. Na existência de ambulatório especializado em Dependências, ações como desintoxicação no formato de internação-dia e intervenção de crise são preconizadas

A atenção terciária compreende a internação hospitalar no hospital geral ou psiquiátrico, em leitos para cuidados especializados levando em consideração a prevalência de comorbidades, tanto clínicas como psiquiátricas. O período de permanência nos leito varia, mas em média é estabelecido por mais que 3 semanas. Além dos cuidados terciários citados é esperada uma rede de assistência para reinserção social como as moradias assistidas que preparam o dependente para voltar para a família e para o trabalho.

Avaliar os recursos pré-existentes, treinar a equipe local e considerar as evidências científicas já publicadas sobre a prevenção e o tratamento das Dependências poderá levar à criação de um conjunto de medidas que protegerão tanto os indivíduos que ainda não experimentaram as drogas psicotrópicas, como aqueles que já estão dependentes e seus familiares, abordando esta grave doença, um dos problemas mais importantes de saúde pública no Brasil hoje.

IV. DOENTES MENTAIS CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA E POPULAÇÃO PRISIONAL COM TRANSTORNOS MENTAIS

É necessária a criação de pelo menos um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por Estado, com pessoal qualificado, em número adequado e devidamente treinado para lidar com este tipo de paciente. Destaca-se a importância de equipes de saúde mental completas.

É indispensável que o SUS tenha participação no custeio das despesas decorrentes do atendimento desses pacientes, o que proporcionaria melhores condições de funcionamento dessas instituições.

Cada estabelecimento prisional deve contar com uma equipe de saúde mental. Assim, no próprio ambiente prisional poderia ser prestado atendimento a casos mais leves que não necessitassem remoção para o HCTPs. Isso tem dupla vantagem: o atendimento seria prestado mais rapidamente, pois os profissionais estariam mais próximos do apenado, diminuindo assim o risco do duplo estigma, ou seja, a condição de criminoso e de doente mental que acompanha todo aquele que tem passagens pelos HCTPs.

Os serviços penitenciários devem desenvolver programas específicos para a prevenção do suicídio e para o manejo do abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Considerando que não há evidências científicas da relação doença mental e periculosidade, desenvolver campanhas para quebrar este estigma e excluir, do Código Penal, o doente mental da condição de perigoso, pela simples condição de padecer de uma enfermidade psiquiátrica.

DISTRIBUIÇÃO DE [5] MEDICAMENTOS

Sobre a distribuição de medicamentos essenciais e de alto custo, encontra-se no Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – do Tribunal de Contas da União (TCU) a seguinte afirmação: **“Entrevistas com os gestores estaduais e municipais, com responsáveis pelos CAPS e SRT, além de relatos de familiares e pacientes, evidenciaram deficiências na distribuição dos medicamentos destinados aos portadores de transtornos mentais, traduzida pela descontinuidade na distribuição dos medicamentos essenciais e demora na distribuição dos medicamentos de alto custo. Nas respostas aos questionários dos CAPS, 41,3% dos respondentes informaram que os pacientes não obtêm os medicamentos sempre que solicitam”.**

A dispensação gratuita de medicamentos deve ser garantida a todos os pacientes necessitados deles, sem interrupção do fluxo. Nas unidades de atenção primária seriam dispensados medicamentos da cesta básica, composta por fármacos de baixo custo, que necessita ser ampliada e periodicamente atualizada, dando-se preferência aos genéricos. A escolha do fármaco é competência do médico assistente.

Nas unidades de atenção secundária além dos medicamentos da cesta básica devem ser oferecidos medicamentos de alto custo. Neste caso, a ABP, respaldada pela AMB e CFM fará as propostas dos protocolos para a prescrição, atualizando-os periodicamente, respeitando os princípios éticos do receituário médico estabelecidos pelo CFM.

Nas unidades de atenção terciária deve-se garantir a manutenção do acesso gratuito aos medicamentos de alto custo, inclusive em se tratando de serviços contratados, pois o direito à assistência farmacêutica é do paciente não do serviço onde ele é atendido.

REABILITAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL [6]

Hoje não existe uma política do Ministério da Saúde para combater o estigma ao doente psiquiátrico e que seja comprometida com sua reabilitação e reinserção social.

As limitações ou perdas de capacidades operativas para o desempenho social e laboral decorrentes do adoecer mental ou comportamental devem ser objeto de estratégias de reabilitação dirigidas aos recursos dos pacientes, aos talentos existentes e às possibilidades para lidar com a doença que minimizem a incapacidade. Reabilitação psiquiátrica é um conjunto de ações dirigidas a pessoas com doenças mentais, transtornos comportamentais e déficits funcionais graves.

A ajuda às pessoas com incapacidades decorrentes de um transtorno psiquiátrico para aumentar o nível de seu desempenho de tal forma que possam sentir-se bem sucedidas e satisfeitas deve ser feita através de: alternativas residenciais, facilitação do transporte, programas de suporte comunitário (centros de convivência), oficinas de trabalho protegidas, suporte à atividade escolar, grupos de auto-ajuda e defesa de direitos.

Proposta de Diretrizes Técnicas

para assistência integral
em saúde mental no Brasil



Av. Presidente Wilson, 164 / 9º andar
CEP: 20030-020

(21) 2199.7500

Rio de Janeiro - RJ
abp@abpBrasil.org.br
imprensa@abpBrasil.org.br
www.abpBrasil.org.br