

**I Seminário do Pacto pela Vida
Fortaleza-Ceará
24 de fevereiro de 2010**

**As Diversas
Dimensões da
Dependência
Química**



UNIAD

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

**Alessandra Diehl
alediehl@terra.com.br**

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)

Quem são os Dependentes Químicos ?

Quando experimentei o *crack* eu disse:

“Essa droga sim, é da pesada!
Foi um prazer diferente.
Especial.

Em duas semanas não saía mais da favela.

Passava dias a fio fumando.
Vendia tudo o que tinha para comprar a droga.

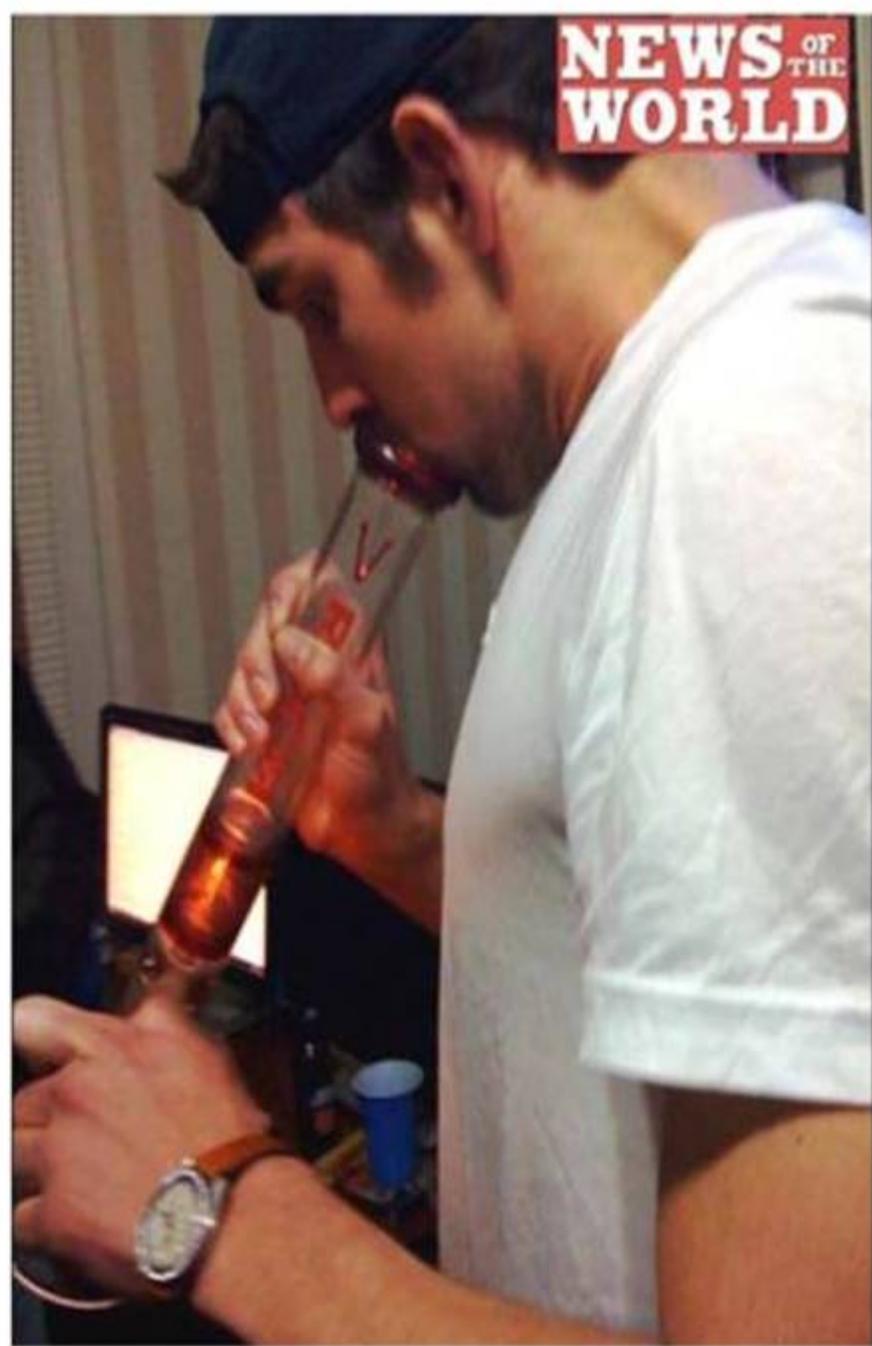
Vendi até meu corpo para os traficantes.” FTG











ANTES



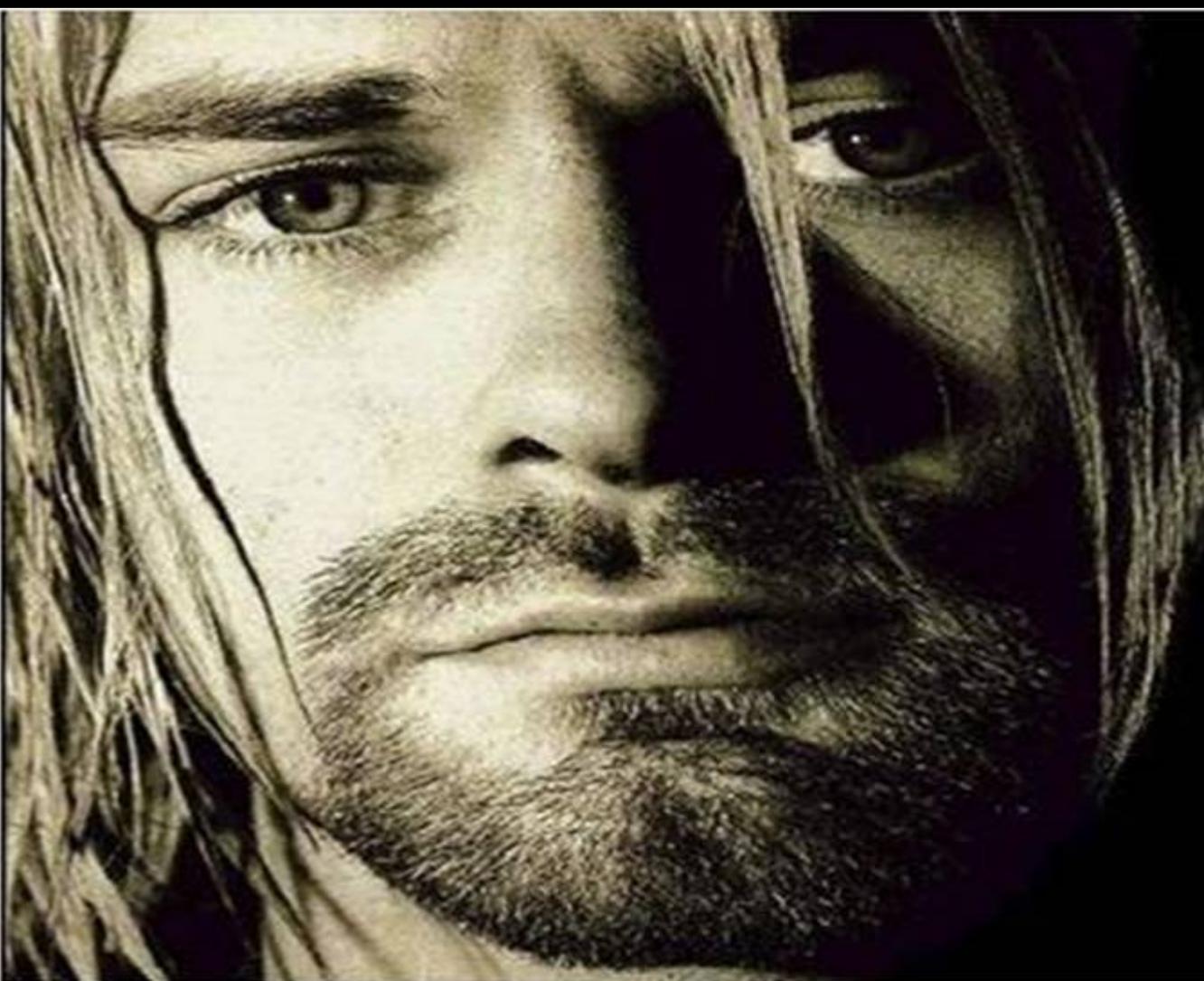
DEPOIS



Amy Winehouse



Edith Piaf



Kurt Cobain
1967 - 1994

Now that
you're
pregnant,
you're
not
just
eating
for
two...



...you're
breathing
for
two



© WENN



Geoge Bush



Quem faz a cabeça
do presidente
Lula em economia

Mais espaço e mais
luxo – é a nova primeira
classe dos aviões

Hannah Montana conta
a ÉPOCA os bastidores
de seu novo filme



1,95 e 0,00

ÉPOCA

A REVISTA DE QUEM TEM OPINIÃO



Casagrande
na clínica em
que está se
recuperando,
na Grande
São Paulo

www.epoca.com.br

EXCLUSIVO

A luta de Casagrande contra o vício

Na primeira entrevista
desde que foi internado,
o ex-jogador diz:
"As pessoas que gostam
de mim podem ficar
tranquilas – estou
me tratando bem"

MAIS: o dia-a-dia no mundo
fechado das clínicas
de reabilitação de viciados



ISSN 0013-061X
R\$ 7,90 (incl. IPI)
21 ABRIL 2008

**Tão diferentes....e ao mesmo
tempo
com tanto em comum!**

Diferentes por que ...?

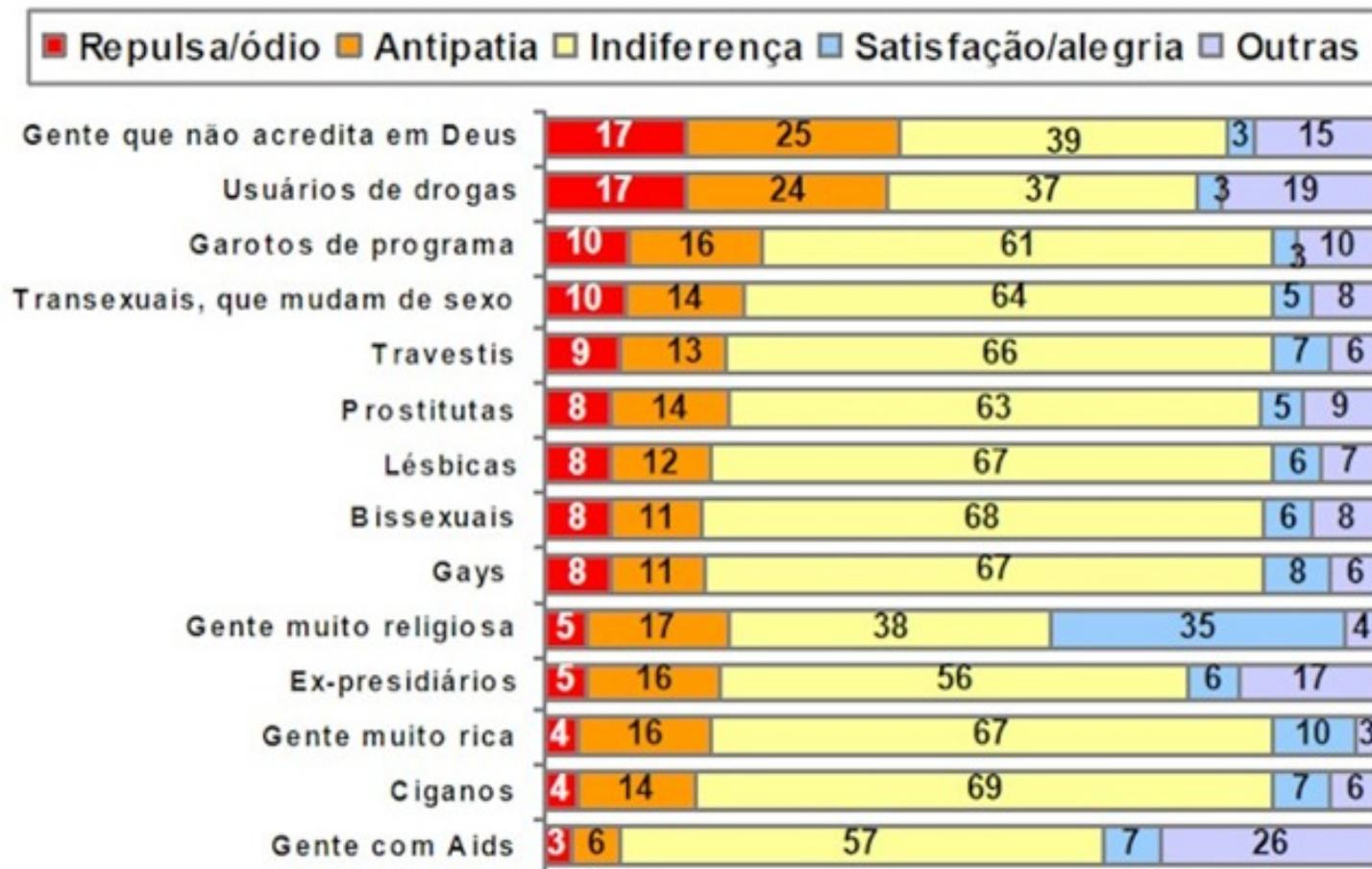
- Tipo de substância utilizada
- Sintomas de abstinência
- Gravidade da dependência
- Processo de recuperação
- Comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas
- Nível socio-econômico, uns famosos outros não
- Contexto familiar

Com tanto em comum.....



São todos dependentes químicos.... pessoas que além e apesar das drogas... Têm famílias que adoecem juntos.... projetos perdidos ou esquecidos.... dor e sofrimento , com exposições diversas... vivenciam o preconceito... e a complexidade de vidas devastadas pela "guerra química"

41% dos entrevistados teriam repulsa e antipatia em conviver com usuários de drogas



Pesquisa: "Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil"- Gustavo Venturi. Fundação Perseu Abramo em 150 municípios brasileiros, 2009.

O Álcool é um Sério Problema de Saúde Pública no Brasil

Prevalência da dependência do álcool

11,2 % (2001)

12,3 % (2005)

Carlini et al., Levantamentos Domiciliares Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (CEBRID em 2001 e 2005),



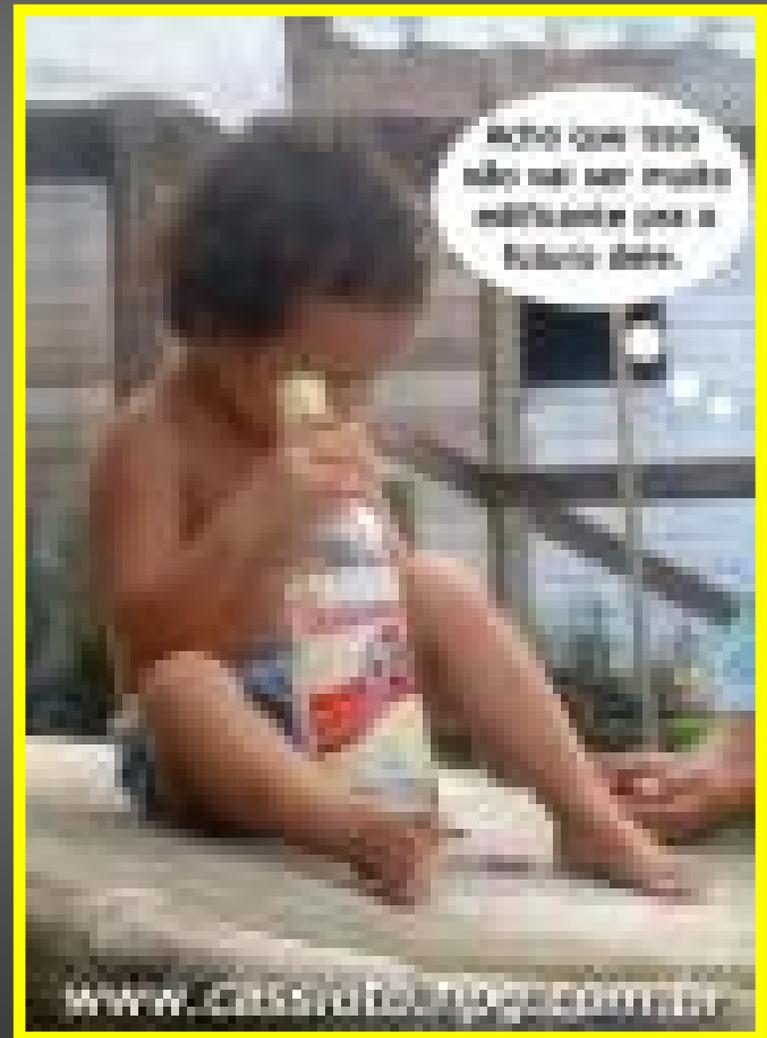
Os Brasileiros começam a beber muito cedo !!!!!

5,2% em 2001

7,0% em 2005

Adolescentes entre **12 e 17 anos** dos grandes centros brasileiros são dependentes do álcool

(CEBRID, 2001 e 2005)



ALTO CUSTO SOCIAL: PROBLEMAS RELACIONADOS AO ÁLCOOL

41% dos acidentes de trânsito

10- 40% PS - alcoolemia

50% violência sexual

92% dos casos de violência doméstica

50% dos acidentes de trânsito com morte (25 mil/ano)

Reduz a expectativa de vida em cerca de 10 anos.

4ª causa de morte entre homens de 20-40 anos devido a acidentes, homicídios, suicídios e cirrose hepática.



1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira SENAD- Agosto 2007



- 1ª pesquisa que faz um retrato de como bebem os brasileiros
- A bebida preferida é a **cerveja (61%)**, vinho (25%) e 12% destilados
- 52% "bebedores"
- **ALERTA: 40%** bebem em "**binge**" (beber muito em curto espaço de tempo)
- **Conseqüências:** Aumento de riscos



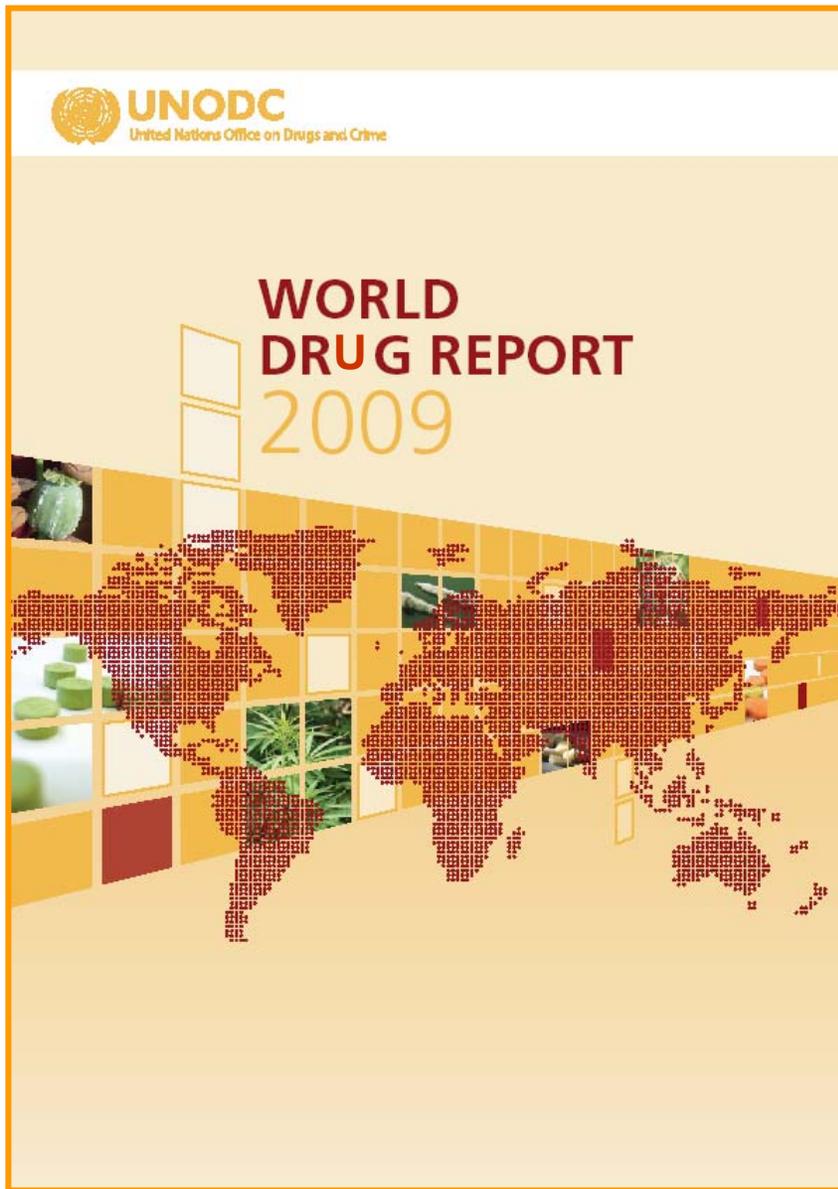
I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE POPULAÇÕES INDÍGENAS (SENAD) 2007

- **44,1% uso abusivo de álcool**
- **22,9% Dependência de álcool**

Rede de Apoio ao Médico Dependente Químico- desde 2002 (CREMESP)

- N= 198 médicos, 87,8% (masculinos)
- 60,1% casados, 39,4 anos (dp=10,7)
- 66% já estiveram internados em decorrência do uso
- **34,3% Dependência de álcool**
- **Clínica médica, anestesiologia e cirurgia**
- **1/3 desempregados**
- 52% problemas no casamento/separação
- 42% acidentes automobilísticos
- 19% problemas jurídicos,
- 84,8% problemas profissionais
- 8,5% problemas junto ao CRM





"Destques"

1. O mercado global de cocaína, opiáceos (heroína) e de maconha permanece estável ou em declínio
2. A produção e o uso de drogas sintéticas estão em crescimento nos países em desenvolvimento

UNODC,2009

Lançamento em 24 de junho de 2009

A maconha segue sendo uma droga polêmica



EFEITO CABEÇA



O tetrahydrocannabinol (THC), princípio ativo da maconha, atua num receptor existente no cérebro, chamado canabinóide. Sob ação do THC, o receptor provoca efeitos como sonolência, relaxamento e “viagens” como ver cores mais vivas e ficar mais alegre. Podem ocorrer também “viagens” ruins como crises de paranóia, visões e sensação de morte



“Fumei, mas não traguei”



Carlini: “Usada em excesso, a planta causaria câncer. Mas não há provas”



"Não experimentei tudo. Nunca fui à heroína, nunca me piquei. Foi o básico: fumei, cheirei, tomei ácido. E larguei isso tudo. Na verdade, nunca fui um bom maconheiro. Posso eventualmente fumar aqui e ali, não vejo muito mal. Mas não sou adepto" (Chico Buarque)

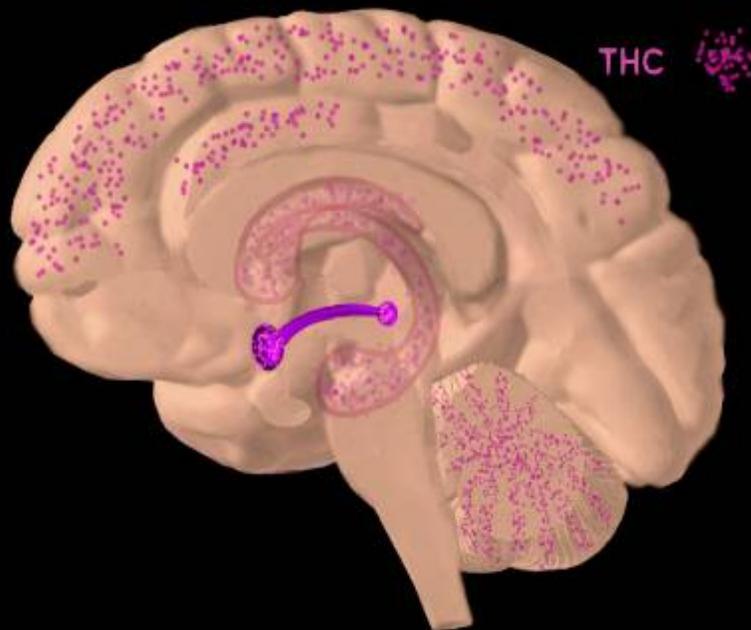
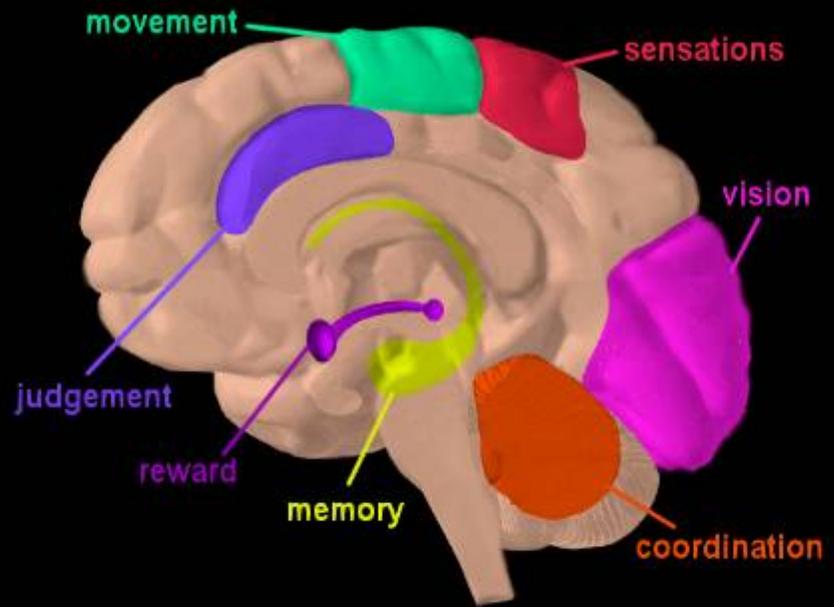
Mas o que mostra a evidência científica sobre a maconha ?

- Que o uso freqüente de maconha **DOBRA** o risco para sintomas psicóticos e desenvolvimento de esquizofrenia



- Danos cognitivos pelo uso crônico da maconha

<http://www.youtube.com/watch?v=93PLX0SPrr4>



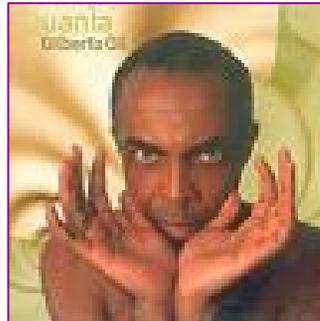
- Capacidade para aprender novas informações
- Ineficiência em processar tarefas complexas, planejamento e funções executivas associadas com córtex pré frontal;

Vídeo Y-TUBE

"Efeitos da Maconha"

Quarta-feira, Junho 01, 2005
Hora local: 10:48 !

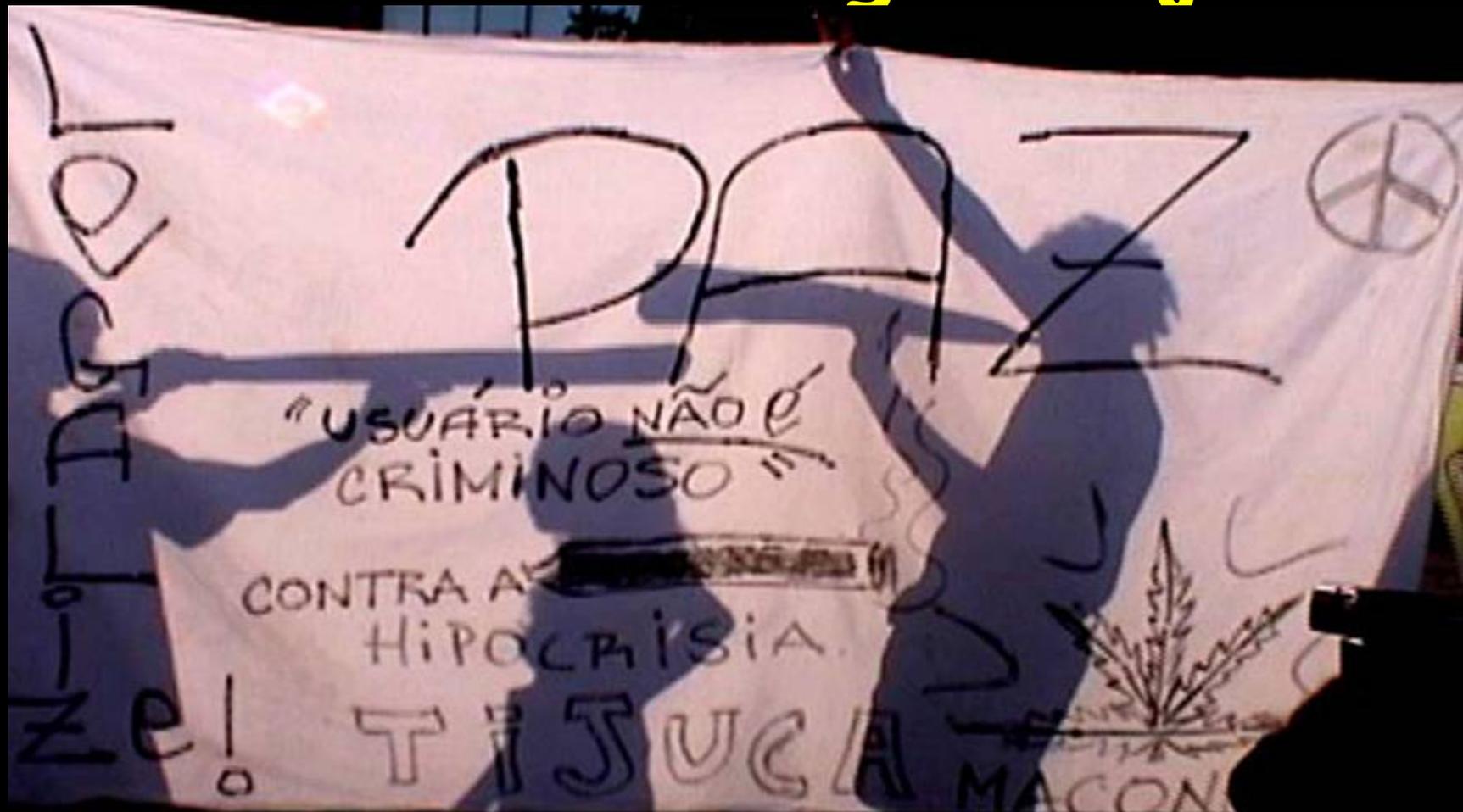
Frase do mês



"Fumei maconha só até os 50 anos. Depois parei"
Gilberto Gil, cantor e ministro, hoje com 62
por **Goty** /blog
>> Comments: 1



Movimento Legalize já!



FHC defende a legalização da maconha e vai ser estrela em filme sobre esta droga



Fonte: vários sites google web

"Aumento do número de internações de mulheres por uso de cocaína"



- 2006: 365 ♀
- 2007: 589 ♀
- 2008: 696 ♀



Somente em serviços públicos de São Paulo

Estadão de São Paulo, 26 junho de 2009

No Brasil

- Uso na vida de cocaína está bem abaixo dos :
 - EUA (14,2%)
 - Reino Unido (6,8%)
 - Chile (5,3%)
 - Espanha (4,9%)
 - Holanda (3,6%)



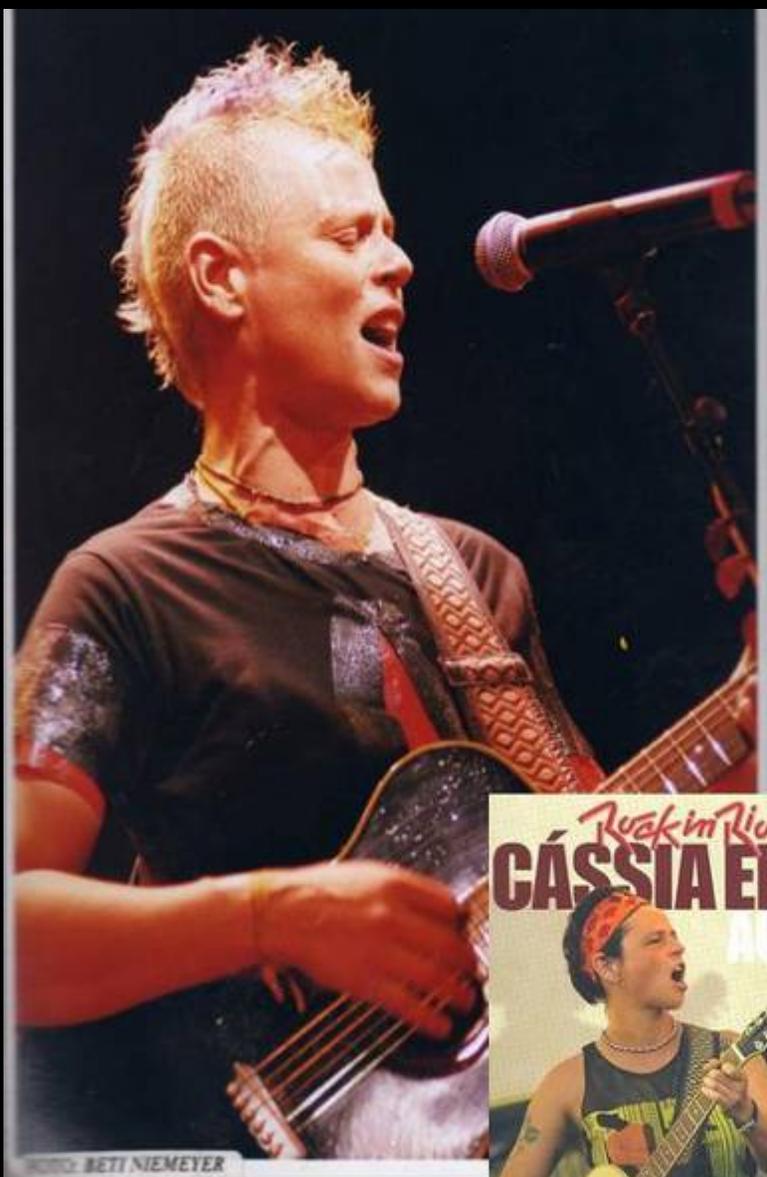
Dados do CEBRID

- O uso da vida de cocaína no Brasil aumentou de **2.3%** em 2001 para **2,9%** em 2005
- A prevalência do uso de crack na vida é de **0,7%** e o uso diário de crack esteve ao redor de **0,2%**.

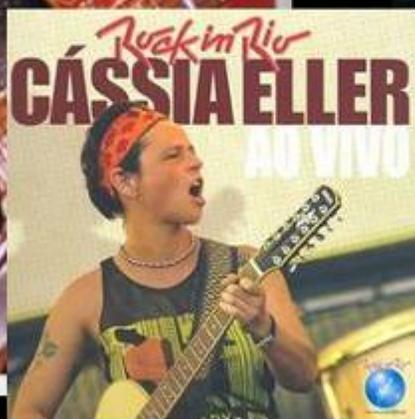




- Embora os números de uso de crack pareçam pequenos, foi entre as drogas ilícitas a substância cuja demanda por tratamento mais aumentou nos últimos anos no Brasil,
- A dependência de crack é a causa mais prevalente de internação por uso de cocaína no país



"O ex-marido de Suzana Vieira, Marcelo Silva, foi encontrado morto, hoje, dia 11, alegadamente devido a uma overdose de cocaína "



Coquetel fatal

Laudo mostra que combinação de remédios e drogas levou lutador Ryan Gracie à morte

www.oglobo.com.br

LUTADOR NOCAUTEADO

>Agressor foi **imobilizado** por motoqueiros. Com dificuldade, **dois** PMs conseguiram **algemá-lo**

Faca de cozinha foi usada como arma

>Polícia suspeita que Ryan agiu sob efeito de drogas. Ele dizia que assassinos o seguiam

Ryan Gracie rouba carro e é detido

>Além de agredir idoso, lutador tentou roubar outros dois veículos

CARINA FLOSI
carina.flosi@grupoestado.com.br

O lutador de jiu-jitsu Ryan Gracie, de 33 anos, foi "nocauteado" ontem à tarde por uma dezena de motoboys após roubar e bater um Corolla e tentar levar uma moto, armado com uma faca de cozinha. Acabou preso. A polícia suspeita que ele agiu sob efeito de drogas. Alucinado, Gracie saiu de seu apartamento, na Rua Jacurici, no Itaim Bi-

f Para me defender, dei um golpe com o capacete em sua cabeça e ele caiu no chão."

ADRIANO DE SOUZA SILVA,
MOTOQUEIRO

Gracie tentou ligar a moto, mas segundo testemunhas, ele estava muito descontrolado e tremendo. Acena chamou a atenção de outros motoqueiros que estavam passando pelo cruzamento. Ligeiros, usaram uma espécie de código existente entre os colegas da profissão e pararam para ajudar Adriano. "Para me defender, dei um golpe com o capacete em sua cabeça e ele caiu no chão", lembrou. Em seguida, o

contaram ao delegado que ele passa por tratamento psicológico. "Os parentes contaram que ele está sofrendo problemas psiquiátricos", informou Braga.

O advogado do lutador, Rodrigo Souto de Assis Silva, chegou à delegacia por volta das 15h30. Ele não quis dar declarações para a imprensa, mas admitiu que o cliente já enfrentou processos por agressão, ameaça, resistência e embriaguez.



(c) Dream Stage Entertainment

Que situação ???!!





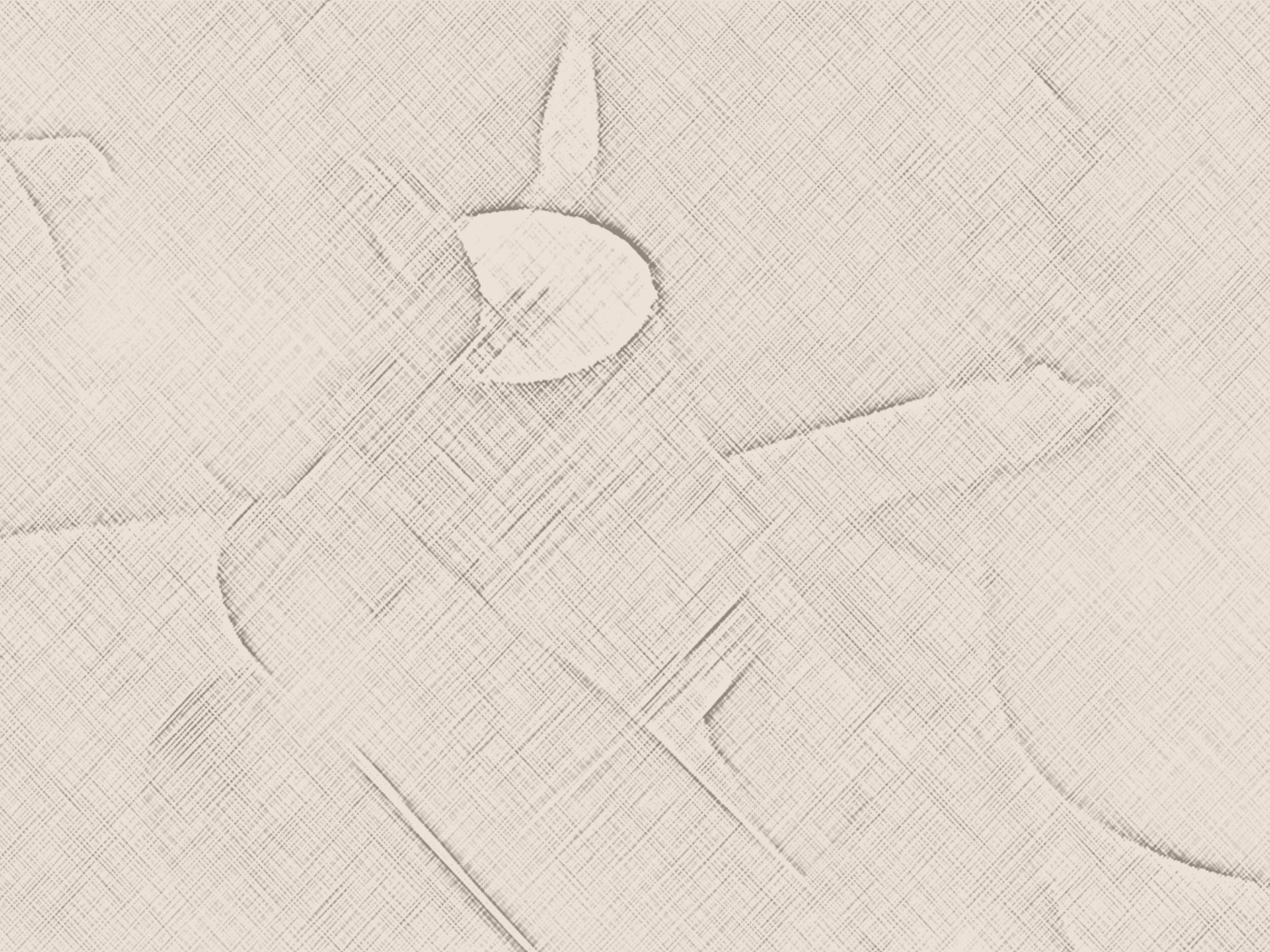
Jobson do Botafogo

O Craque versus O Crack



Seguimento de 12 anos de usuários de CRACK

Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, Marcelo Ribeiro, Andréa Dias
INPAD – Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas –
CNPq
UNIAD



PERFIL DOS 23 USUÁRIOS DE CRACK MORTOS ENTRE A ALTA DO HGT (1992 - 1994) E O SEGUNDO SEGUIMENTO (1998 - 1999).

	N	%
SEXO		
MASCULINO	22	95,7
FEMININO	1	4,3
RAÇA		
BRANCOS	16	69,6
NEGROS	7	30,4
ESTADO CIVIL NA ÉPOCA DA INTERNAÇÃO		
SOLTEIRO	15	65,3
CASADO / AMASIADO	6	26,0
SEPARADO	2	8,7
IDADE NA ÉPOCA DO ÓBITO		
15 - 20	5	21,8
21 - 25	6	26,1
26 - 30	6	26,1
31 - 35	3	13,0
36 - 40	3	13,0

RESULTADOS

C. MORTALIDADE

➔ PERFIL DOS PACIENTES MORTOS

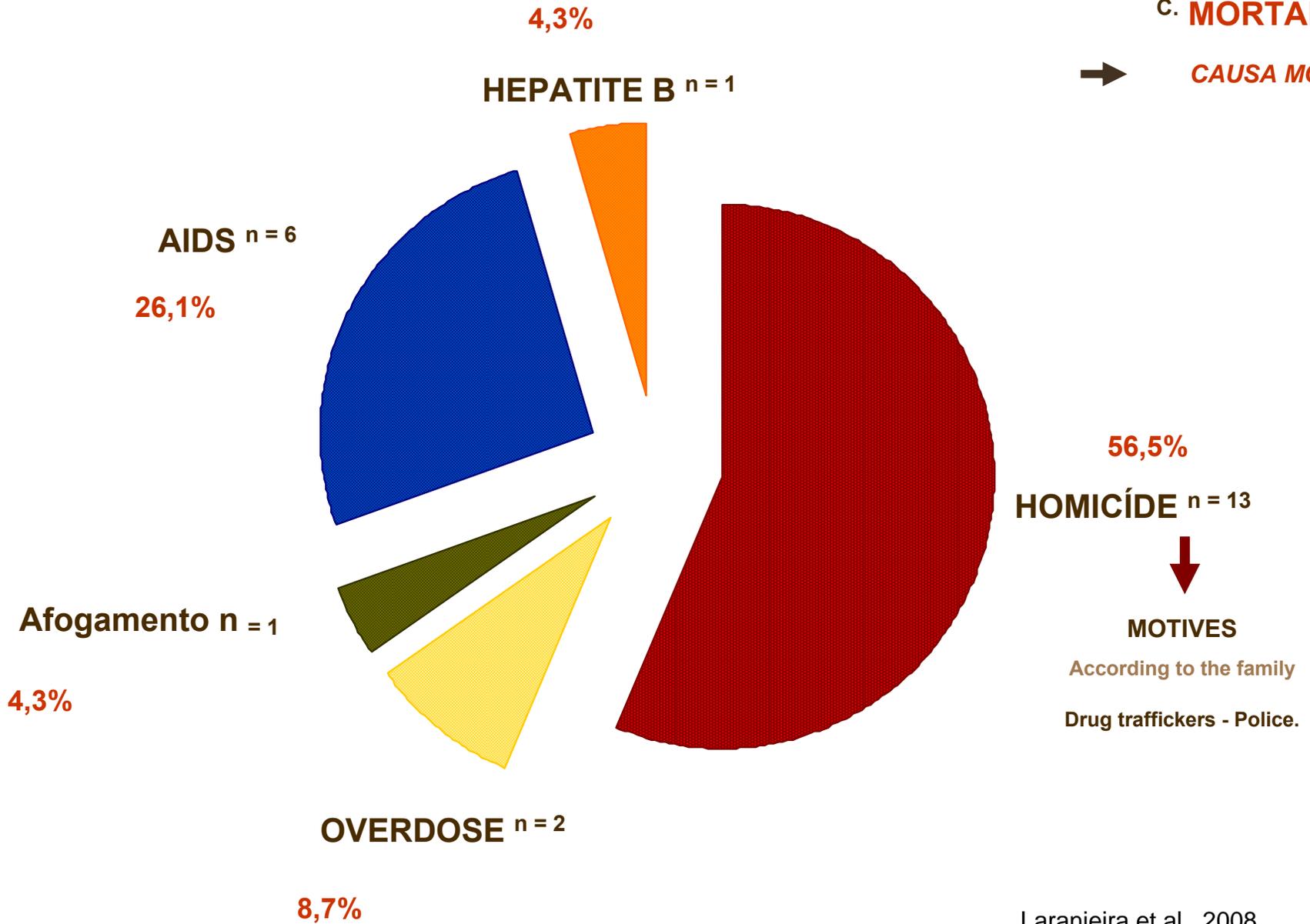
- 23 MORTOS (17,6%)
- SEXO MASCULINO (96%)
- BRANCOS (70%)
- SOLTEIROS (65%)
- IDADE MÉDIA = 27,1 ANOS
MÍNIMA: 18 ANOS
MÁXIMA: 40 ANOS
(md=26, mo=20, $\sigma = + 6,6$)

QUASE METADE DOS PACIENTES MORREU ANTES DOS 25 ANOS.

RESULTS

C. MORTALITY

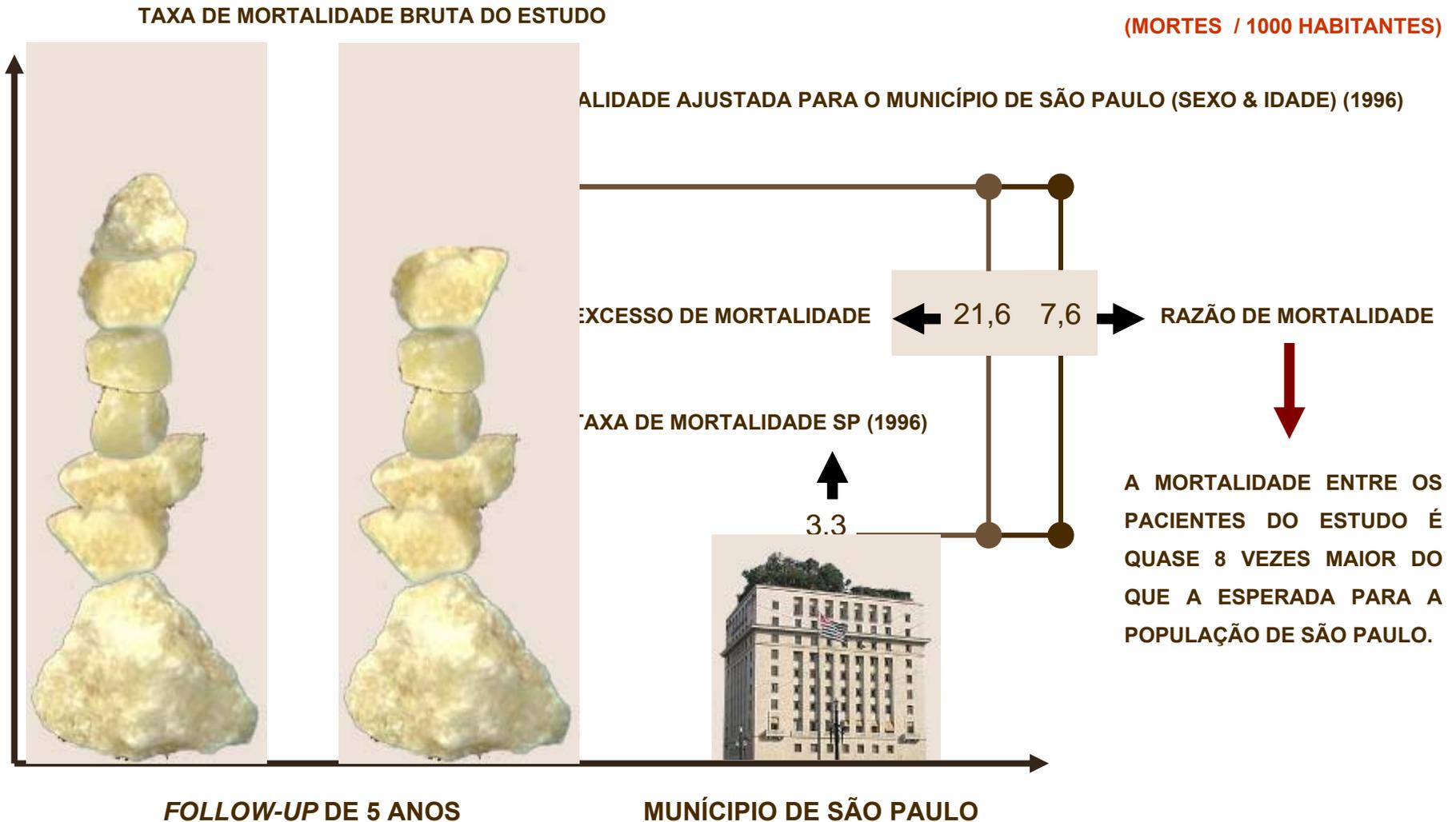
→ CAUSA MORTIS



RESULTADOS

C. MORTALIDADE

➔ TAXAS DE MORTALIDADE
(MORTES / 1000 HABITANTES)



A MORTALIDADE ENTRE OS
PACIENTES DO ESTUDO É
QUASE 8 VEZES MAIOR DO
QUE A ESPERADA PARA A
POPULAÇÃO DE SÃO PAULO.

CONCLUSÃO GERAL

- Houve melhora dos padrões de abstinência entre os usuários de crack ao longo dos doze anos.
- Para esta amostra a mortalidade tende a ser principalmente por homicídios.

Desafio: "Total Flex"

Tem crescido o número de pesquisas mostrando a preocupação com o vertiginoso aumento do número de poliusuários de drogas em vários locais do mundo

Kedia et al., 2007; McCabe et al., 2006; Barrett et al., 2005; Kunitz, 2008.

Perfil Geral dos nossos pacientes



- 51% poliusuários
- 27% dependentes de crack
- 22% dependentes de álcool

Um grande desafio



- Os poliusuários são em vários aspectos pacientes muito graves;
- Apresentam mais problemas de saúde, sociais, judiciais
- Mais comorbidades psiquiátricas associadas
- Com piores prognósticos quando comparados a monousuários
- Em geral, vão necessitar de desintoxicação em enfermarias especializadas

Alguém sabe onde estão estas enfermarias de desintoxicação??



Historicamente, os Hospitais Psiquiátricos sempre foram um dos modelos de atenção para saúde mental e para DQ



- Marcelo Ribeiro. Services organization for the treatment of alcohol dependence. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl I):59-82.
- Alessandra Diehl Reis & Ronaldo Laranjeira. Halfway houses for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for the organization of facilities. CLINICS 2008;63(6):827-32.

Dados Nacionais- Álcool (Década de 80)



- O alcoolismo é responsável por 50% das internações psiquiátricas ♂
- 20% em unidades da gastro
- Dependentes de álcool são hospitalizados 4 vezes mais que a população geral (Zook & Moore , 1980)

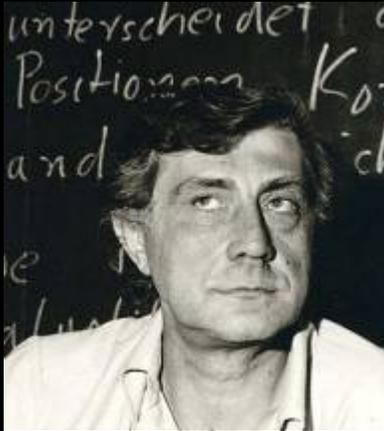
Carlini A, Carlini-Cotrin B. A preponderante participação do álcool nas internações por dependências e por psicoses induzidas por drogas psicotrópicas no Brasil, triênio 1987 - 1989. JBP 1991; 40(6):291-8. Noto AR, Carlini EA. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). Rev ABP - APAL 1995; 17(13):107-14. Zook CJ, Moore FD. High cost user of medical care. N Engl J Med 1980, 302(18):996-1001.

Dados Nacionais- Drogas (Década de 90)



- Década 1990 : ↑ 77% das admissões para tratamento devido ao uso de cocaína/crack
- Hospitalizações por crack (1989 -1992): ↑ 14% para 25%
- A dependência de crack é a causa mais freqüente de hospitalização no país por uso de cocaína (70%)

"A Reforma Psiquiátrica"



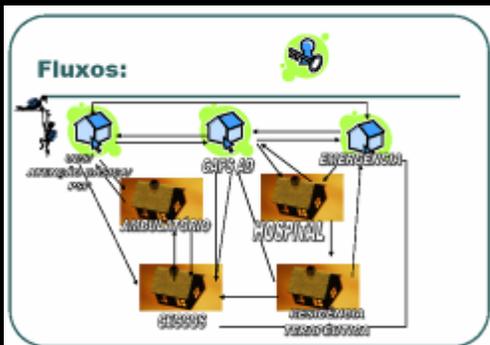
1978

Itália aprova lei para fechar manicômios e reformar o atendimento psiquiátrico. Legislação inspirada nas idéias fenomenológicas de **Franco Basaglia**



1989

Projeto de lei do deputado federal **Paulo Delgado** propõe a extinção dos manicômios do país



1992

Os **CAPS** se popularizam e definem o que seria a base do atual modelo de atendimento psiquiátrico no Brasil



2001

Filme **Bicho de sete cabeças**, reacende o debate sobre a situação dos manicômios e vira bandeira da luta antimanicomial

LEI

10.216/2001

2001

Lei nº 10.216 é sancionada.



2009

Senado reuniu especialistas para uma nova discussão sobre saúde mental. Houve **manifestação** a favor da luta antimanicomial. O Ministério da Saúde ainda defende a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas reconhece que o atendimento atual é insuficiente

- A redução de leitos (**Asilares**) deveria ser consequência de uma rede operante, feita de forma cuidadosa e responsável, para que não ocorresse a desassistência que hoje temos.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

Lei 10.216

Redução de leitos

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada estado, o que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações

A Lei 10.216
NÃO determina que se criem mecanismos para FECHAMENTO de Leitos ! Diz que o pac. deve ter atendimento compatível com sua necessidade.

(relatório do MS de Nov/2005)

Por Ronaldo Laranjeira em
A visão da Academia sobre a
Política de Saúde Mental Vigente
no País

Fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro em 2002.

- Demanda de DQ foi deslocada para a internação em unidades de psicóticos em hospital psiquiátrico.
- Grande parte destes pacientes ficou sem assistência especializada em DQ.



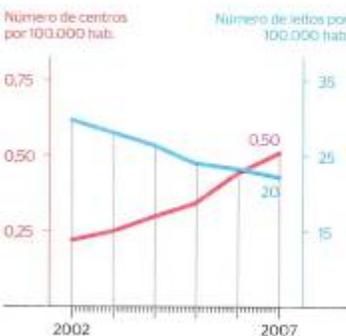
Foto Aérea do HPSP

O PAÍS QUE A REFORMA PSIQUIÁTRICA CRIOU

A opção dos últimos anos por investir em centros psiquiátricos locais em detrimento dos hospitais resultou numa estrutura nacional com menos vagas de internação e mais capacidade de atendimento local

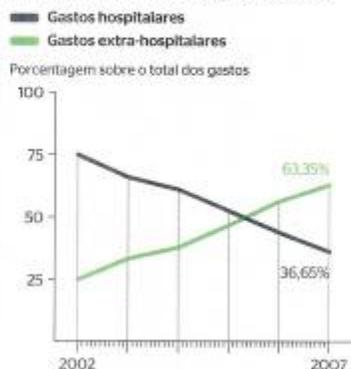
VAGAS

Com a aprovação da lei da reforma psiquiátrica, em 2001, aumentaram os centros de apoio e diminuíram os leitos hospitalares para internação



RECURSOS

A inversão do tipo de gasto com a saúde mental mostra a mudança de prioridades: há ênfase em serviços extra-hospitalares



PERFIL

Cresceu o número de hospitais psiquiátricos pequenos e diminuiu a quantidade de grandes instituições



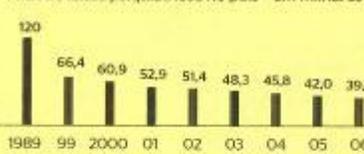
70% das vagas de internações fechadas em 20 anos

LEITOS HOSPITALARES

O Ministério da Saúde fechou 70% das vagas para internação em 20 anos. Em 1989, eram 120 mil. Hoje, são 37.700. Veja a distribuição delas pelo país - por 1.000 habitantes

REDUÇÃO DE VAGAS

Total de leitos psiquiátricos no país - em milhares



MÉDIA DE LEITOS NO BRASIL: 0,21

Média de leitos no Brasil: 0,21

CENTROS DE APOIO

Evolução do número de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), unidades em que os doentes recebem medicamentos e acompanhamento semanal sem deixar de morar com a família

Números de centros por 100.000 habitantes

- Muito boa (acima de 0,70)
- Boa (de 0,50 a 0,69)
- Regular/baixa (de 0,35 a 0,49)
- Baixa (de 0,20 a 0,34)
- Insuficiente/Crítica (abaixo de 0,20)



Fonte: Revista Época junho de 2009

Unidades psiquiátricas em Hospitais gerais nunca foram uma prioridade.

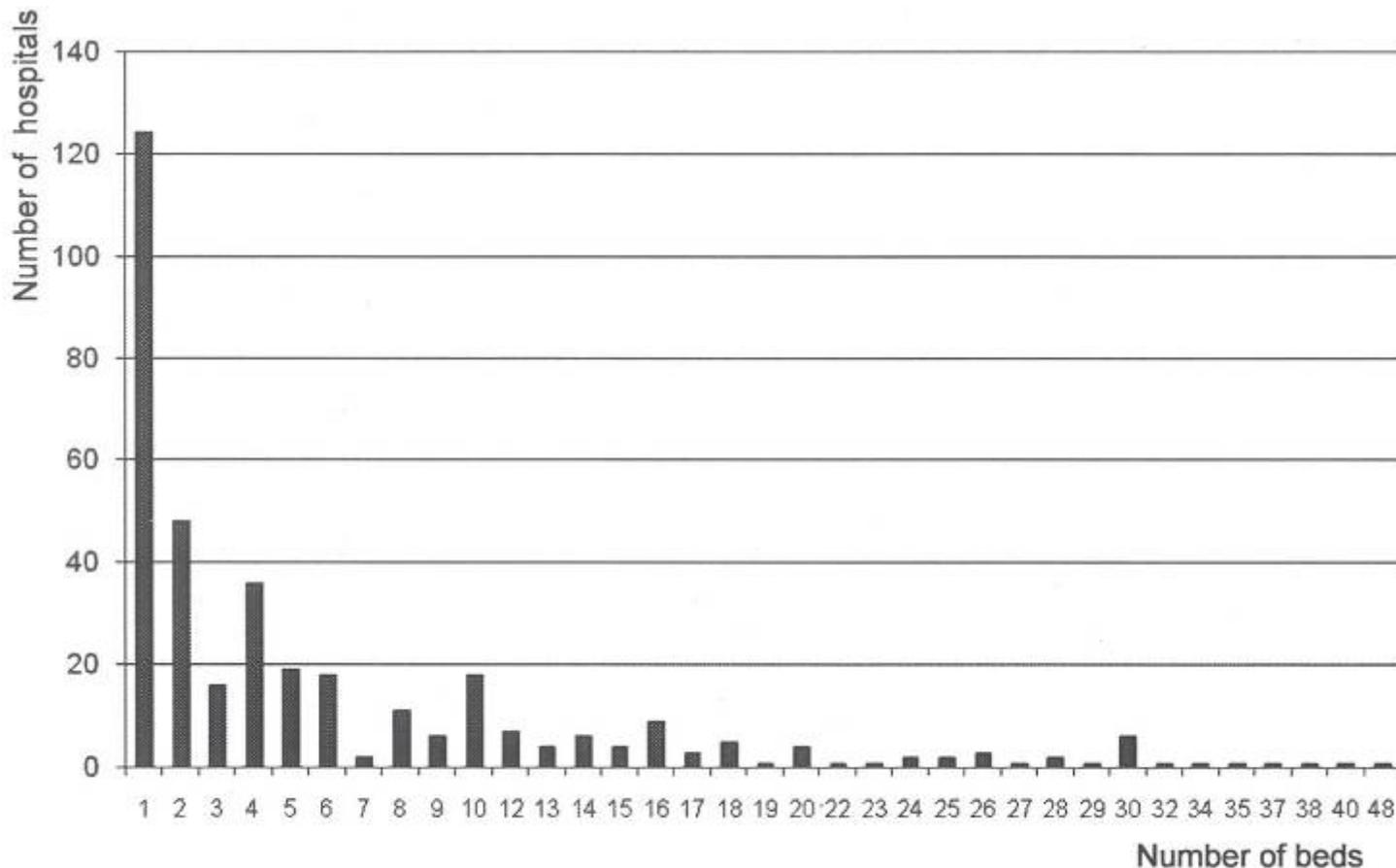


Figure 1 - Distribution of psychiatric beds in Brazilian general hospitals
(Source: CNES/DATASUS; CORSAM, Ministry of Health, email dated 13/03/2007)

A MULHER QUE É PAI

Pela primeira vez, a Justiça reconhece filhos de duas mulheres

EXCLUSIVO

40% do Pantanal já foi devastado

AÉCIO E NIEMEYER

O pacote de R\$ 1,2 bilhão em Belo Horizonte

www.epoca.com.br
ÉPOCA



“
Dói ter
de internar
um filho.
As vezes
não há
outro jeito”

A luta do poeta **FERREIRA GULLAR**
- pai de dois esquizofrênicos - contra a lei
que restringe a internação de doentes mentais

**Denúncia à
desassistência**

Junho de 2009

Ferreira Gullar

Na luta Pro leitos no país

"Finalmente eu consegui internar meu filho", afirma o pai do rapaz que enforcou a namorada



Fonte: O Globo
26/10/2009



"Lições Aprendidas"

**A Experiência da Reforma
Psiquiátrica na Itália**

Giovanni de Girolamo · Mariano Bassi · Giovanni Neri · Mirella Ruggeri · Giovanni Santone · Angelo Picardi

The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn

Published online: 2 January 2007

Abstract After legislative changes in 1978, Italian psychiatry underwent a thorough overhaul, with the gradual closure of all Mental Hospitals. A nation-wide network of Departments of Mental Health now deliver outpatient and inpatient care, but also run semi-residential and residential facilities (the latter with 2.9 beds per 10,000 inhabitants). Hospital care is delivered through small psychiatric units (with no more than 15 beds). There are also many private inpatient facilities operating in Italy, and the number of private inpatient beds per 10,000 inhabitants exceeds the number of public beds; overall there are 1.7 acute beds per 10,000 inhabitants—one of Europe's cur-

rently lowest numbers. There is marked quanti- and qualitative variation in the provision of out- and inpatient care throughout the country, and service utilization patterns are similarly uneven. Studies examining quality of life report a fairly high degree of patient satisfaction, whereas patients' families frequently bear a heavy burden. In conclusion, the Italian reform law led to the establishment of a broad network of facilities to meet diverse needs. Further efforts are required to improve quality of care and to develop a more effectively integrated system. Greater attention must be paid to top quality of care and outcomes, public-private sector balance, and the coordination of resources and agencies.

Key words health services research · mental health services · quality of care

The British Journal of Psychiatry
BJPsych

[HOME](#) | [CURRENT](#) | [ARCHIVE](#) | [FEEDBACK](#) | [SUBSCRIBE](#) | [HELP](#)

The British Journal of Psychiatry (2002) 181: 220–225

© 2002 The Royal College of Psychiatrists

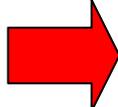
Residential care in Italy

National survey of non-hospital facilities

G. DE GIROLAMO, MD and A. PICARDI

National Institute of Health, National Mental Health Programme, Rome, Italy

Lições Aprendidas 1

- 1.370 RT com 17.138 leitos e 18.666 profissionais envolvidos  mais de um profissional por doente internado
- 73,4% das RT têm funcionários nas 24 horas.
- Pacientes residem por muito mais de dois anos.

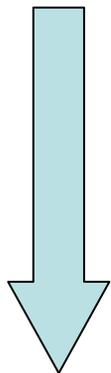
Lições Aprendidas 2

- O número de leitos de internação privados por 10,000 habitantes excede o número de leitos públicos.
- Vários serviços com falta de avaliação do chamado "ingrediente" do tratamento.

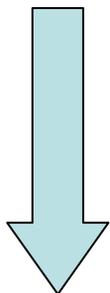
No Brasil algo semelhante ocorre na DQ...

- Temos mais de 2.000 CT para tratar DQ
- Muitas delas despreparadas tanto do ponto de vista de estrutura física quanto de assistência médica

Privatização da Saúde mental?



Dependência Química



Quem ganha com isto ?



O Exemplo de Penápolis

Vozes Autênticas da Comunidade



58.613 hab



Entidade Filantrópica com 78 leitos todos conveniados com o SUS.

Referencia para 40 municípios da Direção Regional de Saúde de Araçatuba (DIRVI).
Não tem CAPS

Fundado em 1959





2009







O Exemplo do CAPS AD III
Centro (Sé) e da UNIAD São
Bernardo do Campo

Vozes Autênticas da Academia

FLUXOGRAMA DO PACIENTE



Equipe da Recepção (auxiliares administrativos)
+ Equipe de Acolhimento:
Assistente Social
Psicólogo, Nutricionista
Terapeuta Ocupacional
Enfermagem e Auxiliar Enfermagem

Médico Psiquiatra +
Médico Clínico +
Assistente Social +
Nutricionista

Psicólogas +
Assistente Social + Nutricionista +
Terapeuta Ocupacional +
Enfermeiros e auxiliares de enfermagem

Profissional Independente

Paciente vem pessoalmente ou
faz contato telefônico =
Recepção + Acolhimento = 2

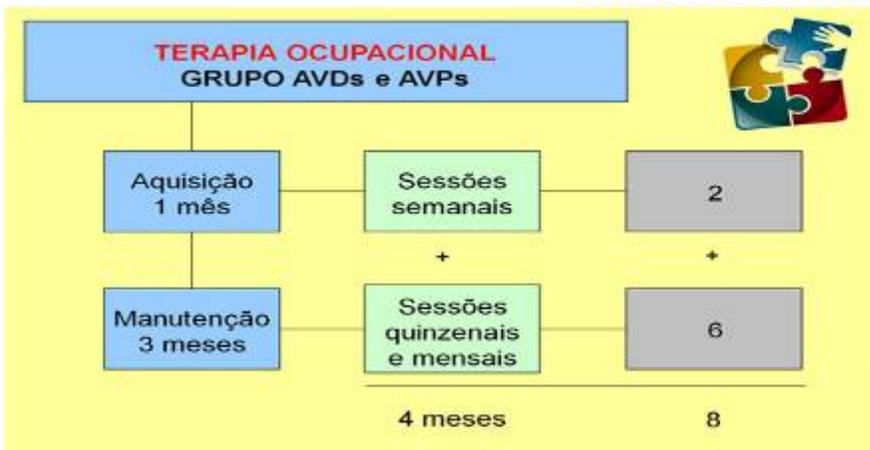
Entrevista Inicial + Desintoxicação
+ Avaliação Bioquímica
+
Diagnóstico Clínico e Psiquiátrico
+
Atenção Farmacêutica + Enfermagem
+
Avaliação Nutricional + diagnóstico
+ Reavaliação Nutricional
+
Avaliação Assistencial + diagnóstico
+ Reavaliação Social
= 10

Aquisição e Manutenção = Terapia Grupal
= 13 sessões
+
Grupo Operativo de Terapia Ocupacional
e, ou Nutricional = 6
+
e, ou Grupo de Reinscrição Social = 6
+
Grupo de Familiares = 8

Alta
em torno de 30 sessões

Seguimento = 5
Total = em torno de 40

FLUXO DO PACIENTE Etapa 2 – GRUPO OPERATIVO



FLUXO DO PACIENTE

Avaliação de Necessidade

1ª Etapa

Equipe de Recepção e de Acolhimento

RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO

Agendamento e Triagem

Médico Psiquiatra

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Desintoxicação e Diagnóstico

Enfermagem e Farmácia

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DE ENFERMAGEM

Atenção farmacêutica e Orientações gerais

Assistente Social

AVALIAÇÃO SOCIAL

Diagnóstico Social

Médico Clínico

ENTREVISTA CLÍNICA

Desintoxicação e Diagnóstico

Nutricionista

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Orientação dietética

1ª Consulta Ter. Ocupacional

1ª Consulta Psicológica

2ª Consulta Social

2ª Consulta Psiquiátrica

2ª Consulta Clínica

2ª Consulta Nutricional

2ª Etapa

Avaliação de Processo

Atenção Farmacêutica e de Enfermagem

Grupo de Retorno Medicamentoso

DIAGNÓSTICOS E PAREAMENTO

Grupo de Preparação para trabalho

Alcoólicos Anônimos

Atendimento Psicológico Individual

Grupo de Terapia Comportamental

Intervenção Psicossocial e Equipe Multidisciplinar

Egressos

Grupo Orientação Nutricional

Terapia Familiar de pacientes em tratamento

Terapia Familiar de pacientes fora do tratamento

Grupo de Atividade Vida Prática

Oficina de Mosaico

Tabaco

Profissional Independente

SEGUIMENTO

Avaliação de Efetividade

UNIAD

São Bernardo do Campo



Parceiros:



"O início desta história..."

Inauguração
oficial em 31 de
março de 2009



Melhoria e
adequação de 30
leitos psiquiátricos
pré-existentes
dentro do Hospital
Psiquiátrico Lacan



O espaço físico

30 leitos, sendo

2 leitos de observação

7 leitos femininos



PROPOSTA TERAPÊUTICA

Combinar várias estratégias terapêuticas de reconhecida evidência científica em um mesmo setting de internação.

"cardápio de recursos"

Prevenção de recaída, espiritualidade, medicação à 12 passos, ensino e pesquisa



Refeitório

Sala de convivência





Leitos de observação com
equipamento para eventual parada
cardíaca

Quartos com 2 a 4 leitos ,
todos com banheiros e
sanitários dentro



MANIFESTO CONTRA A UNIAD SBC

CUIDAR, SIM. EXCLUIR, NÃO.

A posição da Prefeitura de São Bernardo do Campo sobre a “clínica” para tratamento de usuários de álcool e drogas inaugurada pelo Governo de São Paulo em nosso município.





SÃO BERNARDO DO CAMPO

GOVERNO DA INCLUSÃO

Em 31/03/09 fomos surpreendidos com a inauguração de uma clínica para internação de pessoas que usam drogas em São Bernardo, numa parceria entre o grupo que controla um hospital psiquiátrico (Hospital Lacan) e o governo de SP. Os recursos que custeiam tal empreendimento são provenientes do tesouro do estado (R\$ 3.000,00 por paciente/mês) e serão repassados sob a forma de convênio, sem que o município, gestor do SUS, tenha qualquer tipo de regulação sobre o acesso ou o controle do serviço.

Não podemos concordar com a forma como esse projeto foi implantado, sem nenhuma participação do município, em desrespeito ao Pacto pela Saúde e ao largo das normas e portarias que tem definido as diretrizes de gestão, atendimento e financiamento do SUS. O projeto sequer foi discutido com a Secretaria Municipal de Saúde, embora tenha sido divulgado que os CAPS locais usariam articuladamente esse serviço. Os recursos que serão utilizados são públicos e, assim, pertencem ao SUS, exigindo que as instâncias que fazem parte deste último participem efetivamente do processo, pactuando e construindo a lógica de funcionamento do sistema.

Alem disso, discordamos profundamente do modelo que rege o projeto, e que fomenta a internação psiquiátrica como o tratamento em si, sem problematizar a experiência existencial dos sujeitos que irá atender. Entendemos também que a criação destes leitos fere a Lei Federal 10.216/01, que proíbe a instalação de novos leitos psiquiátricos no país.

Repudiamos qualquer tentativa maniqueísta e moralista de tratar a questão do uso de drogas, um fenômeno complexo, multifatorial, que exige um diálogo, portanto, também complexo. O que está em questão não é só a saúde, mas a liberdade, o protagonismo, os projetos de vida, os direitos de cada pessoa, seja ela usuária de drogas, louca, ou o quer que seja.



SÃO BERNARDO DO CAMPO

GOVERNO DA INCLUSÃO

Manifestamos nossa adesão aos avanços da reforma psiquiátrica no campo das drogas, ao importante papel dos CAPS nos territórios e nos percursos de seus usuários, na construção cotidiana de projetos de vida e na ampliação de possibilidades de existência. Entendemos que as situações de desintoxicação e os riscos trazidos pela abstinência devam ter o hospital geral como lugar de suporte. Repudiamos a institucionalização e o puro controle das transgressões exercido pelo hospital psiquiátrico, as “clínicas” especializadas em internar e alienar as pessoas que usam e abusam de drogas.

Queremos que os usuários dos serviços de saúde mental sejam os protagonistas de seus percursos de vida, de suas escolhas, de seus desvios, que possam viver suas contingências. Nenhum sentido novo à existência é construído quando submetemos à força aqueles que desviam, e que, com suas transgressões, questionam valores que nos são caros. É comum querermos afastar tudo aquilo que nos faz lembrar de nossa própria condição trágica de humanidade.

A clínica especializada do governo de SP não vai tirar à força, como num parto a fórceps, a necessidade das pessoas que dependem das drogas. Não vai, como num passe de mágica, transformar a condição cotidiana de vida das pessoas a partir de dentro do hospital.

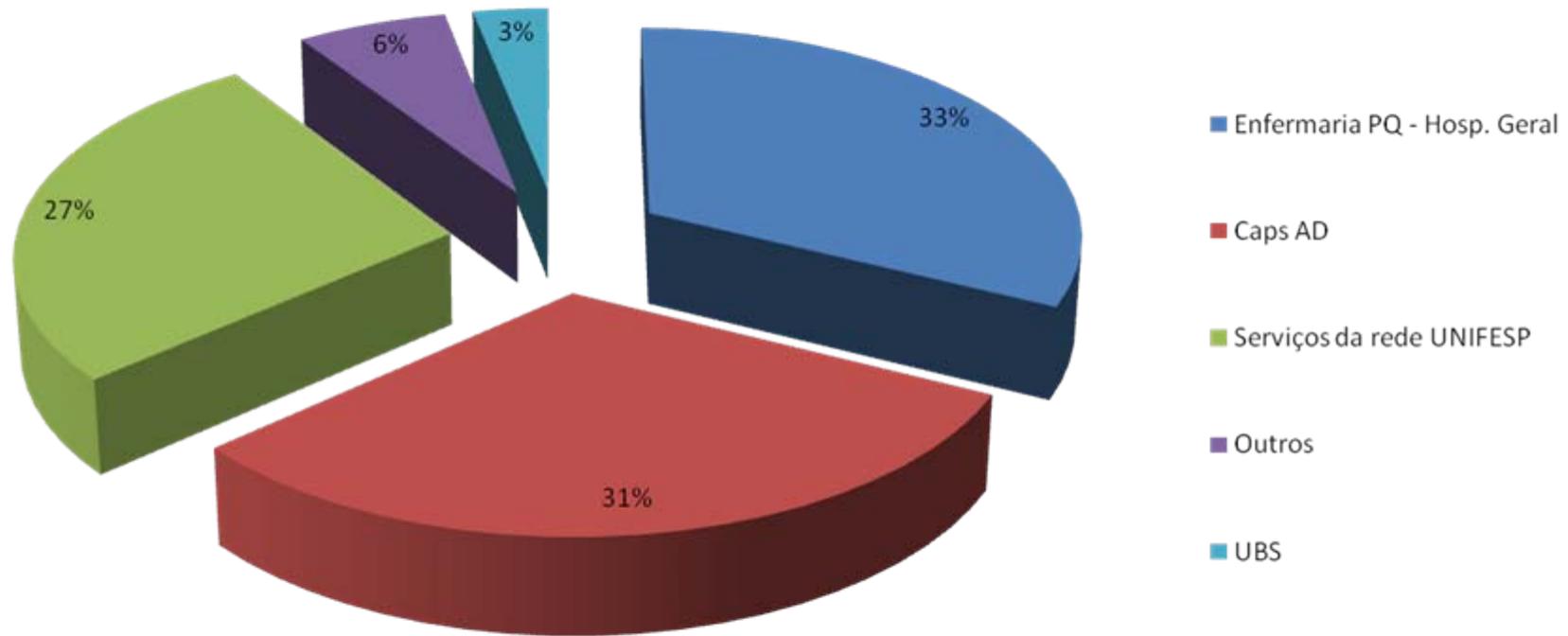
a política de redução de danos, a desinstitucionalização, a prática territorial e a produção de saúde, e continuaremos a enfrentar os revezes que se nos apresentam, construindo políticas afirmadoras da vida em São Bernardo do Campo.

Implantaremos, com entusiasmo e compromisso, a reforma psiquiátrica em nosso município.
A luta está apenas começando!

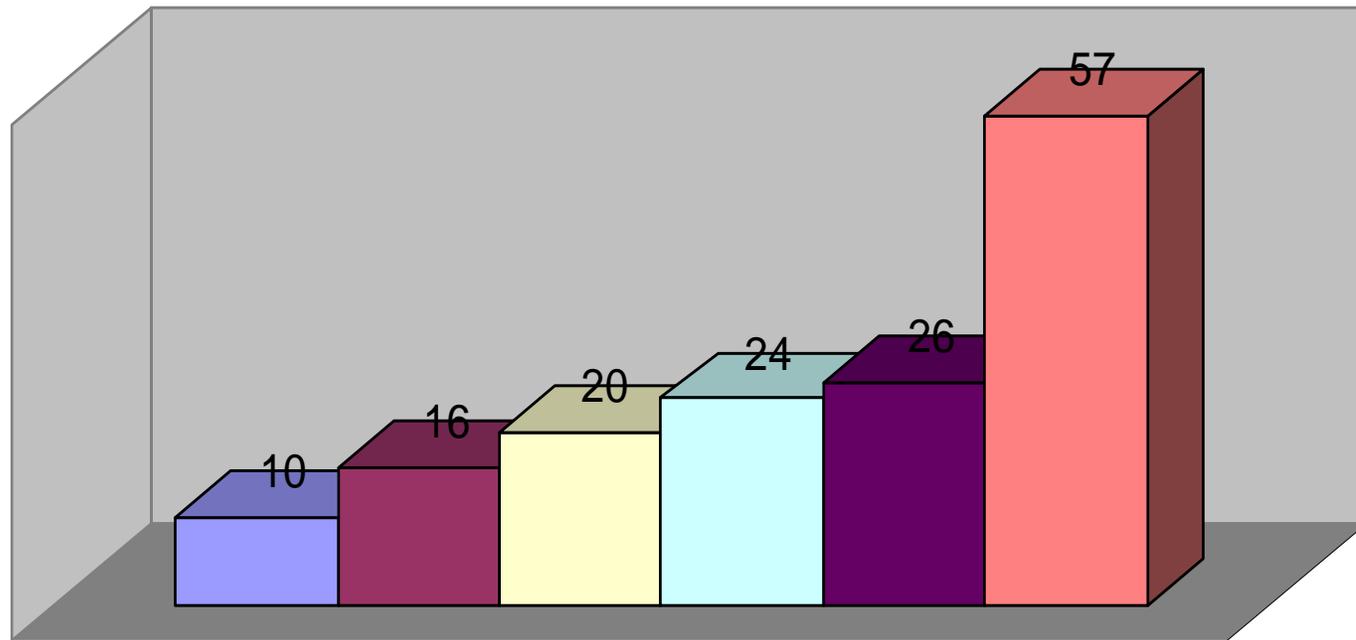
Fernando Kinker
Coordenador do Programa de Saúde Mental

Arthur Chioro
Secretário de Saúde

Origem dos Encaminhamentos para UNIAD SBC



Número de Pacientes Recusados por Falta de Leitos Vagos- UNIAD SBC

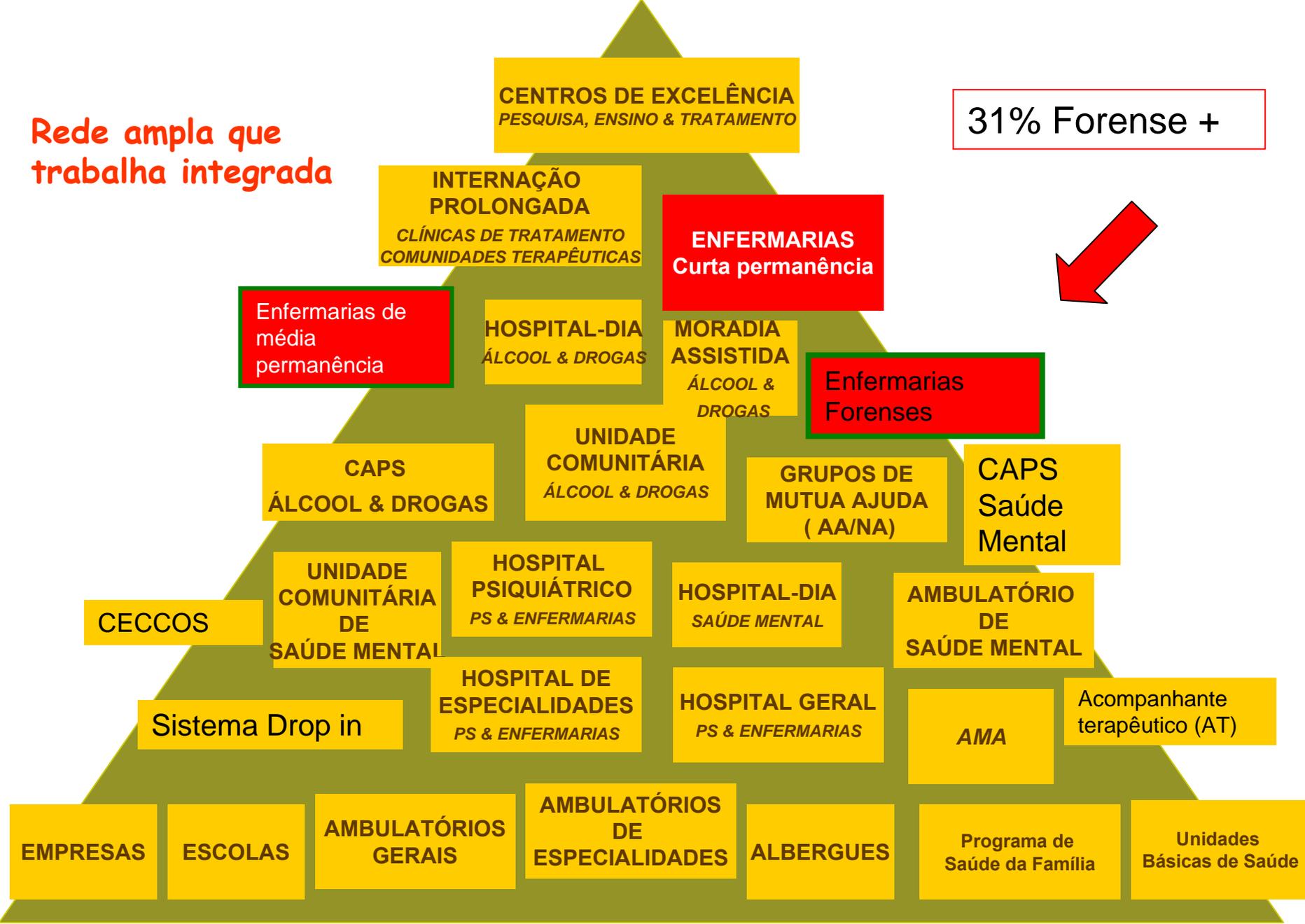


■ Abril ■ Maio ■ Junho ■ Julho ■ Agosto ■ Setembro

2009

Rede ampla que
trabalha integrada

31% Forense +



Temporão reconhece falhas e anuncia investimento no combate ao crack

Serão investidos R\$ 110 milhões no atendimento a usuários da droga. Segundo Temporão, número de leitos será ampliado em 2,5 mil no país. O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, afirmou nesta quarta-feira (28) que serão investidos R\$ 110 milhões em atendimento a usuários de crack em todo o Brasil. Segundo o ministro, o número de leitos será ampliado em 2.500 em hospitais gerais, com capacidade para atender até 12 mil dependentes químicos.

**Diga não ao pessimismo
terapêutico!!**



O abuso e a dependência de álcool e drogas são tratáveis!



NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse, Department of Health, UK

“Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers- update 2006”

COCA (Conference on Crack and Cocaine)

*Busca de outros aliados...
Narcóticos Anônimos, AA, Naranon, Amor
Exigente, DASA, MADA, CCA, igreja...*



Conselheiros em
Dependência
Química

REVISTA VEJA PRESTA DESERVIÇO AOS DEPENDENTES DE ÁLCOOL



ANÔNIMOS E POUCO EFICAZES

Em média, as taxas de abstinência* de quem iniciou um tratamento em grupos de Alcoólicos Anônimos são praticamente iguais às apresentadas por pessoas que tentaram parar de beber sem a ajuda de ninguém

MÉTODO DE TRATAMENTO	Participação em grupos de Alcoólicos Anônimos	Nenhum	Psicoterapia	Medicações	Combinação de medicações e psicoterapia
TAXA DE ABSTINÊNCIA	9%	10%	De 14% a 19%	De 16% a 21%	De 33% a 36%

* Porcentagem de pacientes que se abstiveram do consumo de álcool por seis meses

Fonte: Dartiu Xavier da Silveira, coordenador do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Universidade Federal de São Paulo

A efetividade do tratamento para usuários de álcool e drogas se baseia na capacidade de se organizar serviços que possam oferecer:

- **1) Atendimento que trabalhe a crise imediata**
- **2) Plano de tratamento de longa duração**
- **3) Diferentes abordagens e opções de tratamento ("cardápio ou leque de opções")**

- **4) Modelos de intervenção comunitária como:**

“Outreach Work” (trabalho de campo)

Serviços Ambulatoriais de fácil e rápido acesso

- **5) Programas Residenciais podem funcionar bem para usuários de cocaína e crack.**

- **6. Pacientes com comorbidades psiquiátricas podem se beneficiar de intervenções mais intensivas oferecidas em programas de reabilitação residencial**
- **7. “Programas de Semana Estruturada” onde o paciente freqüenta a clínica para diversas atividades diárias, de segunda à sexta-feira seguindo um curso estruturado com a duração de normalmente 4 a 10 semanas.**



ESPIRITUALIDADE

2004 Salinas Califórnia- Programa Residencial

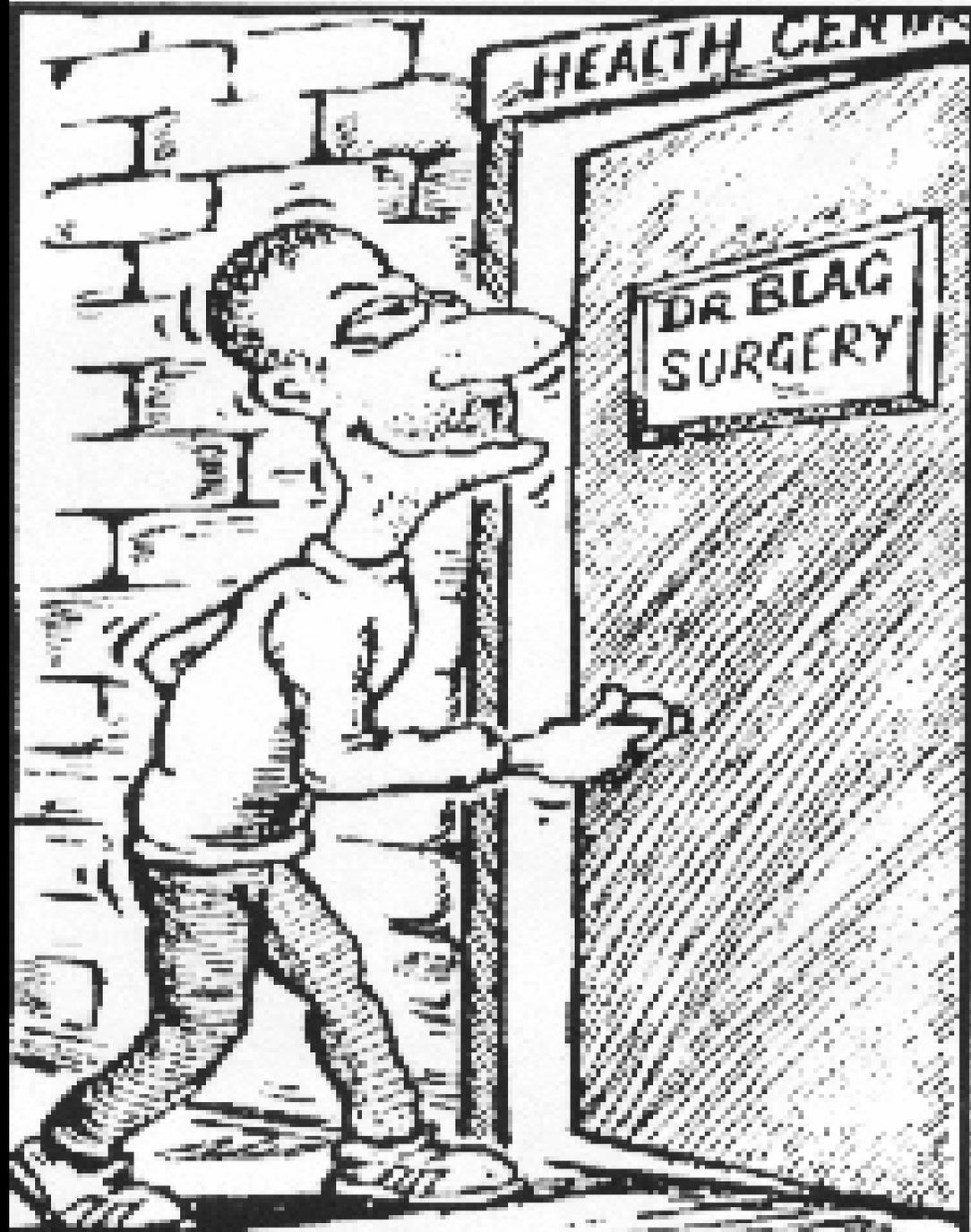
Qualidade e impacto no tratamento

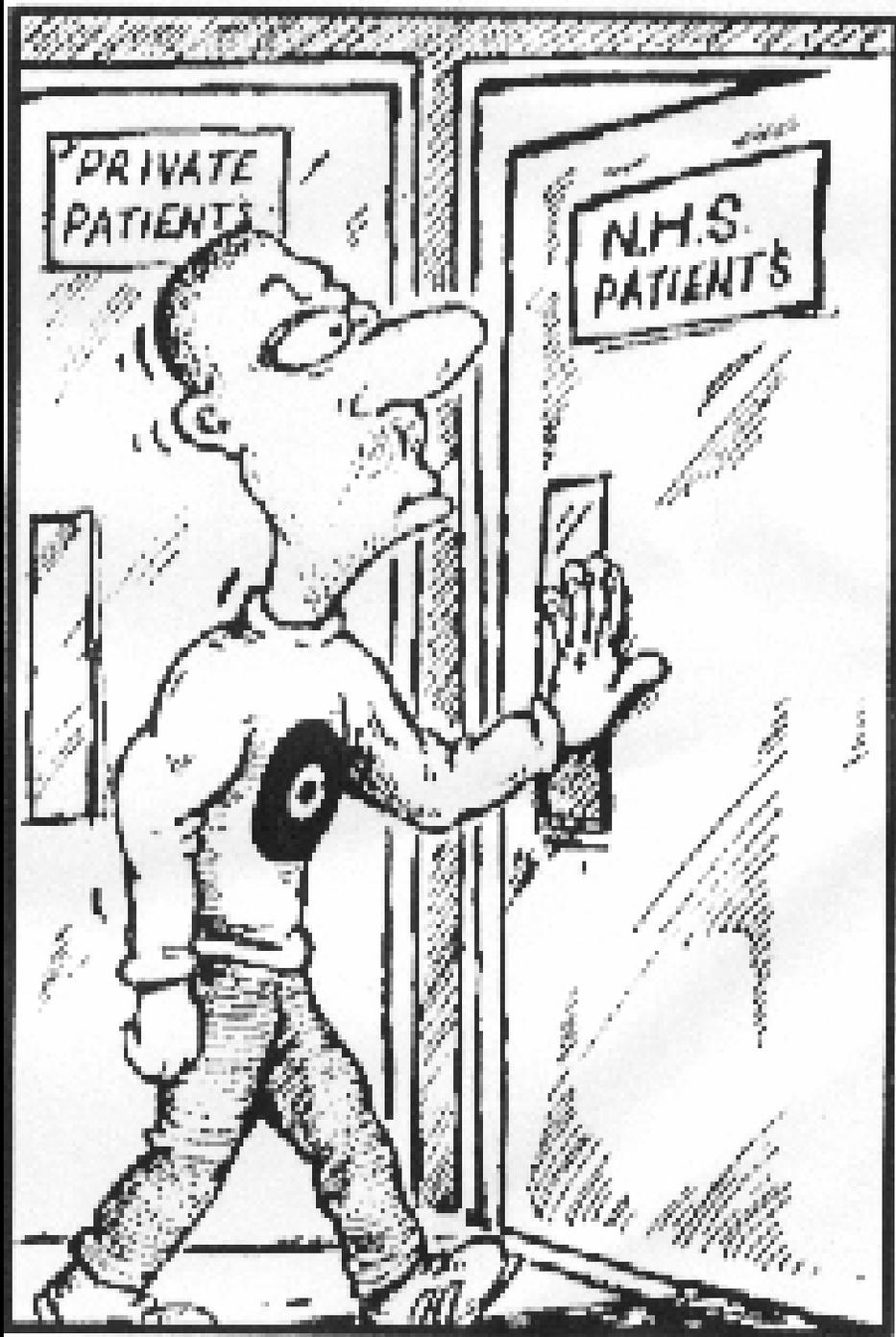
- Um serviço que não opere com longas listas de espera.
- Usuários de cocaína e crack não esperam por tratamento e são muito difíceis de gerenciar enquanto estão nas listas.
- Que a relação entre o profissional e o paciente seja aberta e flexível.

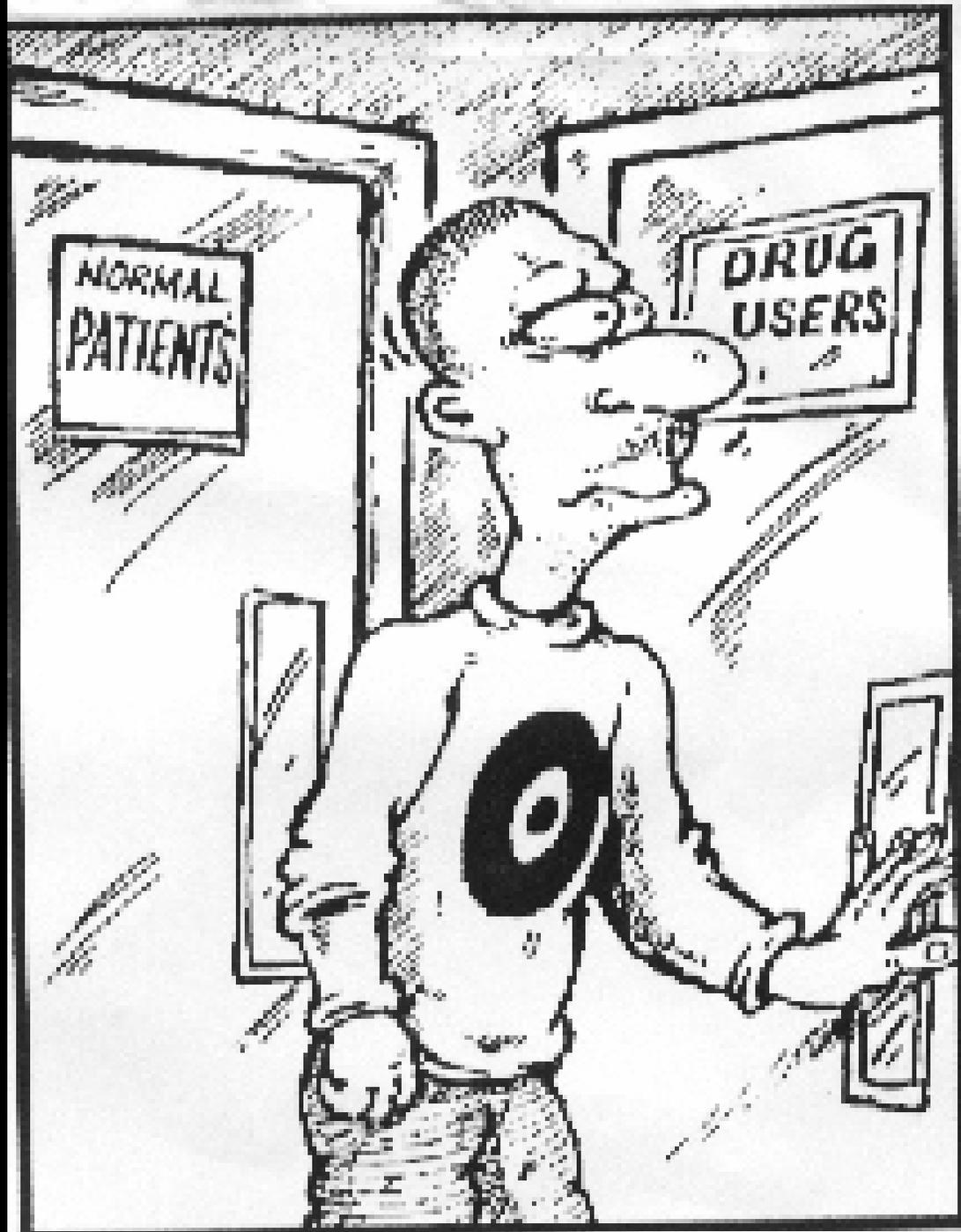
Mas NUNCA leve seu paciente para casa!



A História do "Zé Brasileiro"









Excluir é deixar a porta do serviço de internação para dependentes químicos "fechada" para aqueles que necessitam desta em algum momento do processo de recuperação!



OBRIGADA

UNIAD - Unidade de Pesquisa
em Álcool e Drogas.

www.uniad.org.br

Unidade 1: Rua Botucatu, 394 -
Vila Clementino - Cep: 04023-
061 - Tel.: (11) 5571-0493

UNIAD SBC: (fax):11-
43535437
ou 11- 43535400

alediehl@terra.om.br

São Paulo - SP / Brasil



Curso de Extensão da UNIAD

Dependência Química e Diversidade Sexual

Informações: cursos@uniad.org.br

Coordenadores: **Alessandra Diehl,
Luca Santoro e Denise Vieira**