



Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro  
*PROGRAMA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS DA SAÚDE*

# Crack: Prevenção, Resgate e Cuidado Especializado em Saúde Mental

**André Luiz Carvalho Netto**

Diretor Médico – Evolução Clínica e Consultoria

Coordenador de Enfermaria – UDA Psiquiatria \ HUPE – UERJ

Psiquiatra – ONG Espaço Progredir

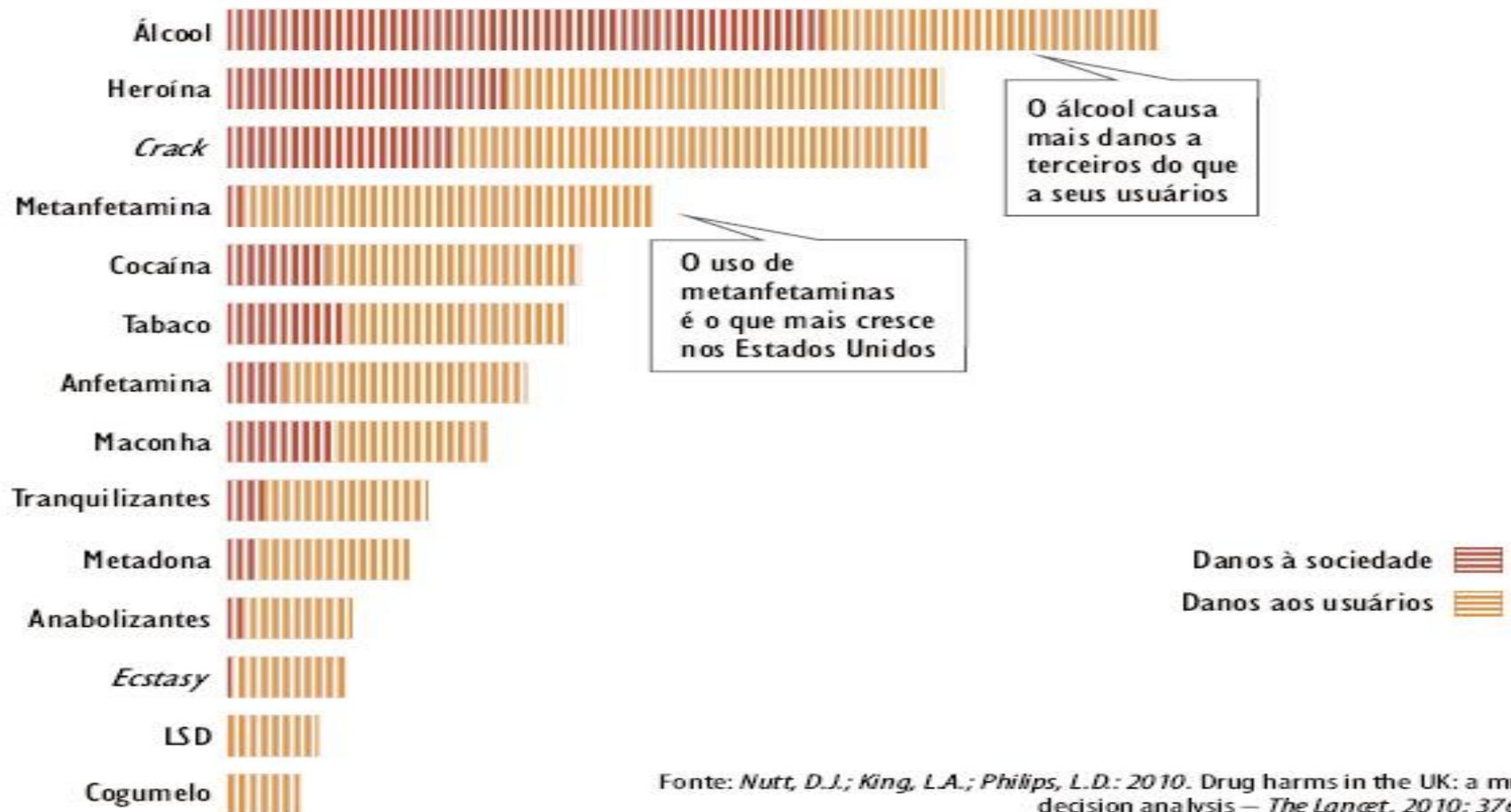
# Introdução

- Relevância do Tema
- Perfil do Usuário de Crack
- Ações de Prevenção ao Consumo de Crack
- Resgate e Assistência Integral: Usuário de Crack em Situação de Rua
- Construção de Projeto Terapêutico
- Ampliação da Rede de Saúde Mental Especializada

# Relevância do Tema

## Álcool causa mais danos; *crack* aparece em 3º lugar

Estudo desenvolvido na Inglaterra estimou mortes de usuários e acidentes

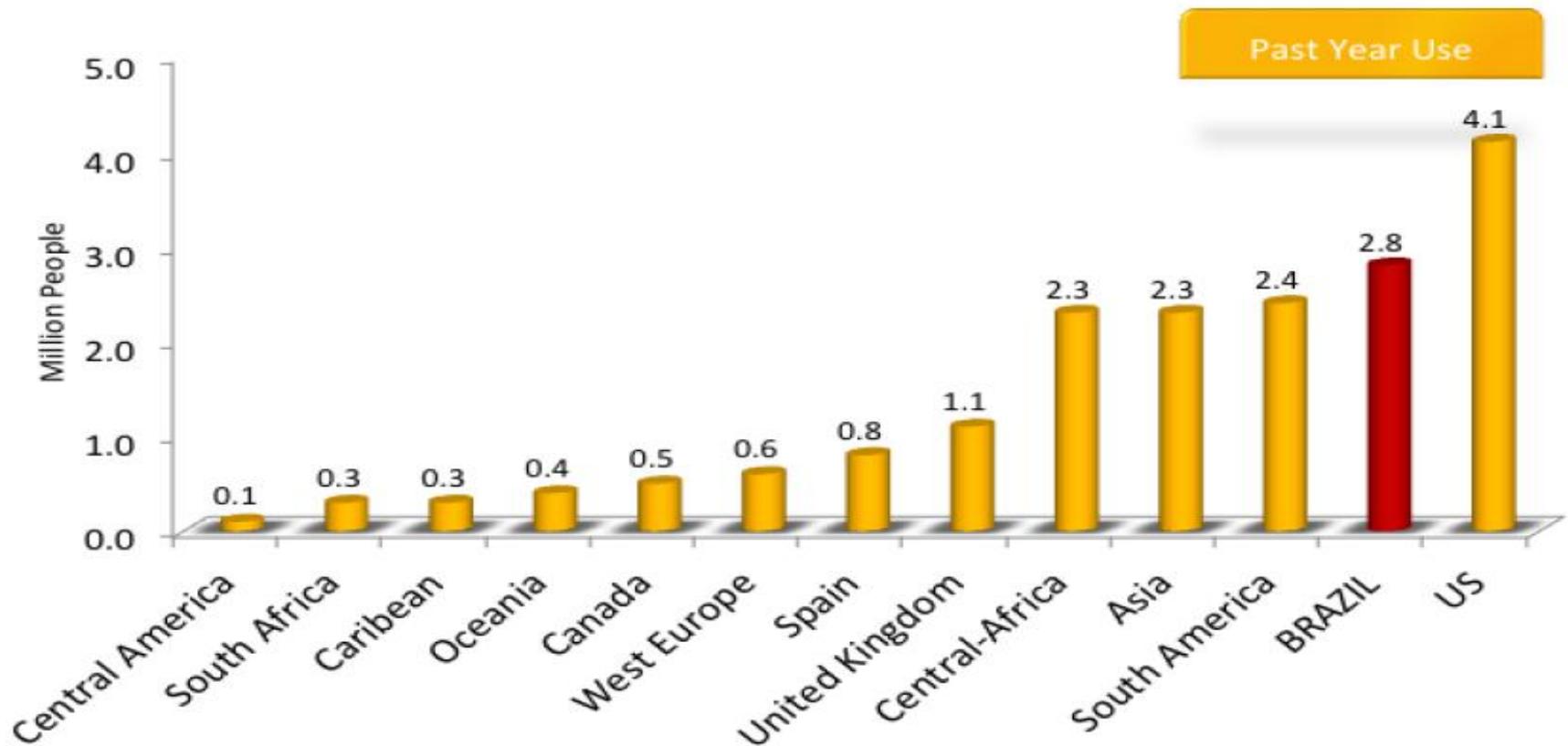


# Relevância do Tema



## II LENAD

*Levantamento Nacional de Álcool e Drogas  
O Uso de Cocaína e Crack no Brasil*

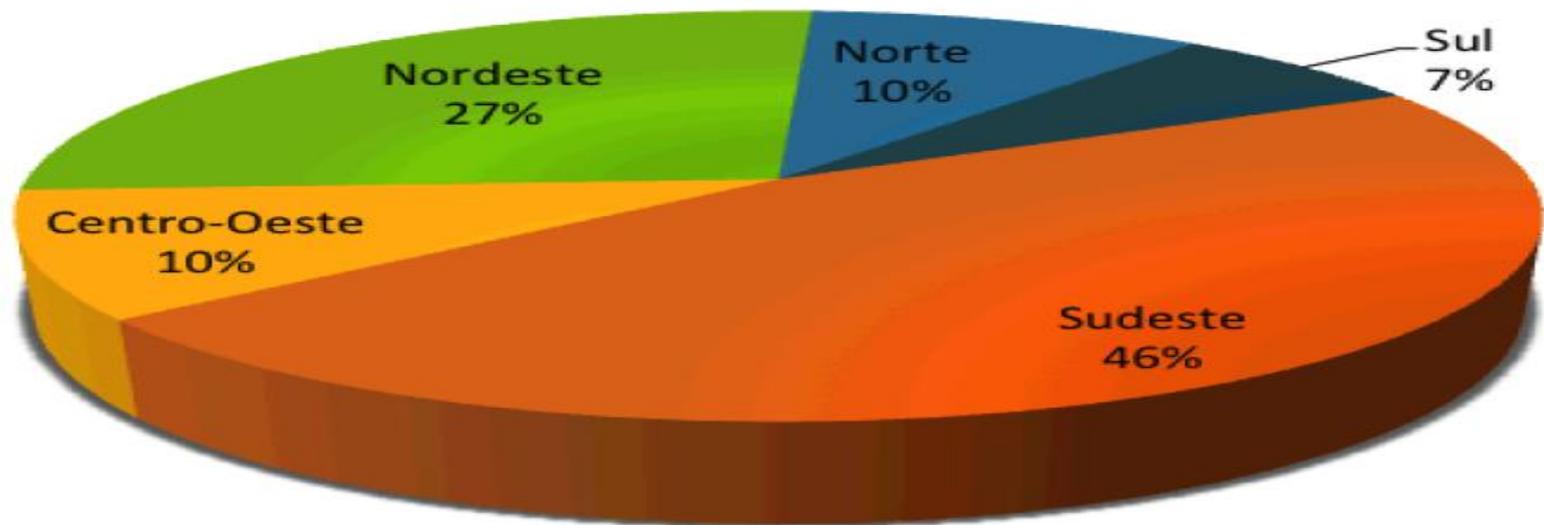


# Relevância do Tema



## II LENAD

*Levantamento Nacional de Álcool e Drogas  
O Uso de Cocaína e Crack no Brasil*



■ Norte  
0.3 milhões

■ Sul  
0.2 milhões

■ Sudeste  
1.4 milhões

■ Centro-Oeste  
0.3 milhões

■ Nordeste  
0.8 milhões

**Tabela 60:** Prevalências sobre as respostas considerando um risco grave o uso uma ou duas vezes na vida ou o uso diário de Cocaína/Crack distribuídas, segundo o sexo e a faixa etária nas 108 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

<b>RISCO GRAVE DE USAR COCAÍNA/CRACK 1 OU 2 VEZES NA VIDA</b>			<b>RISCO GRAVE DE USAR COCAÍNA/CRACK DIARIAMENTE</b>		
<b>FAIXA ETÁRIA (anos/sexo)</b>	<b>Observado %</b>	<b>Intervalo de Confiança 95%</b>	<b>FAIXA ETÁRIA (anos/sexo)</b>	<b>Observado %</b>	<b>Intervalo de Confiança 95%</b>
<b>12 - 17</b>	68,7	(64,1 - 73,3)	<b>12 - 17</b>	98,0	(96,6 - 99,4)
<b>M</b>	63,0	(58,2 - 67,8)	<b>M</b>	93,1	(90,6 - 95,6)
<b>F</b>	66,0	(61,3 - 70,7)	<b>F</b>	93,2	(90,7 - 95,7)
<b>18 - 24</b>	67,8	(63,2 - 72,4)	<b>18 - 24</b>	98,2	(96,9 - 99,5)
<b>M</b>	63,1	(58,3 - 67,9)	<b>M</b>	95,1	(92,9 - 97,2)
<b>F</b>	69,5	(65,0 - 74,1)	<b>F</b>	96,7	(95,0 - 98,5)
<b>25 - 34</b>	76,6	(72,4 - 80,8)	<b>25 -a 34</b>	98,1	(96,7 - 99,4)
<b>M</b>	72,4	(68,0 - 76,9)	<b>M</b>	96,1	(94,1 - 98,0)
<b>F</b>	77,2	(73,0 - 81,4)	<b>F</b>	96,9	(95,2 - 98,6)
<b>≥ 35</b>	81,5	(77,7 - 85,4)	<b>≥ 35</b>	98,9	(97,9 - 100,0)
<b>M</b>	77,9	(73,8 - 82,0)	<b>M</b>	98,6	(97,5 - 99,8)
<b>F</b>	83,7	(80,1 - 87,4)	<b>F</b>	99,0	(98,0 - 100,0)
<b>TOTAL*</b>	77,1	(73,0 - 81,3)	<b>TOTAL*</b>	98,8	(97,7 - 99,9)
<b>M</b>	74,0	(69,6 - 78,3)	<b>M</b>	98,8	(97,7 - 99,9)
<b>F</b>	79,3	(75,3 - 83,3)	<b>F</b>	98,8	(97,7 - 99,9)

\* **Nota:** Algumas vezes, as somas dos milhares entre homens e mulheres não totalizam, pois os dados são resultados de fórmulas aplicadas separadamente. As estimativas são obtidas por meio de ponderação por idade e sexo.

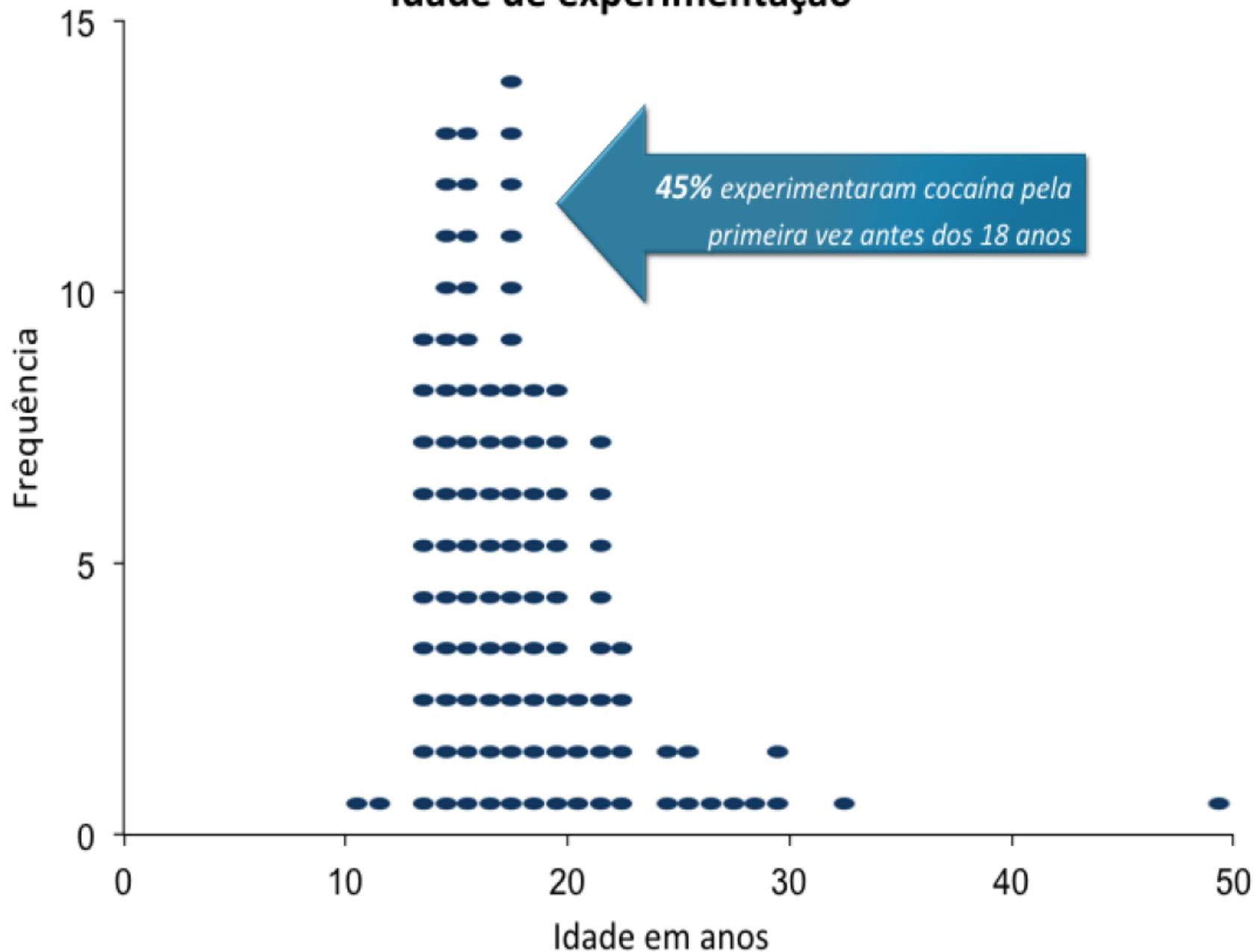
# Perfil do Usuário de Crack

- Indivíduos do Sexo Masculino, Adultos Jovens
- Baixa Escolaridade, Desemprego, Baixa Renda
- Famílias Desestruturadas
- Padrão grave de Consumo
- Envolvimento em Atividades Ilegais e Prostituição
- Drogas Lícitas  Drogas Ilícitas

# Ações: Prevenção ao Consumo de Crack

- Objetivo de um Programa de Prevenção: Diminuir a probabilidade do jovem envolver-se de maneira indevida com o uso de drogas
- Modelos de Prevenção: Amedrontamento
  - Educação Científica X Educação para Saúde
  - Treinamento de Habilidades Sociais
  - Auto-Estima e Afeto
- Integração Saúde-Educação: Mini-Equipe de Profissionais atuando de forma integrada: Prevenção/Reconhecimento/Encaminhamento
  1. *Medicina + Enfermagem + Psicopedagogia: Área/Pessoas*
  2. *Integração Escola – Escola e Escola – Rede de Saúde*
  3. *Integração Escola – Rede de Saúde – Comunidade*

# Idade de experimentação



# Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes

## Progression on drug use and its intervening factors among crack users

Rev Saúde Pública 2002;36(4):420-30

Zila van der Meer Sanchez\* e Solange Aparecida Nappo

Tabela 2 - Seqüência de drogas utilizadas pelos usuários de crack com idade  $\geq$ 30 anos e a idade de início de consumo de cada uma.

E19U- (1ª) álcool (12), (2ª) cigarro (12), (3ª) maconha (12), (4ª) cocaína (13), (5ª) crack (15)

M21E- (1ª) cigarro (11), (2ª) álcool (12), (3ª) maconha (13), (4ª) inalante (13), (5ª) cocaína (14), (6ª) crack (18)

J21U- (1ª) cigarro (9), (2ª) inalante (9), (3ª) álcool (10), (4ª) maconha (12), (5ª) cocaína (12), (6ª) chá (13), (7ª) medicamento (16), (8ª) crack (16)

E24U- (1ª) álcool (13), (2ª) cigarro (13), (3ª) maconha (17), (4ª) inalante (17), (5ª) cocaína (18), (6ª) crack (20)

R25U- (1ª) álcool (7), (2ª) cigarro (12), (3ª) inalante (12) (4ª) maconha (16), (5ª) cocaína (19), (6ª) crack (20)

C25E- (1ª) álcool (15), (2ª) maconha (23), (3ª) cocaína (23), (4ª) crack (24)

A27E- (1ª) cigarro (12), (2ª) álcool (12), (3ª) inalante (14) (4ª) maconha (16), (5ª) medicamento (17), (6ª) chá (17), (7ª) cocaína (18), (8ª) crack (21)

M27U- (1ª) cigarro (10), (2ª) álcool (12), (3ª) maconha (12), (4ª) inalante (14), (5ª) medicamento (15), (6ª) cocaína (16), (7ª) crack (18)

L27E- (1ª) inalante (10), (2ª) álcool (11), (3ª) cigarro (12), (4ª) maconha (13), (5ª) medicamento (14), (6ª) cocaína (15), (7ª) crack (23)

R27E- (1ª) cigarro (12), (2ª) álcool (12), (3ª) cocaína (15), (4ª) maconha (15), (5ª) medicamento (16), (6ª) chá (16), (7ª) crack (18)

M28U- (1ª) álcool (9), (2ª) cigarro (14), (3ª) maconha (14), (4ª) inalante (16), (5ª) cocaína (19), (6ª) crack (19)

F28U- (1ª) álcool (11), (2ª) cigarro (11), (3ª) inalante (14), (4ª) maconha (14), (5ª) cocaína (16), (6ª) chá (17), (7ª) crack (21)

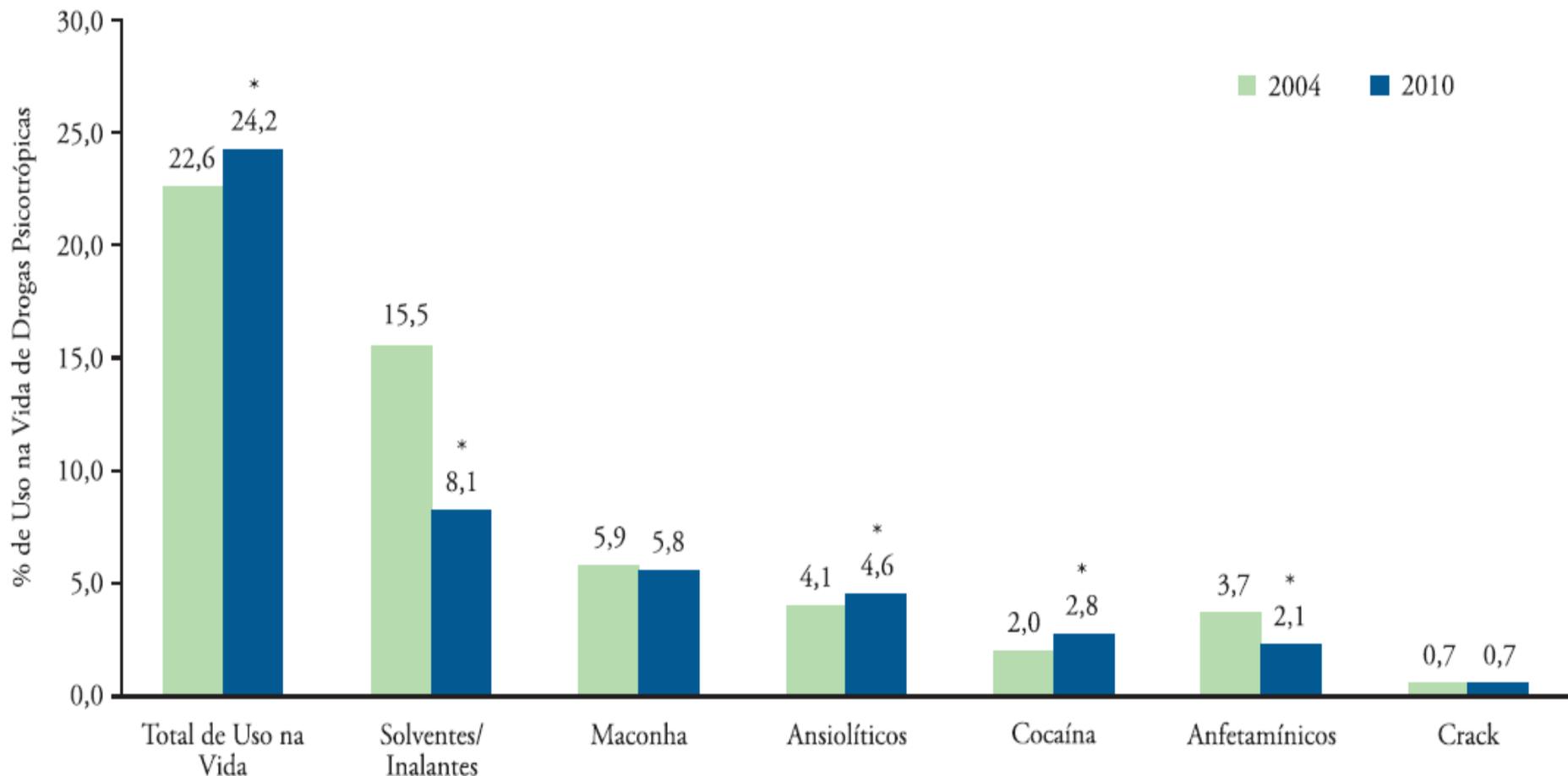
G29U- (1ª) cigarro (9), (2ª) maconha (11), (3ª) inalante (16), (4ª) cocaína (16), (5ª) baque (19), (6ª) medicamento (20), (7ª) crack (21)

F29E- (1ª) cigarro (14), (2ª) maconha (16), (3ª) inalante (18), (4ª) chá (20), (5ª) álcool (21), (6ª) cocaína (24), (7ª) crack (24)

R30E- (1ª) inalante (14), (2ª) cigarro (14), (3ª) álcool (14), (4ª) maconha (19), (5ª) cocaína (22), (6ª) crack (26)

A30E- (1ª) cigarro (11), (2ª) álcool (12), (3ª) maconha (14), (4ª) inalante (15), (5ª) cocaína (21), (6ª) crack (25)

VI Levantamento Nacional sobre  
o Consumo de Drogas Psicotrópicas  
entre Estudantes do Ensino  
Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada  
de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras  
*2010*



**Figura 1.1:** *Uso na vida* de drogas psicotrópicas<sup>(1)</sup>, das cinco drogas mais consumidas e de crack, exceto álcool e tabaco, entre estudantes de ensino fundamental<sup>(2)</sup> e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

Fatores de risco	Fatores de proteção
<p><b>Indivíduo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Predisposição genética</li> <li>■ Baixa autoestima, senso de desesperança em relação à vida</li> <li>■ Percepção de que amigos aprovam o uso de drogas</li> <li>■ Problemas com a vinculação social, rebeldia, personalidade desafiadora e resistente à autoridade</li> <li>■ Padrão de comportamento <i>sensation seeking</i>, curiosidade, problemas no controle dos impulsos</li> <li>■ Habilidades deficitárias para lidar com as situações</li> </ul>	<p><b>Indivíduo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Crenças, valores morais e religiosidade</li> <li>■ Orientação voltada para a saúde e percepção dos riscos do uso de drogas</li> <li>■ Percepção dos controles e sanções sociais, intolerância com comportamentos desviantes e bom relacionamento com os adultos</li> <li>■ Habilidades sociais assertivas e competentes, tais como empatia, pragmatismo e bom controle interno</li> </ul>
<p><b>Amigos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Usuários de substâncias psicoativas e/ou adeptos de comportamentos desviantes</li> <li>■ Atitudes favoráveis ao uso de drogas</li> </ul>	<p><b>Amigos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Adeptos de modelos convencionais de comportamento e normas sociais</li> <li>■ Intolerantes com condutas desviantes</li> </ul>
<p><b>Família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ambiente doméstico caótico e conflituoso</li> <li>■ Apego inseguro e mau relacionamento entre os membros</li> <li>■ Consumo ou atitudes favoráveis ao uso de substâncias por parte dos pais ou outros membros</li> <li>■ Cuidados providos de modo irregular e pouco suportivo, ausência de monitoramento</li> <li>■ Expectativas altas e irrealistas entre os membros</li> </ul>	<p><b>Família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ambiente familiar suportivo, harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos</li> <li>■ Vínculos e relações de apego fortes, seguras e estáveis</li> <li>■ Normas e valores morais sólidos</li> </ul>
<p><b>Escola</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fracasso acadêmico</li> <li>■ Baixo envolvimento e ajustamento escolar</li> <li>■ Rejeição por colegas / bullying</li> <li>■ Expectativas irrealistas e falta de apoio institucional</li> </ul>	<p><b>Escola</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Políticas de integração entre os alunos e monitoramento do desempenho escolar</li> <li>■ Normas que desencorajam a violência e o uso de substâncias psicoativas</li> <li>■ Clima positivo, voltado para o estabelecimento de vínculos</li> </ul>
<p><b>Comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disponibilidade, incentivo ao consumo e ausência de políticas e controle – para substâncias lícitas</li> <li>■ Violência, pobreza e ausência de suporte social</li> <li>■ Desorganização social e ausência do Estado</li> </ul>	<p><b>Comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Acesso a serviços de saúde e bem-estar social</li> <li>■ Segurança, organização e normas comunitárias contra a violência e o uso de drogas</li> <li>■ Atividades de lazer, vínculos comunitários e práticas religiosas</li> <li>■ Identidade cultural e orgulho étnico</li> </ul>

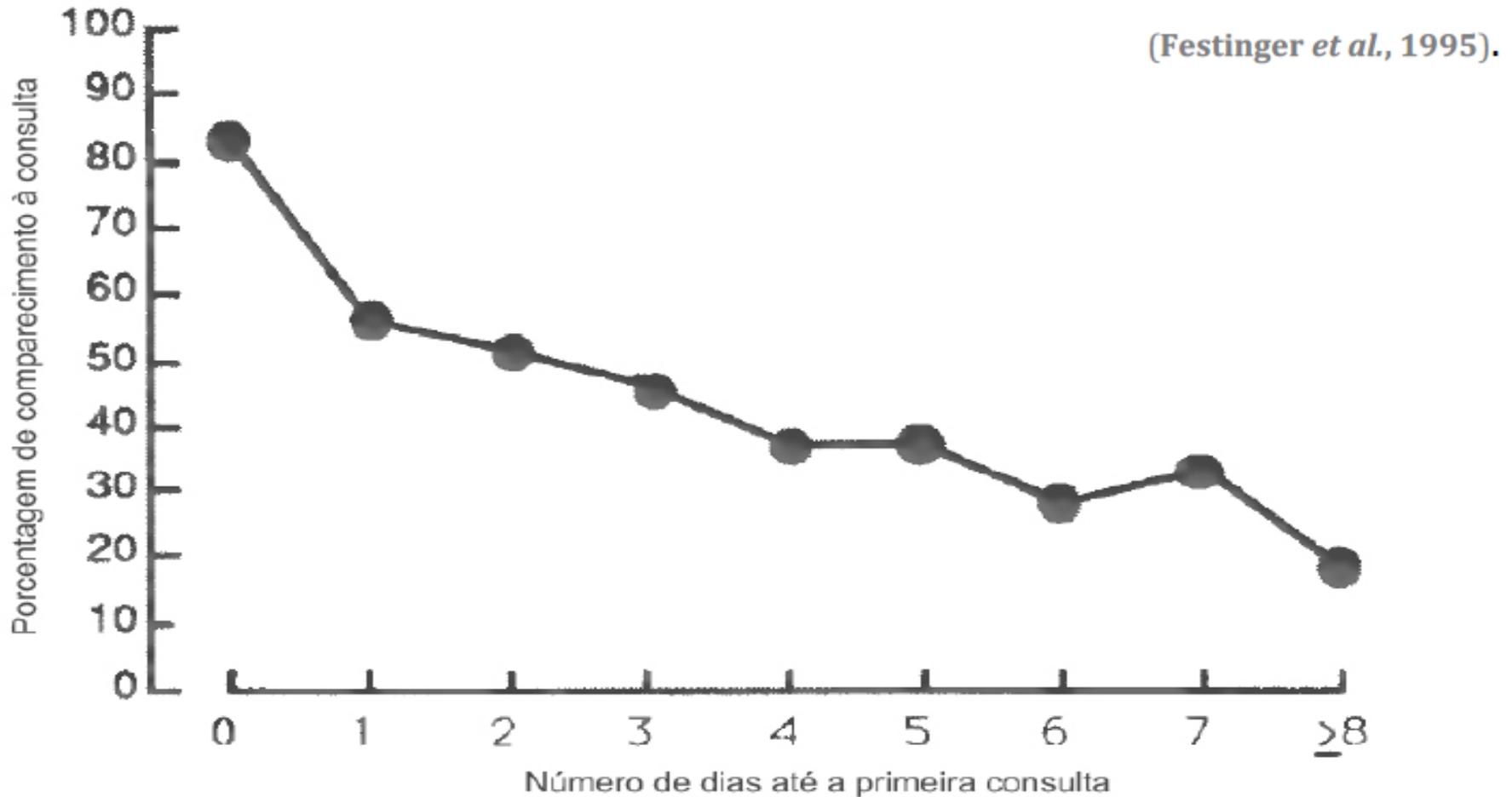
**Fonte:** UNO – United Nations Organization. Adolescent substance use: risk and protection. In: Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes – Abuso e dependência: Crack (2011).

# Acessibilidade ao Tratamento

132

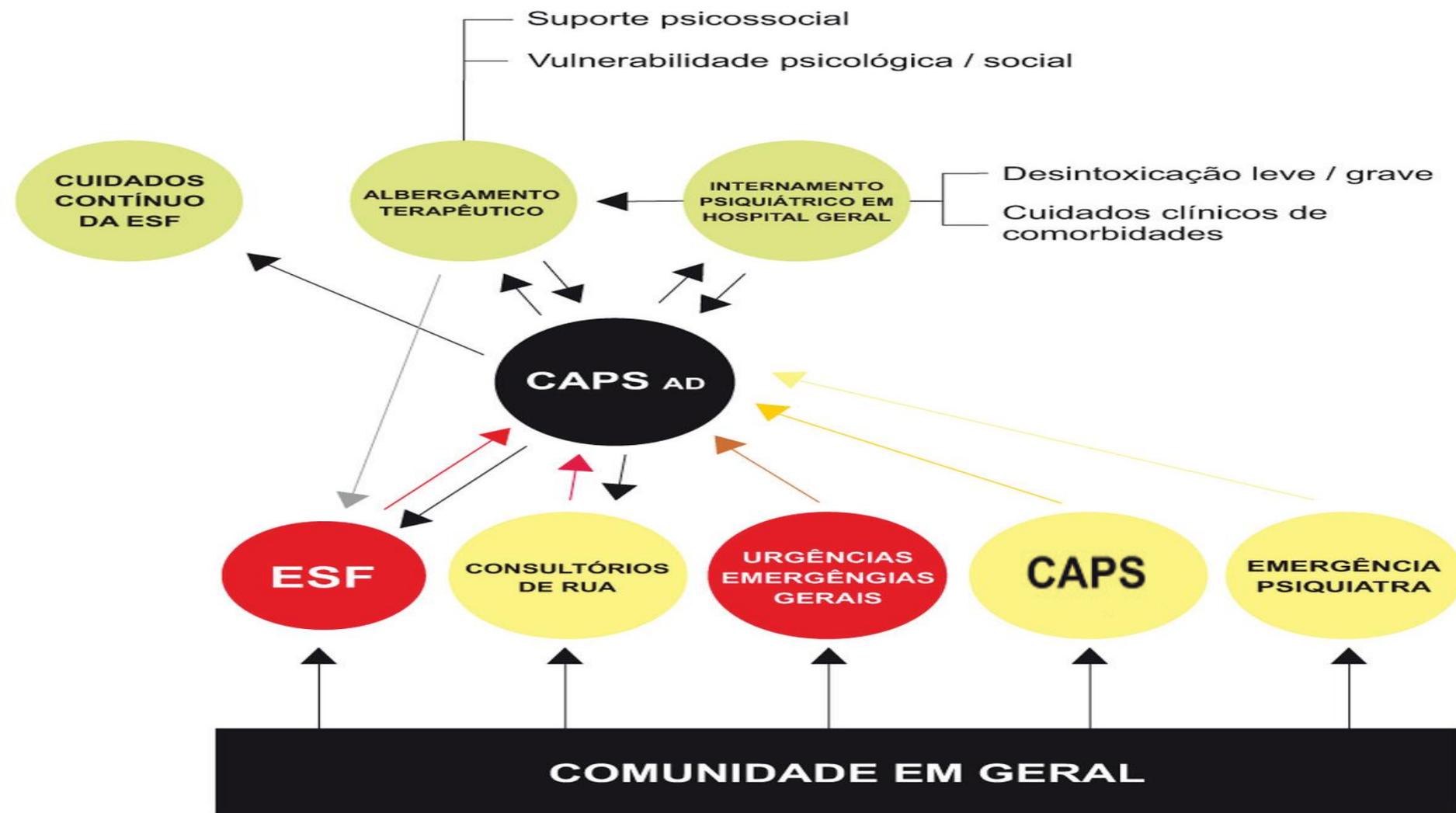
VIVAVOZ

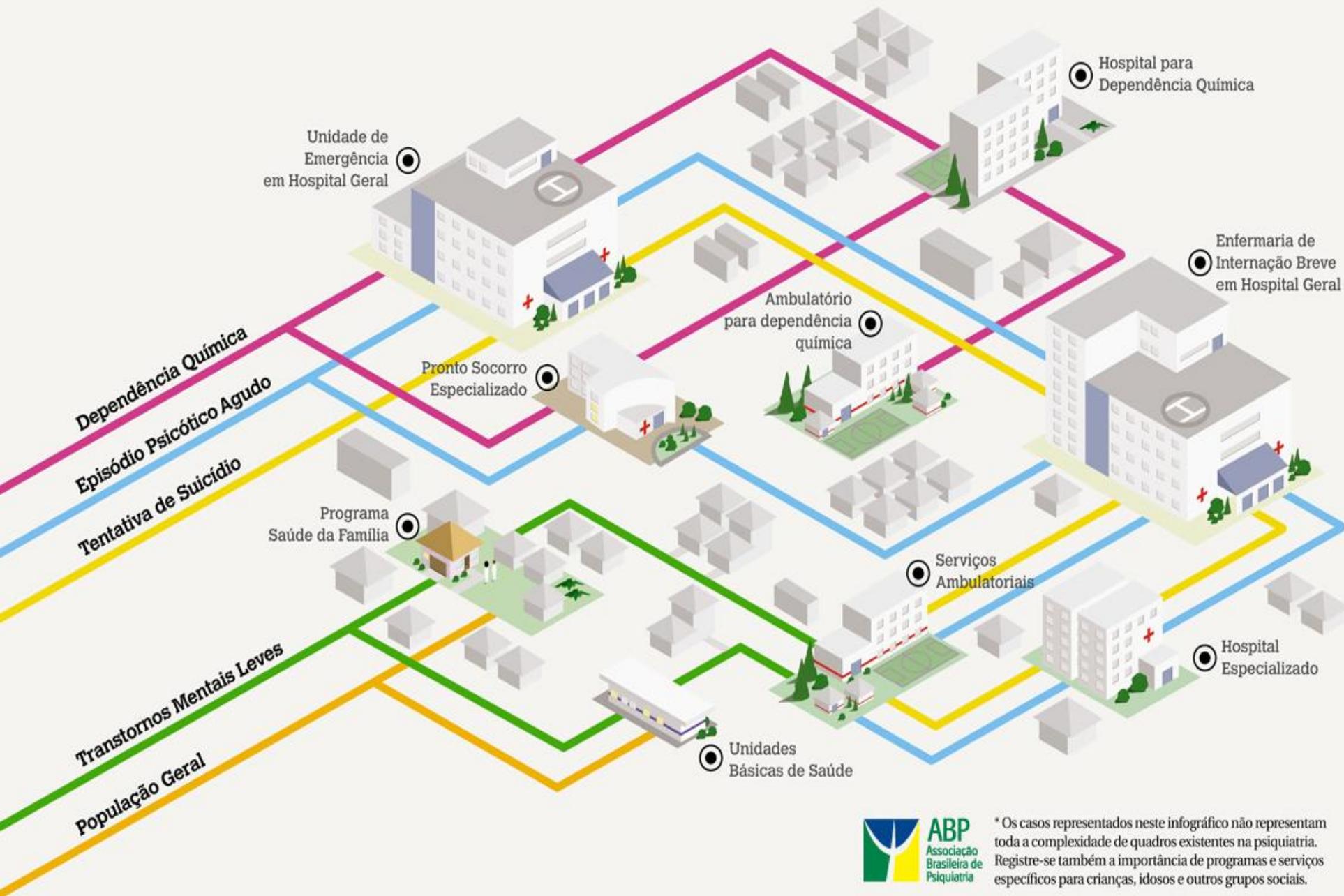
# Acessibilidade ao Tratamento



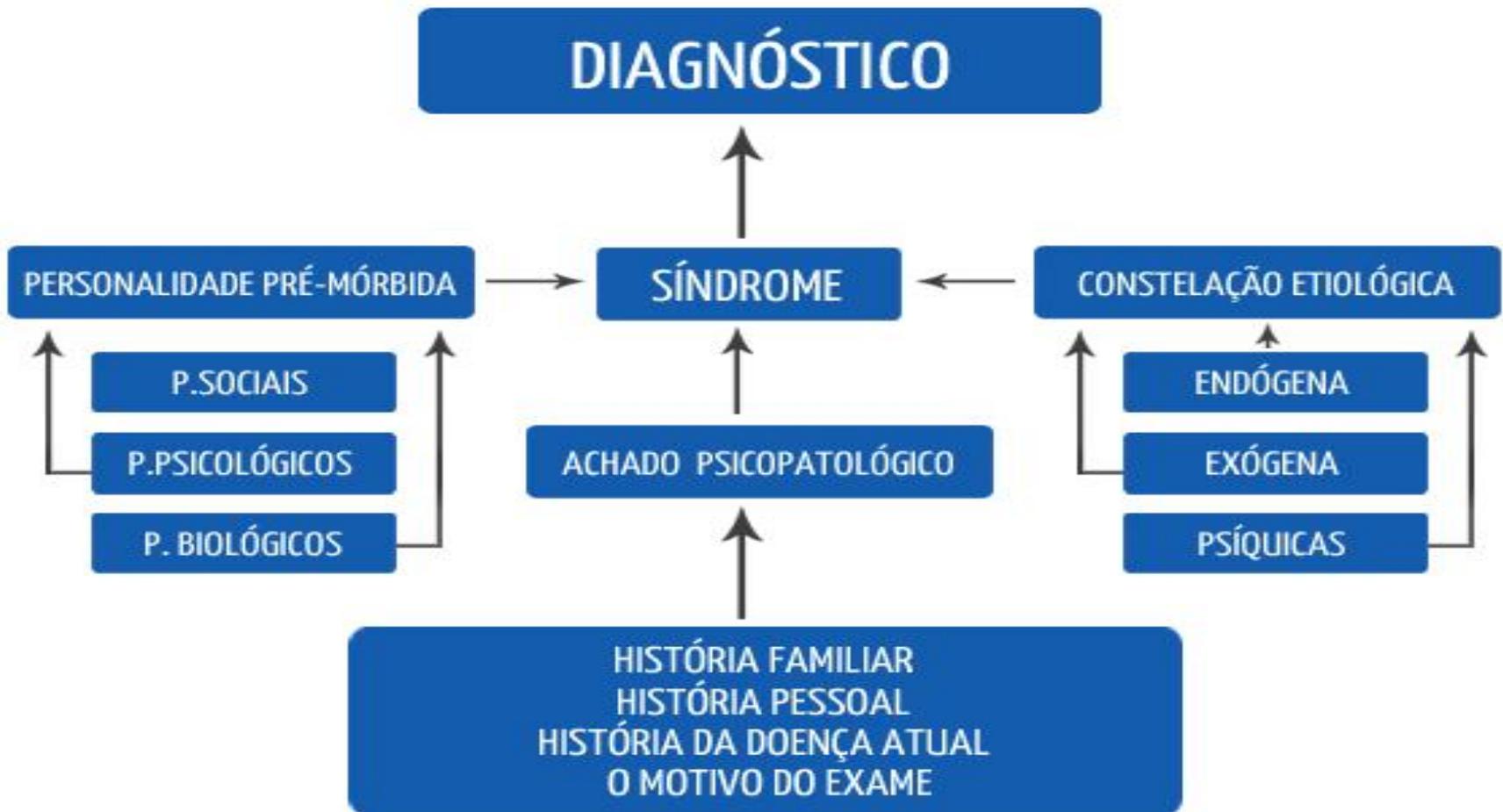
**Figura 2:** O risco de abandono pré-tratamento está diretamente relacionado ao tempo de espera pela primeira consulta. Na figura acima, dos usuários de cocaína (n=250) que telefonaram e agendaram uma

# Usuário de Crack em Situação de Rua





# Diagnóstico Pluridimensional



# Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento

- ↑ Taxa de Mortalidade por causas Violentas
- Drogas Lícitas → Ilícitas → Cocaína Aspirada → Crack
- Padrão de Consumo: Binge (50 pedras/4 dias consecutivos)
- Rompimento do Uso: Falta de \$ → Roubos  
Exaustão Física e Psicológica
- Relação Direta: Abstinência → Funcionalidade
- Comportamento: ♀ Sexo      Tráfico → Pedra
- Início “explosivo” → Evolução ?
- **“Turning Points”**: 4-5 Internações até a Manutenção da Abstinência. Processo de Mudança pode durar Anos

# Internação compulsória para dependentes químicos

## Faltam vagas para Internações psiquiátricas pelo SUS

O Brasil tem menos da metade do número de leitos públicos necessário para internações psiquiátricas, segundo levantamento feito pelo jornal Folha de S. Paulo, com base em parâmetros do Ministério da Saúde. Esse deficit de vagas é um dos grandes entraves para o tratamento de viciados em crack e outras drogas, dizem o CFM (Conselho Federal de Medicina) e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria).

Existem aproximadamente 38,2 mil leitos no SUS (Sistema Único de Saúde). O ideal seria que houvesse ao menos 85 mil, ou seja, 47 mil a mais. Em 2002, o governo estabeleceu que a quantidade mínima

necessária é de 0,45 leito para cada grupo de 1.000 pessoas. No ano seguinte, no entanto, o Ministério da Saúde adotou o que chama de "nova política de saúde mental" e passou a pregar a redução das vagas de internação.

Agora, diante do crescimento da demanda nos últimos anos, a pasta afirma que serão abertos 3.604 novos leitos em hospitais gerais. O coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM, Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, afirma que esse número de leitos [3.604] "é ridículo". Para ele, o deficit de leitos "representa a ausência de um segmento da estrutura especializada

para tratar os usuários de drogas. Há pessoas que, para sair de um estado de psicose gerado pelas drogas, precisam de 45 dias de tratamento intensivo."

O diretor da ABP Sérgio Tamai, também coordenador de Saúde Mental de SP, defende que há necessidade da internação em hospitais gerais ou psiquiátricos, dependendo do quadro.

O Ministério da Saúde reafirma que a redução no número de leitos iniciada com a reforma psiquiátrica não resultou em "desassistência".



CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES  
SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID

Departamento de Psicobiologia

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Escola Paulista de Medicina

# COMPORTAMENTO DE RISCO DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM RELAÇÃO ÀS DST/AIDS

# Crack e Mulheres: Risco Duplo

- Profissionais do Sexo X Prostituição por Drogas
  - Consumidor Sexual domina a Negociação
1. Papel da Droga: Estimulação e Desinibição
  2. Maior número de parceiros
  3. Menor consciência quanto ao uso de preservativos
  4. Elevado risco de transmissão HIV – Sexo Oral
  5. Processo de socialização entre as profissionais do Sexo
  6. Ausência de Pontos fixos de Prostituição
  7. Baixa Auto-Estima e Altos Índices de Violência
  8. Pagamento em forma de escambo: Drogas



## The Urgency Of Providing Comprehensive And Integrated Treatment For Substance Abusers With HIV

Nora D. Volkow Julio Montaner

*Health Aff (Millwood)*. 2011 August ; 30(8): 1411–1419.

- National Institute on Drug Abuse + International AIDS Society
- Foco Principal: Buscar → Testar → Tratar
- Avaliação Pluridimensional + Abordagem Multiprofissional
- Evidências indicam os benefícios de integrar o uso da substância e os tratamentos de HIV
- Capacitação de Profissionais de Saúde
- Intervenção Breve → Encaminhamento para Tratamento em Centros Especializados
- Política de Redução de Danos: O Uso da Terapia Anti-retroviral reduz a morbidade e mortalidade e prevenir e a transmissão do HIV

## Algumas anomalias em recém-nascidos expostos à cocaína durante a gestação

### Sistema Nervoso Central

Acúmulo de líquido cefalorraquidiano no interior da cavidade craniana (hidrocefalia)

### Face

Fissura labial e palatina

### Coração e Circulação

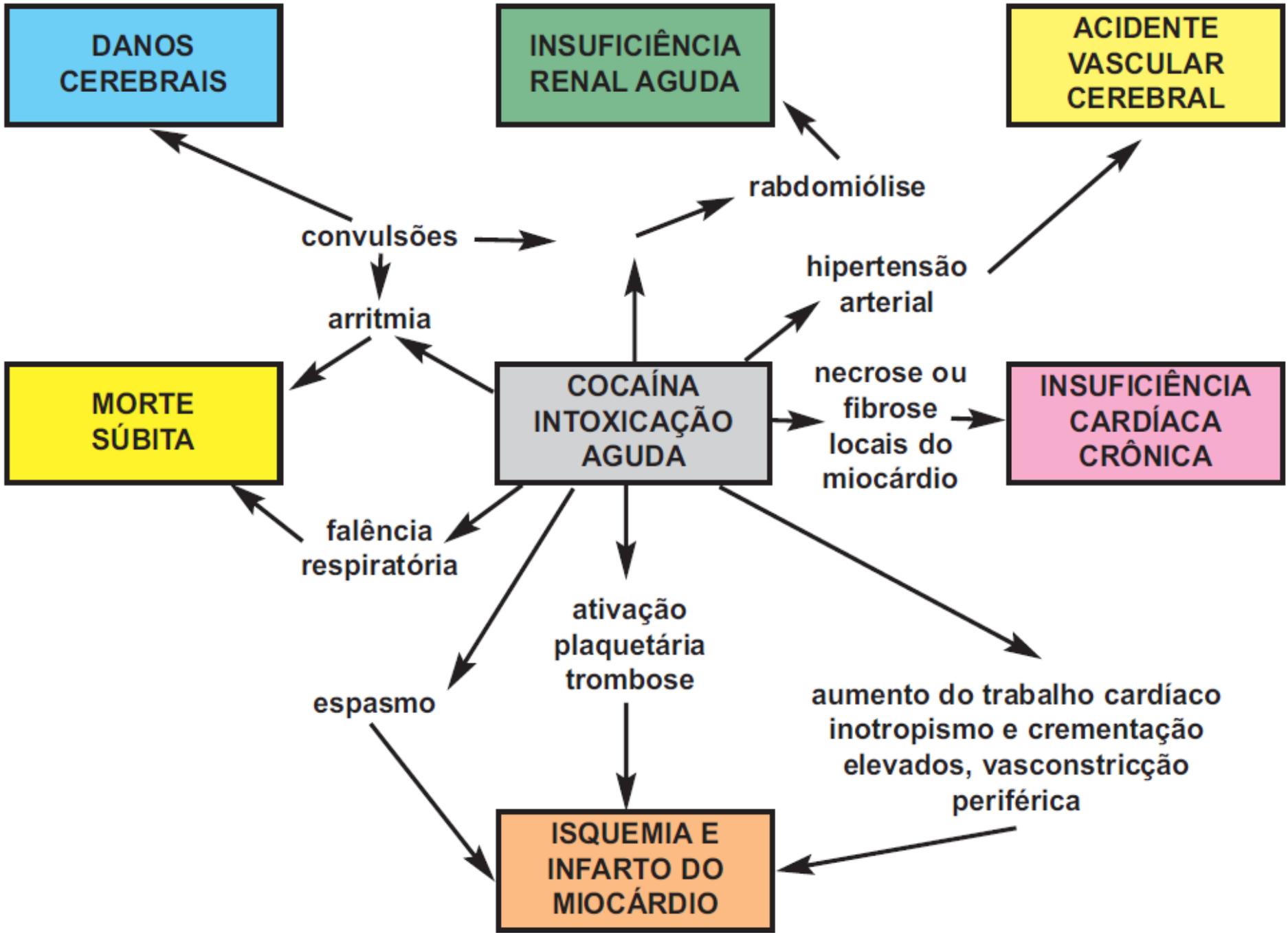
Defeitos no septo atrial e ventricular  
Transposição das grandes artérias  
Aumento do coração (cardiomegalia)

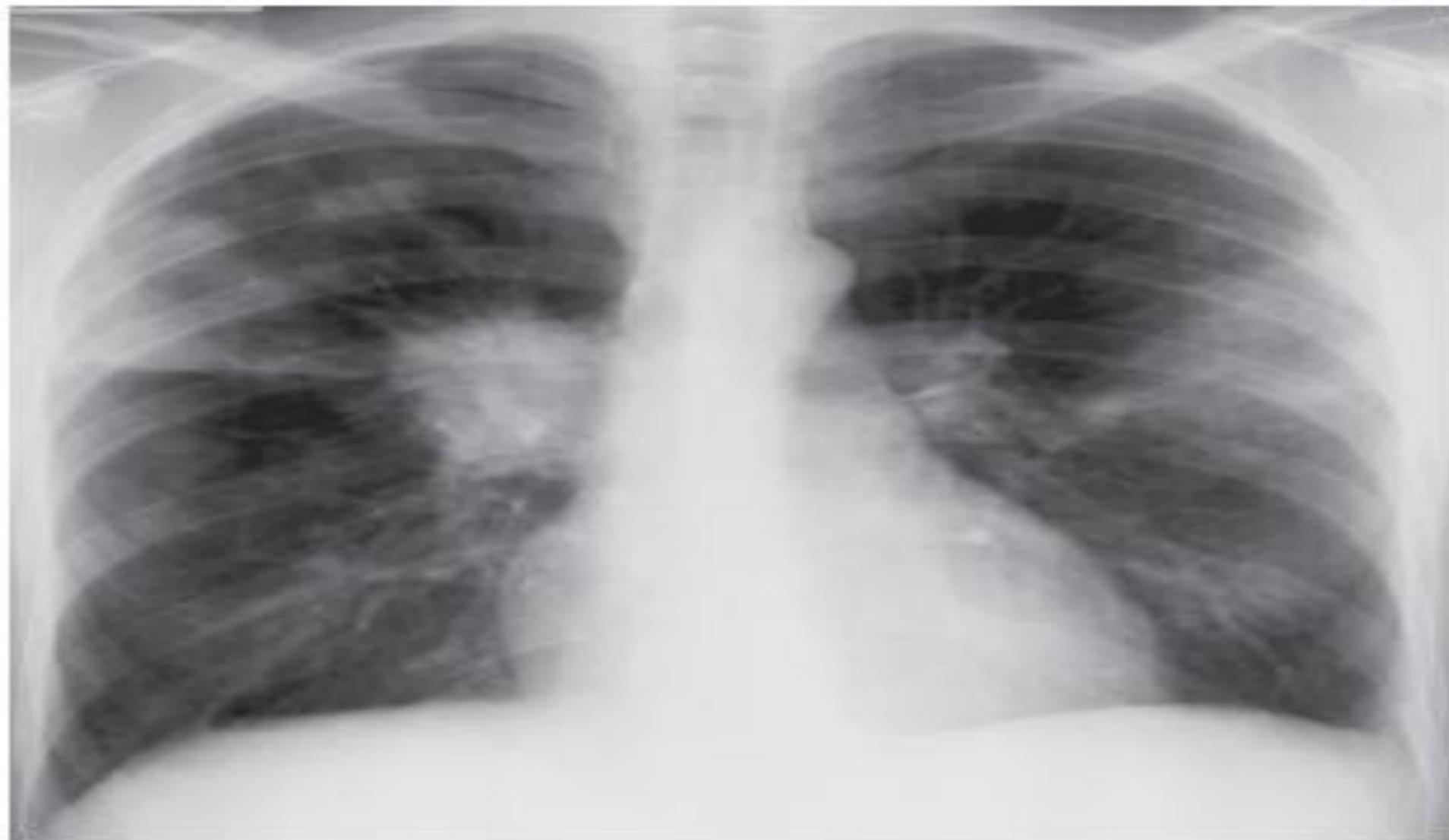
### Aparelho digestivo e urinário

Hérnia  
Agenesia (ausência) dos rins  
Malformação congênita do meato urinário

### Extremidades

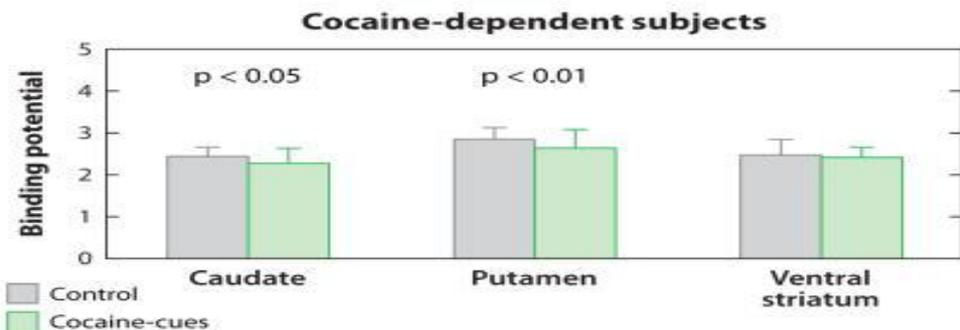
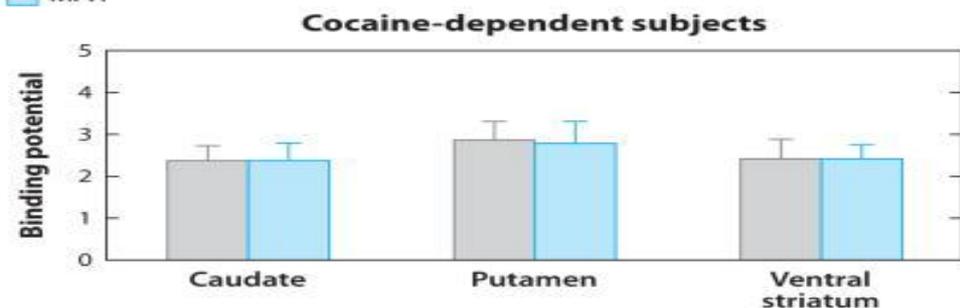
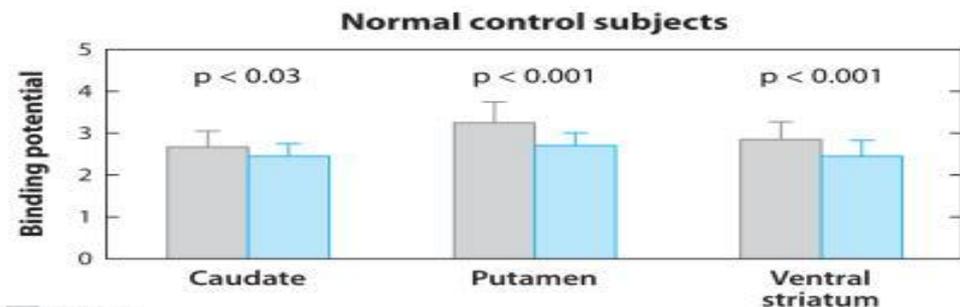
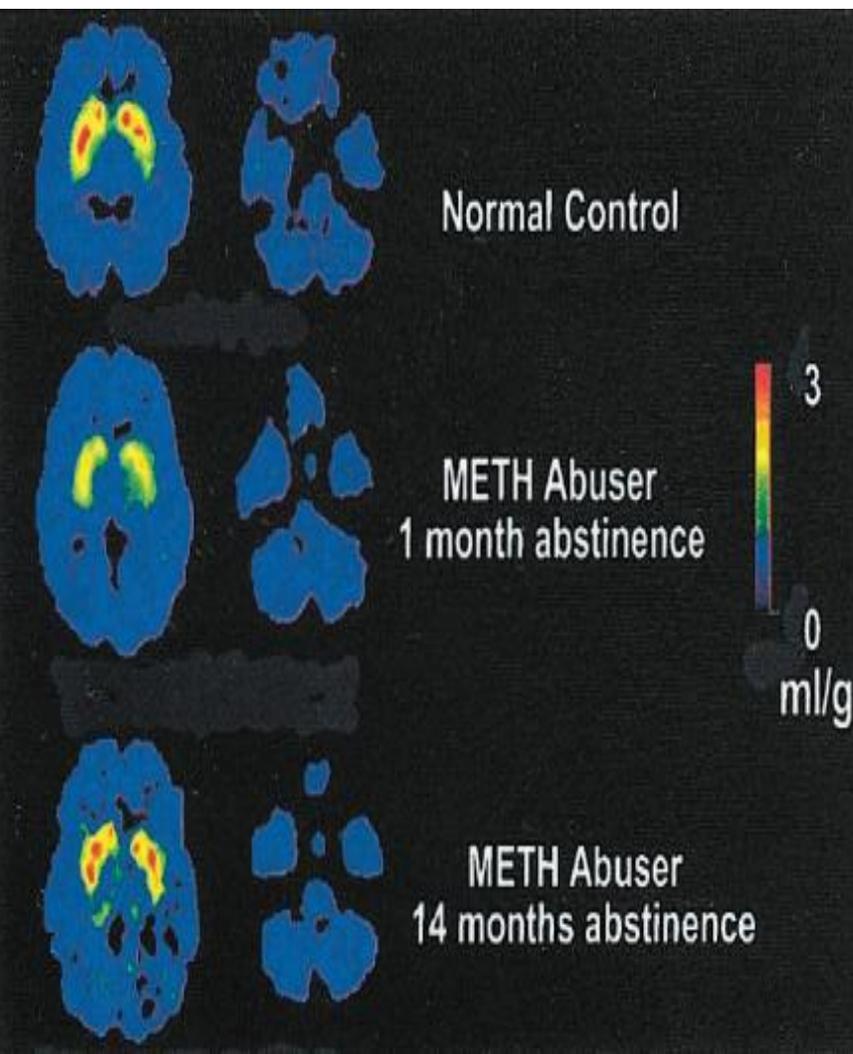
Alteração quantitativa anormal dos dedos da mão e do pé (polidactilia)





**Figura 1** - Radiografia do tórax em posição pósterio-anterior mostrando consolidações heterogêneas, predominando em campos pulmonares superior e médio bilateralmente, uma delas projetada sobre o hilo direito, simulando massa linfonodal.

# Loss of Dopamine Transporters in Methamphetamine Abusers Recovers with Protracted Abstinence



# As propostas são mais Intensivas

- Pré-Tratamento: Poucos procuram ajuda
- Abandono antes Triagem: 17% Consulta Imediata  
65% Consulta 7 Dias
- Tratamentos Ambulatorial/Semanal: Pouca Adesão (Baixa Intensidade = Insuficientes)
- Tratamentos de Alta Intensidade: Melhores resultados na Continuidade de Tratamento
- Comorbidades Psiquiátricas, Clínicas e Risco de Suicídio
-

## Estágios de Mudança



# Caps fazem diagnóstico e programa de tratamento

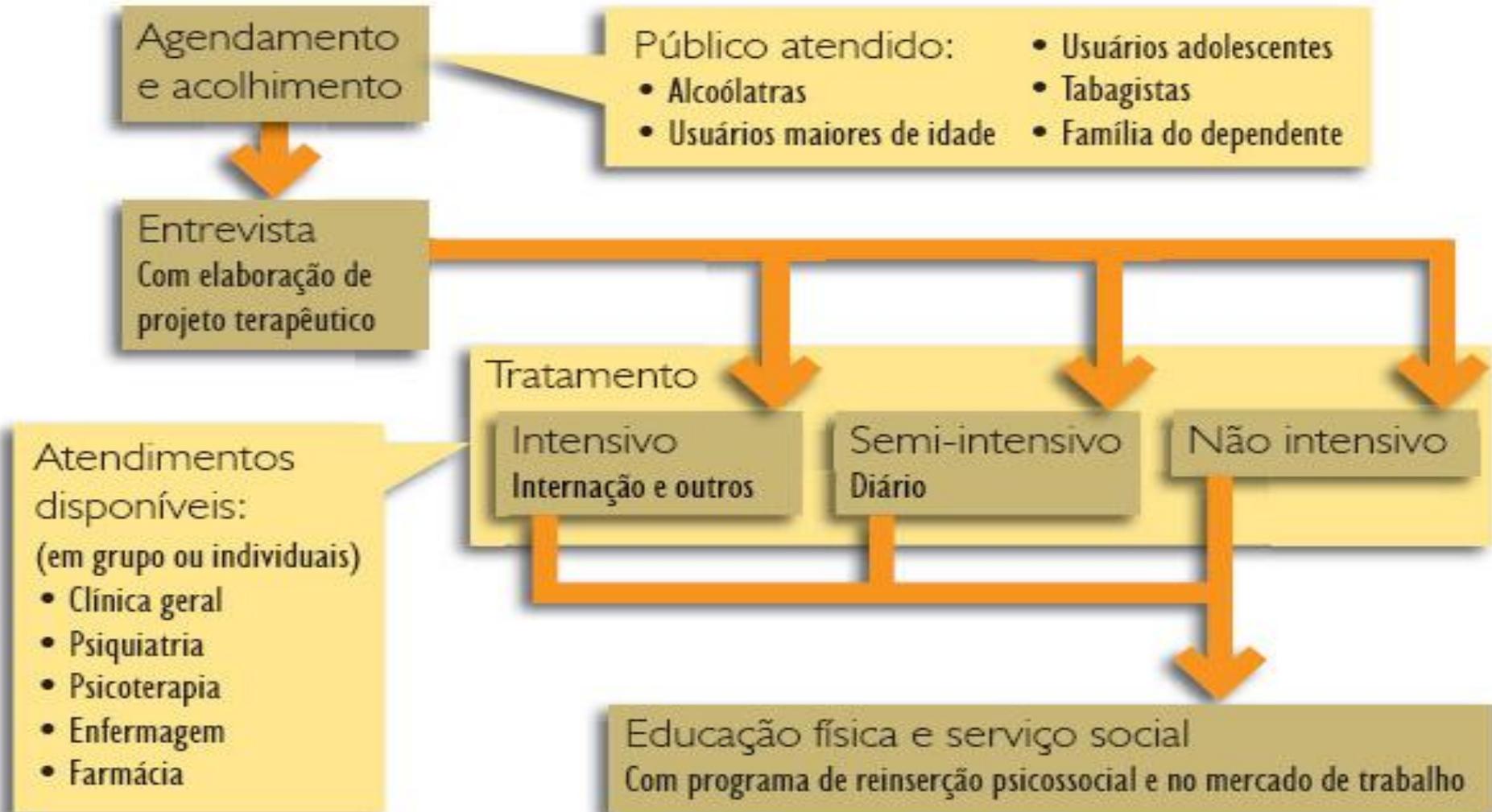
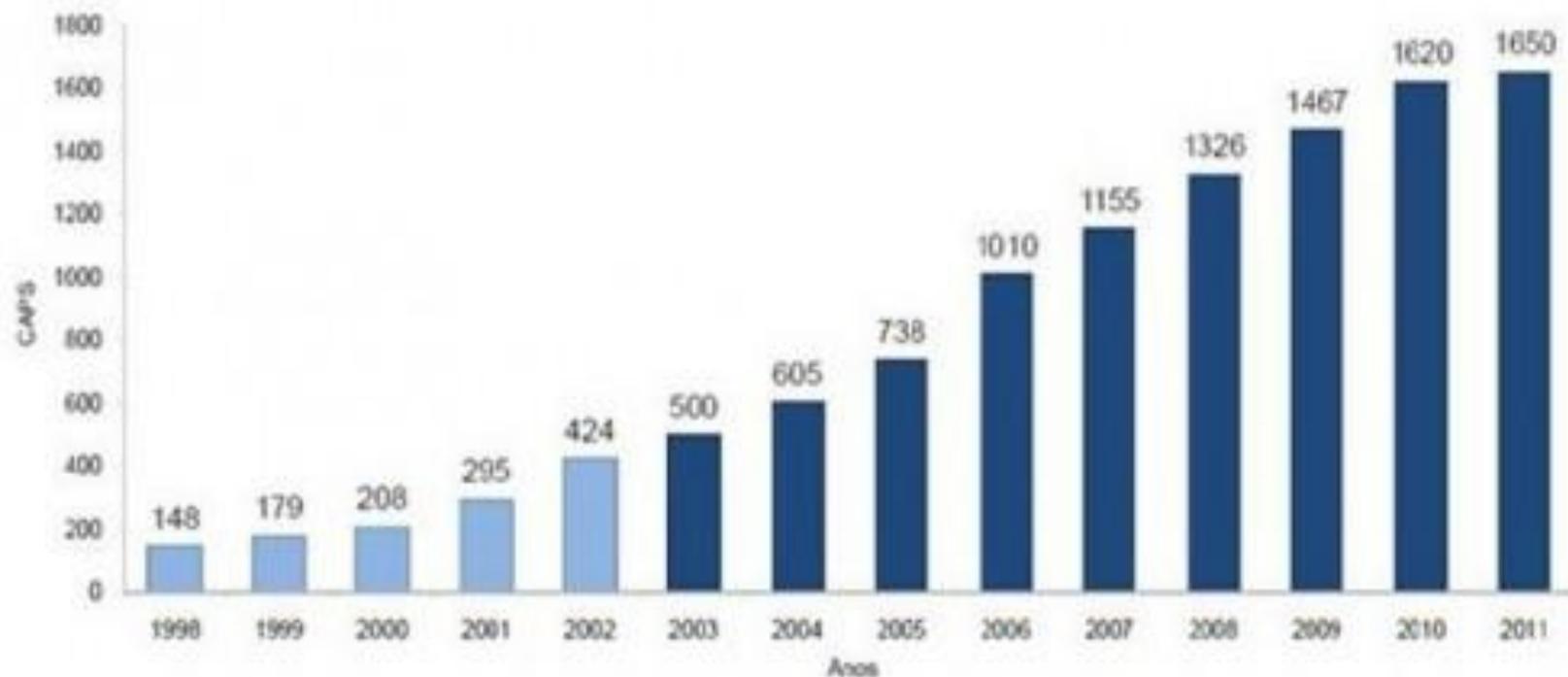


Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a julho de 2011)

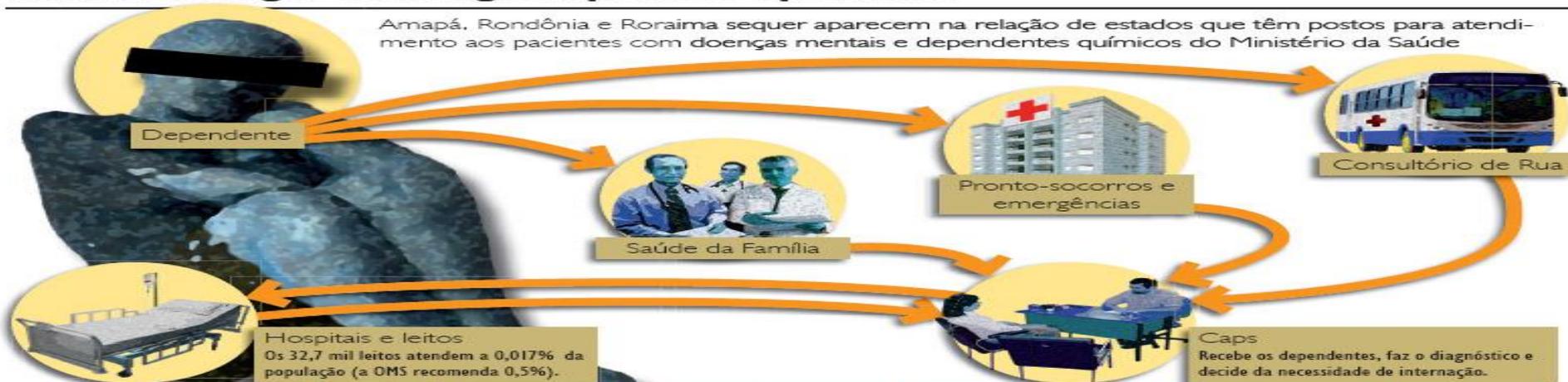


Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2002: Levantamento CAPS Dique-Saúde 2001.

O gráfico apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em julho de 2011 temos 1650 CAPS e 68% de cobertura.

# Número de vagas está longe do previsto e prometido

Amapá, Rondônia e Roraima sequer aparecem na relação de estados que têm postos para atendimento aos pacientes com doenças mentais e dependentes químicos do Ministério da Saúde



	UF	Hospitais	Leitos	Leitos por mil hab.
Norte	AC	1	35	0,05
	AP <sup>2</sup>	—	—	—
	AM	1	20	0,01
	PA	1	56	0,01
	RO <sup>2</sup>	—	—	—
	RR <sup>2</sup>	—	—	—
	TO	1	160	0,12
Nordeste	AL	5	880	0,28
	BA	7	877	0,06
	CE	7	949	0,11
	MA	3	662	0,10
	PB	5	691	0,18
	PE	13	1.932	0,22
	PI	1	160	0,05
	RN	4	572	0,18
	SE	2	280	0,14
Centro-oeste	DF	1	85	0,03
	GO	10	1.171	0,20
	MT	2	202	0,07
	MS	2	200	0,08
Sudeste	ES	3	565	0,16
	MG	17	2.292	0,12
	RJ	36	6.224	0,39
	SP	54	10.780	0,26
Sul	PR	15	2.452	0,23
	RS	6	810	0,08
	SC	4	680	0,11
<b>Brasil</b>		<b>201</b>	<b>32.735</b>	<b>0,174</b>

Dados de 2010

	UF	Caps I	Caps II	Caps III	Caps i	Caps AD	Caps por 100 mil hab. <sup>1</sup>
Norte	AC	0	1	0	0	1	0,27
	AP	0	0	0	1	2	0,45
	AM	5	4	1	0	0	0,23
	PA	24	12	1	2	6	0,44
	RO	11	5	0	0	1	0,74
	RR	1	0	0	0	1	0,33
	TO	7	2	0	0	1	0,47
Nordeste	AL	37	6	0	1	2	0,88
	BA	121	31	3	7	16	0,85
	CE	45	29	3	6	17	0,94
	MA	36	13	1	3	6	0,63
	PB	38	8	3	7	8	1,23
	PE	26	18	2	6	12	0,59
	PI	27	6	1	1	4	0,83
	RN	12	11	1	2	6	0,84
	SE	19	4	3	2	4	1,16
Centro-Oeste	DF	1	2	0	1	2	0,21
	GO	11	14	0	2	4	0,42
	MT	24	2	0	2	5	0,69
	MS	9	6	1	1	4	0,69
Sudeste	ES	7	8	0	1	3	0,44
	MG	81	46	8	12	20	0,67
	RJ	34	39	1	16	19	0,58
	SP	61	76	22	30	62	0,56
Sul	PR	35	27	2	8	22	0,74
	RS	65	37	0	15	24	1,01
	SC	43	13	2	6	11	0,87
<b>Brasil</b>		<b>780</b>	<b>420</b>	<b>55</b>	<b>132</b>	<b>263</b>	<b>0,68</b>

Dados de 2011

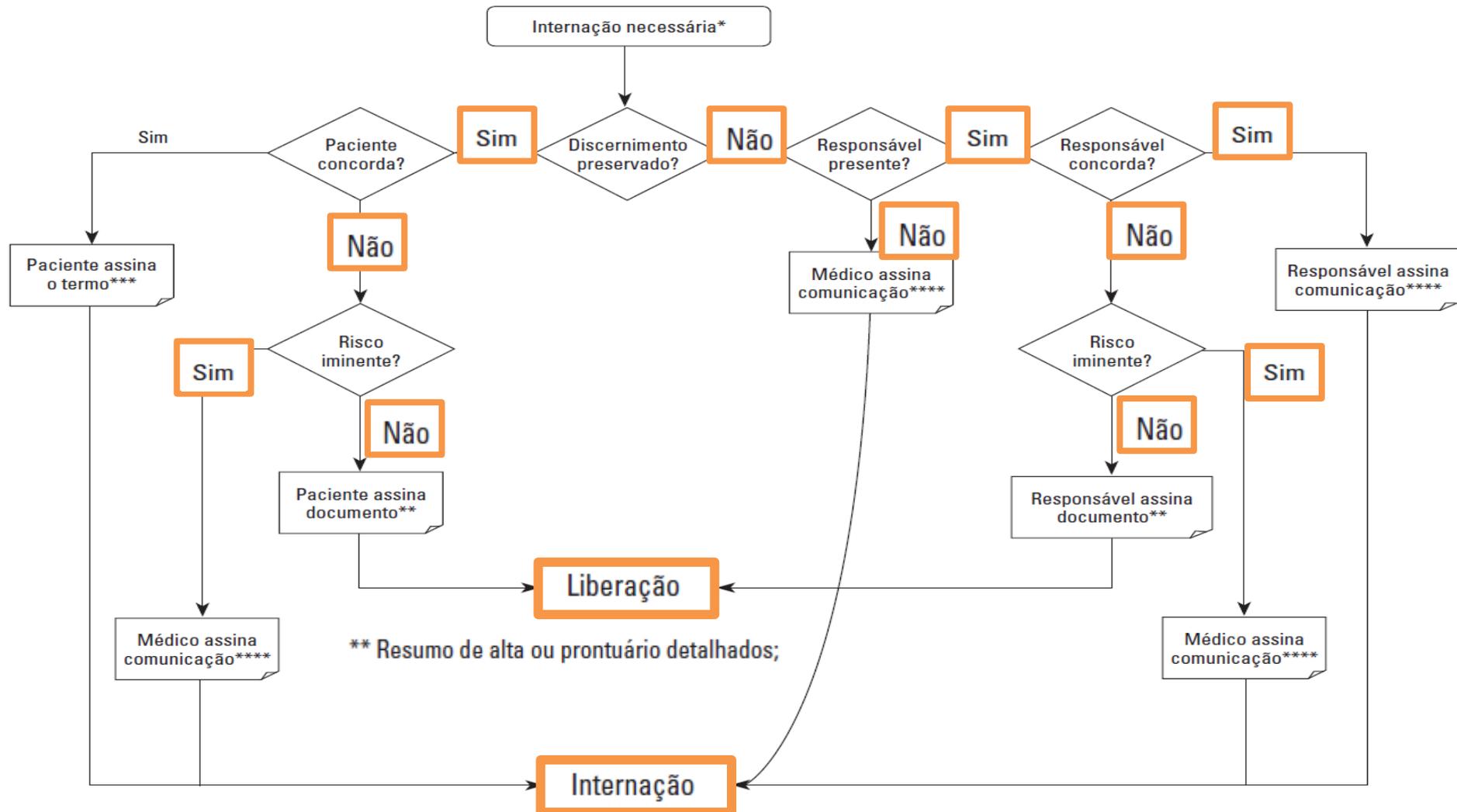
<sup>1</sup> Cobertura, segundo o Ministério da Saúde: muito boa (acima de 0,7), regular/boa (0,5 a 0,69), regular/baixa (0,35 a 0,49), baixa (0,2 a 0,34) e insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). <sup>2</sup> Não há dados disponíveis para esses estados.

Fonte: Ministério da Saúde, com dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

# Atualização Rápida

## Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil

Barros DM, Serafim AP / Rev Psiquiatr. 2009;36(4):175-7



**Tabela 1.** Condições que podem justificar internação involuntária e transtornos que ocorrem mais frequentemente

<b>Sintoma</b>	<b>Agressividade</b>	<b>Risco suicida</b>	<b>Promiscuidade sexual</b>	<b>Gastos excessivos</b>	<b>Intoxicação com risco de morte</b>	<b>Recusa alimentar</b>	<b>Não adesão ao tratamento</b>
Transtornos psicóticos	X	X	-	-	-	-	X
Mania	X	-	X	X	-	-	X
Depressão grave	-	X	-	-	-	X	-
Anorexia	-	X	-	-	-	X	X
Demência	X	-	-	-	-	X	X
Dependência química	X	-	-	-	X	-	X
Síndrome de abstinência	X	X	-	-	-	-	-

**Só são voluntárias as internações nas quais o paciente assina o termo de consentimento**

**Qualquer internação sem assinatura expressando o consentimento é involuntária**

**As internações determinadas judicialmente são chamadas compulsórias**

**A internação psiquiátrica deve ser sempre feita por um médico (não obrigatoriamente psiquiatra)**

**A internação involuntária pode ser encerrada por solicitação expressa da família**

**Em casos de risco iminente, a alta pode ser recusada**

## Tratamento de sintomatologia de natureza ansiosa:

Quadros de inquietação de natureza ansiosa respondem bem à administração de benzodiazepínicos por via oral. Um comprimido de diazepam 10mg ou clordiazepóxido 25mg pode ser eficaz. Casos de extrema agitação podem requerer a administração de benzodiazepínicos mais sedativos pela via intramuscular (midazolam 15mg).

## Tratamento de sintomatologia de natureza psicótica:

A presença de sintomas psicóticos (delírios paranoides, alucinações) pode desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da ação da cocaína). Agitações extremas, decorrentes desses sintomas, podem necessitar de sedação. Os benzodiazepínicos intramusculares (midazolam 15mg) são os mais indicados. O haloperidol 5mg pode ser utilizado nessas ocasiões. Neurolépticos fenotiazínicos, tais como a clorpromazina e a levomepromazina, devem ser evitados, pela redução significativa que provocam no limiar de convulsão.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DO MINISTRO**

**PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012**

Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Art. 1º Esta Portaria define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Art. 2º O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes:

IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;

V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e

VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DO MINISTRO**

**PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012**

Seção III

Da Equipe Técnica Multiprofissional

Art. 7º A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a gradação do número de leitos implantados, na seguintes proporção:

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de :

- a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.