



# Saúde mental

Alexandre de Araújo Pereira  
Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Colaboradores:  
Lourdes Aparecida Machado  
Marília Rezende da Silveira



# Saúde mental

Alexandre de Araújo Pereira  
Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Colaboradores:  
Lourdes Aparecida Machado  
Marília Rezende da Silveira

2ª Edição

Belo Horizonte  
Nescon UFMG  
2013

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

### **Universidade Federal de Minas Gerais**

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgeu Starling

#### **Pró-Reitoria de Pós-Graduação**

Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

#### **Faculdade de Educação**

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha

#### **Pró-Reitoria de Extensão**

Pró-Reitora: Ângela Imaculada de Freitas Dalben

#### **Faculdade de Medicina**

Diretor: Francisco José Penna

#### **Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)**

Coordenadora: Maria do Carmo Vila

#### **Faculdade de Odontologia**

Diretor: Evandro Neves Abdo

#### **Escola de Enfermagem**

Diretora: Marília Alves

#### **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)**

#### **Projeto Gráfico**

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

#### **Diagramação**

Ariana da Cunha Ferreira Paz

S255

Saúde mental / Alexandre de Araújo Pereira ... [et al.]. -- 2. ed. -- Belo Horizonte : NESCON/UFMG, 2013.  
80 p. : il. ; 22 x 27 cm.

Outros autores: Paula Cambraia de Mendonça Vianna, Marília Rezende da Silveira, Lourdes Aparecida Machado.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família.

ISBN:

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Saúde da Família. 4. Educação Médica. I. Mendonça, Paula Cambraia de. II. Silveira, Marília Resende da. III. Machado, Lourdes Aparecida. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

NLM: WM 140  
CDU: 613.86

# Sumário

<b>Apresentação dos autores.....</b>	<b>7</b>
<b>Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....</b>	<b>8</b>
<b>Apresentação da Unidade Didática II.....</b>	<b>9</b>
<b>Introdução ao módulo.....</b>	<b>11</b>
<b>Seção 1   Construção histórica, política e cultural do transtorno mental no Brasil.....</b>	<b>19</b>
Parte 1   Modelo de atenção em saúde mental.....	21
Parte 2   História da loucura - algumas considerações.....	24
Parte 3   Reforma Psiquiátrica Brasileira – breve relato.....	27
<b>Seção 2   A rede de atenção em saúde mental – o cuidado e a clínica.....</b>	<b>33</b>
Parte 1   A rede de atenção psicossocial.....	35
Parte 2   Cuidado em saúde mental.....	39
Parte 3   Epidemiologia dos transtornos mentais na atenção básica.....	45
Parte 4   Orientações para a avaliação de problemas de saúde mental na atenção básica.....	50
<b>Seção 3   Casos clínicos.....</b>	<b>57</b>
Caso 1   Somatização ou queixas somáticas inexplicadas.....	59
Caso 2   Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos.....	61
Caso 3   Transtorno depressivo com risco de suicídio.....	63
Caso 4   Dependência química com abstinência alcoólica.....	66
Caso 5   Transtorno psicótico.....	69
Caso 6   Transtorno mental na infância e adolescência.....	71
Caso 7   Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas.....	73

<b>Seção 4   Diretrizes clínicas</b> .....	<b>79</b>
Parte 1   Diretrizes de abordagem psicoterápica na atenção básica.....	80
Parte 2   Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes depressivas e síndromes ansiosas.....	84
Parte 3   Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica.....	89
Parte 4   Diretrizes gerais para o uso de contenção química.....	92
<b>Conclusão do módulo</b> .....	<b>95</b>
<b>Referências</b> .....	<b>99</b>
<b>Apêndice: leituras obrigatórias, leituras recomendadas, outras referências e endereços úteis na web</b> .....	<b>103</b>

# Apresentação dos autores

## Alexandre de Araújo Pereira

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psiquiatria pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Mestre em Educação Médica pela Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba. Fellow 2011 do Programa FAIMER Brasil. Docente da Faculdade de Medicina da Unifenas/Belo Horizonte. Coordenador de Saúde Mental de Sobral – CE (2001-2004), Referência Técnica de Saúde Mental de Betim – MG (2006–2008). Consultor em saúde mental e Atenção Básica.

## Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Enfermeira, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em Saúde Mental. Doutora em Enfermagem. Pró-Reitora Adjunta de Extensão da UFMG (2006-2010). Coordenadora do Curso de Educação Profissional (PROFAE) da Escola de Enfermagem da UFMG.

## Colaboradores

### Lourdes Aparecida Machado

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Referência Técnica em Saúde Mental da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

### Marília Rezende da Silveira

Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em Saúde Mental. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG e tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) ofertado pelo NESCON/UFMG.

# Apresentação do Programa Ágora

## Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores

dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

**Para informações detalhadas, consulte:**

Programa Ágora: [www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora)

Biblioteca Virtual: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)

# Apresentação da Unidade Didática II

## Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

**Para informações detalhadas consulte:**

CEABSF e Programa Ágora: [www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora)

Biblioteca Virtual: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)

# Introdução ao Módulo

## Saúde mental

A um saber consolidado e socialmente aceito durante séculos vem se contrapor um outro que desafia a norma instituída, por propor exatamente a desconstrução de todo um imaginário social erguido em torno do adoecimento psíquico. Esse movimento de desconstrução e construção e uma nova abordagem da saúde mental são os principais focos desta nossa conversa.

Inicialmente, retomamos a ideia de modelo de atenção à saúde, afirmando que os modelos propostos pela Reforma da Assistência Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária Brasileira redirecionam a atenção à saúde do hospital para a comunidade, desconstruindo saberes, propondo novas formas de assistência e reconhecendo a comunidade como o lócus preferencial de intervenção.

Teórica e politicamente, ambos os projetos têm se mostrado viáveis, mas é bastante provável que a realidade vivenciada pelas equipes de Saúde da Família no atendimento ao portador de transtorno mental é permeada por inquietações, indagações e, muitas vezes, pela dificuldade em intervir de forma eficiente no cuidado a esse grupo populacional. É por isso que julgamos importante propiciar uma reflexão sobre o cotidiano do atendimento em saúde mental nessas equipes. Contudo, para chegar a esse cotidiano, entendemos ser necessário percorrer um caminho que resgate um pouco da história da loucura e os novos dispositivos de atenção preconizados pela **Reforma da Assistência Psiquiátrica**. Procuraremos construir, junto com você, um conhecimento que possibilite a efetividade e a resolubilidade das ações de saúde mental na Atenção Básica.

Como forma de discutir os problemas de saúde mental mais significativos e prevalentes na população, optamos por apresentar algumas

situações clínicas em diferentes circunstâncias da Atenção Básica. Além disso, você terá a oportunidade de discutir situações reais, de seu território de atuação.

Não pretendemos, em momento algum, impor um conhecimento pronto, sem possibilidades de diálogo. O seu cotidiano, as interações entre os membros da equipe, as possibilidades de atenção ao portador de transtorno mental na Atenção Básica e as políticas sociais vigentes em seu município devem ser considerados os princípios estruturadores de qualquer proposta de trabalho.

Para atingir nossos objetivos, utilizamos metodologia baseada na problemática da realidade identificada pela equipe, tendo como referência o atendimento em saúde mental, como visto no módulo “Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde”. Tal concepção pedagógica parte do princípio de que o aluno é sujeito ativo no seu processo de ensino-aprendizagem, e o seu cotidiano de trabalho é ponto de partida para a construção do conhecimento, num ato de aproximações sucessivas ao objeto a ser apreendido. Importante salientar que todos nós aprendemos por meio do nosso referencial de vida, da nossa inserção na cultura e nas relações estabelecidas com os demais atores sociais. O saber não se apresenta pronto, pois ele se manifesta em contínua transformação e atualização.

Além disso, em saúde mental raramente existe apenas uma conduta correta a ser tomada diante de um problema concreto. A diversidade dos sujeitos implicados, seus contextos e limitações de recursos é que vão definir as medidas possíveis a serem adotadas. Esperamos que o estudo deste módulo forneça um norteamento ético e ferramentas básicas que auxiliem a tomada de decisões em diversas situações.

Envolver a equipe de Saúde da Família nas discussões sobre o tema pode ser entendido como uma forma de reorganizar a atenção em saúde mental em sua comunidade, com vistas a garantir o cuidado efetivo e com qualidade, sustentado na autonomia e na habilidade do portador de transtorno mental.

Devemos lembrar ainda que organizar a saúde mental no território implica uma ação de cuidado que extrapola o seu campo específico de atuação. É importante considerarmos a saúde mental não como área de especialidade, mas como campo de atuação, já que não podemos afirmar que haja produção de saúde e qualidade de vida sem que psicicamente estejamos minimamente estruturados. Além disso, devemos considerar que em todo processo de adoecimento humano o componente emocional

/ subjetivo está presente e pode influir de forma significativa nos desfechos do processo saúde-doença. Por isso mesmo, o Módulo de Saúde Mental do Ágora estabelece várias conexões com outros módulos do programa, ao longo dos ciclos de vida.

Para facilitar a identificação dessas importantes conexões, sintetizamos nos quadros abaixo os temas de outros módulos que podem ser úteis na abordagem em saúde mental já que complementam os conteúdos deste módulo:

### Quadro 1 – Ciclos de vida e saúde mental

Saúde do Adolescente	Saúde do Adulto	Idoso
A entrevista e o manejo clínico do adolescente por parte do profissional de saúde	Método clínico centrado na pessoa	Intoxicação e manejo de psicofármacos em idosos
Principais problemas de saúde mental do adolescente	Cuidados paliativos	Depressão, demência, delirium e insônia.
Orientações gerais sobre problemas comportamentais e emocionais nos adolescentes	Deteção e aconselhamento de problemas com álcool	Casos para reflexão clínica
Casos para reflexão clínica	Dor crônica, depressão, estresse, usuários poliquêixosos.	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2013.

### Quadro 2 - Conexão de módulos afins com a saúde mental

Educação física	Família	Saúde da mulher
Prevenção de situações de risco na infância e na adolescência	Mudanças, adaptações e estágios dos ciclos de vida.	Mulheres vítimas de violência
Identificação e abordagem de problemas comportamentais na infância e na adolescência	Ferramentas de abordagem familiar	
Violência sexual na infância e na adolescência	Situações de vulnerabilidade familiar	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2013.

Este módulo é composto de quatro seções. A primeira apresenta revisão teórica que procura fundamentar as ações de saúde mental realizadas em seu território. A segunda discute as situações clínicas de

mais ocorrência na Atenção Básica, o diagnóstico e as estratégias de atenção em saúde mental. Na seção 3, serão discutidos casos clínicos e, na seção 4, disponibilizaremos algumas orientações técnicas em saúde mental comumente utilizadas na Atenção Básica.

A seguir, o detalhamento destas seções.

Seção 1 – Construção histórica, política e cultural do transtorno mental no Brasil.

Parte 1 – Modelo de atenção em saúde mental.

Parte 2 – História da loucura - algumas considerações.

Parte 3 – Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira – breve relato.

Seção 2 – A Rede de Atenção em Saúde Mental – o cuidado e a clínica.

Parte 1 - Rede de atenção em saúde mental.

Parte 2 – Cuidado em saúde mental.

Parte 3 – Epidemiologia dos transtornos mentais na Atenção Básica.

Parte 4 – Orientações para avaliação de problemas de saúde mental na Atenção Básica.

Seção 3 - Casos clínicos.

Caso 1 - Somatização ou queixas somáticas inexplicadas.

Caso 2 - Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos.

Caso 3 - Transtorno depressivo com risco de suicídio.

Caso 4 - Dependência química com abstinência alcoólica.

Caso 5 - Transtorno psicótico.

Caso 6 - Transtorno mental na infância e na adolescência.

Caso 7 - Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas

Seção 4 – Diretrizes clínicas.

Parte 1 - Diretrizes de abordagem psicoterápica na Atenção Básica.

Parte 2 - Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas.

Parte 3 - Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica.

Parte 4 - Diretrizes gerais para o uso de contenção química.

É importante que você desenvolva as atividades na sequência proposta, realizando-as todas e discutindo sempre, qualquer dúvida, com o seu tutor. Esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

- Discorrer sobre o processo histórico da atenção à saúde mental no Brasil;
- Relacionar os princípios e objetivos da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil;
- Discorrer sobre as políticas e o modelo assistencial para a saúde mental preconizados pelo SUS;
- Sugerir ações que contribuam com uma proposta assistencial voltada para a atenção comunitária;
- Compreender o conceito de transtorno mental, suas principais causas, sua prevalência na comunidade e a importância de seu tratamento;
- Construir o diagnóstico da atenção à saúde mental de sua área de atuação, enfocando as políticas de saúde mental existentes, os recursos humanos e materiais disponíveis, os equipamentos de atendimento e os casos mais prevalentes;
- Identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação;
- Planejar ações estratégicas para a atenção em saúde mental em seu território, tendo como referência os princípios da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira.

Considerando a especificidade da atuação de cada profissional, julgamos adequado estabelecer os seguintes objetivos:

**Médico:**

- Saber diagnosticar precocemente e instituir tratamento psicofarmacológico e/ou psicossocial inicial aos transtornos mentais mais frequentes na clínica geral: ansiedades, depressões, somatizações, reações agudas ao estresse, dependência química, além da crise psicótica e abordagem do suicídio.
- Delegar a outros técnicos da sua equipe as tarefas correspondentes às suas capacidades.;

- Encaminhar para os serviços especializados os usuários que necessitem de investigação diagnóstica mais complexa ou não responderem bem ao tratamento instituído inicialmente pela Atenção Básica.;
- Gerenciar a situação clínica do usuário, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.;
- Organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde.;
- Realizar prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.

**Enfermeiro:**

- Saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação.;
- Conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais; instituir tratamento não -farmacológico, quando indicado.;
- Gerenciar a situação clínica do usuário, em conjunto com o médico, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.;
- Organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde.;
- Capacitar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e outros agentes de saúde de nível médio no acompanhamento a usuários com transtornos mentais.;
- Fazer prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.

**Cirurgião-dentista:**

- Saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação.;
- Conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais.;
- Instituir abordagem “Não farmacológica”, quando indicada, em conjunto com o médico de família e o enfermeiro.;

- Gerenciar a situação clínica do usuário, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; .
- Organizar a assistência à saúde bucal dos portadores de transtorno mental na unidade de saúde.
- Capacitar e supervisionar técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal no acompanhamento a usuários com transtornos mentais.;
- Fazer prevenção de doenças bucais e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.

### **Educador Físico**

- Planejar e executar atividades físicas com os usuários de transtorno mental.
- Instituir ações de promoção de saúde e de lazer.
- Saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação.;
- Conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus efeitos colaterais.;
- Instituir abordagem “Não farmacológica”, quando indicada, em conjunto com o médico de família e o enfermeiro.;
- Gerenciar a situação clínica do usuário, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.;
- Realizar prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.



# Seção 1

Construção histórica, política e cultural do transtorno mental no Brasil.

Discutiremos, inicialmente, alguns conceitos que consideramos fundamentais para que você se sinta apto a construir o mapa contextual de saúde mental do seu território. Concomitantemente, procuraremos contribuir com a construção de seu mapa conceitual, ressaltando algumas palavras ou expressões em negrito.

Entendemos que a compreensão desses conceitos e a análise da realidade da atenção em saúde mental no seu território são fundamentais para que sejam discutidas e elaboradas estratégias de intervenção. Iniciamos, portanto, pela discussão do modelo de atenção em saúde mental.

Ao final desta seção, a nossa expectativa é de que você seja capaz de demonstrar que alcançou os seguintes objetivos:

- Discorrer sobre o processo histórico da atenção à saúde mental no Brasil.
- Relacionar os princípios e objetivos da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil.
- Discorrer sobre as políticas e o modelo assistencial para a saúde mental preconizados pelo SUS.
- Compreender a multicausalidade do adoecimento psíquico.
- Sugerir ações que contribuam com uma proposta assistencial voltada para a atenção comunitária.

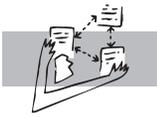
## Parte 1

# Modelo de Atenção em Saúde Mental

Todo modelo de atenção em saúde mental estabelece intermediações entre o aspecto técnico e o político e nele devem estar presentes os interesses e as necessidades da sociedade, o saber técnico, as diretrizes políticas e os modos de gestão dos sistemas públicos. Isso implica um processo de contínua criatividade voltado para as necessidades mutáveis dos usuários, para as características sociorregionais e para o oferecimento dos serviços. Para Merhy (1991, p. 84), “ao se falar de **modelo assistencial** estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”.

É por meio da definição de um modelo assistencial que elaboramos as ações de saúde a serem desenvolvidas, delimitamos o seu universo de atendimento, traçamos o perfil dos profissionais e os objetivos a serem alcançados. O modelo é, portanto, a mola mestra para a organização e o direcionamento das práticas em saúde. **Caso sinta necessidade, reveja o mapa conceitual que você elaborou para o Módulo 2 – Modelo assistencial e Atenção Básica à saúde.**

Em saúde mental, precisamos saber, por exemplo, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e a de seus familiares, se a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada, se há o compromisso do município de promover ações intersetoriais possibilitando novas formas de inserção sociofamiliar, etc. Esses são alguns aspectos que caracterizam o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que, também, contemplam os princípios propostos pelo Movimento da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira.



## Atividade 1

Com o intuito de introduzi-lo nas políticas de saúde mental e modelos assistenciais preconizados hoje pelo SUS, leia os capítulos 2 e 3 da linha-guia “Atenção à Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

O texto está disponível na plataforma do curso e no site <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>>. Após a leitura, **escreva um texto que caracterize o modelo de atenção à saúde mental de seu município**. Para auxiliá-lo, propomos as seguintes perguntas orientadoras:

1. Quais são os princípios que norteiam o modelo de atenção adotado em seu município?
2. O hospital psiquiátrico ainda tem papel relevante a cumprir? Se positivo, em quais circunstâncias?
3. Quais são os dispositivos existentes em seu município para a atenção em saúde mental de usuários graves em crise? Esses dispositivos são resolutivos e atendem o usuário dignamente?
4. Qual é o papel da Atenção Básica no modelo proposto em seu município?

Consulte, no cronograma da disciplina, os encaminhamentos solicitados.

Na sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais difícil praticar a ciência na certeza da estabilidade e do enquadramento. Somos, cada vez mais, propensos a entender os fenômenos de nossa vida cotidiana como algo em constante transformação e movimento.

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem sua origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual nos direciona, com mais frequência, a percorrer caminhos diversos: o social, cultural, biológico, econômico e psíquico. Entretanto, ainda existe a tendência a buscarmos a causa biológica como o fator desencadeante da maioria das doenças em detrimento de outras causas de igual importância. Mas podemos afirmar que qualquer doença só pode ser entendida quando inserida na sociedade em que ocorre, considerando a classe social do indivíduo.

Não podemos reduzir a saúde mental à ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Ela fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar com autonomia pela vida. Nesse sentido, Merhy (1998, p. 40) afirma que a saúde “é um valor de uso para o usuário, que a representa como algo útil por lhe permitir estar no mundo e poder vivê-lo de um modo autodeterminado e dentro de seu universo de representações”.

### Pense nisto...

Explicar a origem e o curso da doença referenciando-os apenas no biológico é fechar os olhos para a inserção do sujeito na cultura e nas redes de relações sociais das quais participa como produtor e como produto.

Todo estado de saúde e doença é determinado, portanto, pela cultura na qual o sujeito se insere. Para Foucault (1978, p. 186), “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”. Portanto, a maneira como entendemos e lidamos com a **saúde e o transtorno mental** está inscrita no mundo social-histórico e é definida pela cultura e legitimada pelo senso comum. Nas relações que o sujeito mantém com o seu grupo e classe social é construída uma rede de significados que apontam a saúde e a doença como construções de sua cultura.

#### **Dicas para delimitar o mapa contextual de Saúde Mental no seu território**

Partindo da premissa de que o adoecimento psíquico é geralmente multicausal, ou seja, é resultante de fatores biológicos, sociais, culturais, é fundamental que a equipe de Saúde da Família conheça bem a comunidade onde atua. Nesta atividade, queremos que você sistematize o conhecimento que tem sobre a sua comunidade. Para tanto, faça um texto descrevendo-a de forma sucinta. Para ajudá-lo, sugerimos as seguintes perguntas norteadoras:

1. Trata-se de uma comunidade mais fechada ou aberta aos que veem de fora?
2. Mais liberal ou conservadora em relação aos seus valores?
3. Como se organizam os núcleos familiares, amplos ou pequenos?
4. Trata-se de uma comunidade pacífica ou com altos índices de violência?
5. Como está o desenvolvimento socioeconômico?
6. Como é o nível educacional das pessoas?
7. Há fatores ambientais e de trabalho que possam comprometer a saúde mental das pessoas?
8. Você e sua equipe conseguem estabelecer relações entre o adoecimento psíquico da população e os elementos de risco e a vulnerabilidade identificados? Como e quais são essas relações?

## Parte 2

# História da loucura - algumas considerações

Na época da criação do hospital psiquiátrico, buscou-se transferir o cuidado aos doentes mentais dos hospitais gerais para essas instituições, saneando a cidade e excluindo aqueles incapazes de participar do processo capitalista vigente. A criação do hospital psiquiátrico teve como funções essenciais o tratamento médico – que reorganizaria o louco como sujeito da razão – promovendo o enquadramento das pessoas em um padrão de conduta socialmente aceita.

Dessa maneira, o velho hospital psiquiátrico traz para dentro de si as contradições e as desigualdades de uma sociedade que busca a uniformização do social, o ideal de normalidade para sobreviver. Nessa instituição, o sujeito é despido das concepções existentes no mundo exterior e no seu mundo doméstico. Passa a existir o mundo institucional, com suas leis, normas, privilégios e castigos.

A admissão em uma **instituição total** é marcada por significativa mutilação do sujeito. Despojado de seus bens, de suas vestes e de sua identidade, o internado passa a ser mais um no meio de tantos outros e aprende a conviver com um anonimato forçado, que lhe tira a voz e o poder de decisão. Daí para frente, seu destino será traçado pelos dirigentes da instituição, sem qualquer preocupação com a singularidade de cada um, pois existe, nas instituições totais, uma norma racional única.

Goffman (1992, p. 11) define uma **instituição total** como “um local de residência e trabalho onde um elevado número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”.

Para esse autor, são características dessas instituições: o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a separação física e psíquica do internado com o mundo exterior; a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados pelo internado; a restrição na transmissão de informações pela equipe dirigente; a grande distância social entre internados e dirigentes; a renúncia do internado à sua vontade em favor dos interesses da instituição; e, sobretudo, a detenção do poder pela equipe dirigente. Podemos citar como instituições totais os hospitais psiquiátricos, os asilos, os campos de concentração, as prisões e os conventos.

A intimidade do internado é frequentemente violada pela presença do outro, pois ele nunca está completamente sozinho, está sempre em posição de ser visto por alguém. Os quartos e banheiros que não se trancam, o uniforme que marca o poder institucional sobre a pessoa, a impossibilidade de estar só, o compartilhamento de um espaço com pessoas nunca antes vistas são exemplos da violação da liberdade e da autonomia do internado.

As atividades mais corriqueiras, como barbear-se, ir ao banheiro, a liberdade de ir e vir e o uso de talheres para se alimentar, são restritas ao poder de outras pessoas que podem ou não lhe fornecer os instrumentos necessários para a realização dessas atividades. A vida do internado é norteadada por uma sanção vinda de cima e, dessa maneira, violenta-se a autonomia do ato.

O tempo institucional “tem um significado diferente do tempo aqui fora. O relógio do tempo interno são as tarefas da enfermagem, a alimentação, as restrições e as permissões” (MIRANDA, 1994, p. 129). O tempo, portanto, é organizado para atender às necessidades da instituição e não às do doente. A rotina organizada possibilita que a equipe dirigente tenha total controle da instituição e não venha a se sentir ameaçada pelos “incidentes” que possam surgir.

Nesse sentido, a criação da categoria de transtorno mental, no século XVIII:

Traria consigo, como uma marca congênita, o movimento da exclusão. Através dela, a psiquiatria teria oferecido uma solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente: como conciliar os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não são iguais, nem livres, são aliens, alienados (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 118).

### Glossário

**Exclusão** implica a ruptura dos vínculos sociais nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da família, da política, da cultura, ou seja, rompem-se os vínculos que conferem ao indivíduo a sua identidade social.

### Para saber mais...

Para melhor compreensão de como funcionava o hospital psiquiátrico antes da Reforma da Assistência Psiquiátrica, sugerimos que você assista ao curta-metragem – “Em nome da Razão” – do cineasta Helvécio Raton. Trata-se de um documentário importante, de muita repercussão artística e social, produzido no final da década de 1970. A instituição total abordada é o Hospital Colônia de Barbacena. Essa instituição, atualmente, encontra-se bastante diferente do que é mostrada no filme, fruto de um intenso movimento de reforma do modelo assistencial ocorrido naquela cidade nos últimos 30 anos. Esse vídeo está disponível na biblioteca virtual do curso.

Para Escorel (1999, p. 81):

A exclusão social significa o não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum topos social, uma existência limitada à sobrevivência singular e diária [...] a ausência de lugar envolve uma “anulação” social, uma diferença desumanizadora, que reveste seu cotidiano com um misto de indiferença e hostilidade.

A autora define as unidades de pertencimento como unidades sociais que constituem os âmbitos de referências materiais e simbólicas dos indivíduos. Seriam constituídas por um grupo social no qual o indivíduo se percebe como integrante, identificando-o como um lugar “seu”.

Para a mesma autora (1999, p. 260), “a exclusão social só é reconhecida por aquilo que não é, só é definida por aquilo que lhe falta”. No caso do transtorno mental, a falta atrela-se à razão, à vontade, à produção. Assim, a reabilitação psicossocial do doente mental só será possível se constarmos que os loucos “não têm qualquer dívida para com a nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade” (BIRMAN, 1992, p. 88).

As políticas de saúde são criadas para minorar as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços que existem em nosso país. No Brasil, a segregação e exclusão social marcaram a assistência psiquiátrica até o fim da década de 70. Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde mental têm sido norteadas pela busca da cidadania, pelo resgate da autonomia e pela igualdade social do portador de transtorno mental. Para tanto, a participação de profissionais de saúde no movimento pela Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira foi fundamental, como veremos adiante.

## Parte 3

# Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira breve relato

No final da década de 1970, foi organizado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No seu início, o MTSM busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados seja nas denúncias ao modelo oficial, de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico, seja na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização (AMARANTE, 1996, p. 15).

Inspirado pelo modelo de reestruturação psiquiátrica italiana, o MTSM buscou:

Constituir-se em espaço de luta não- institucional, em lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformações psiquiátricas, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 58).

É importante frisar que a Reforma da Assistência Psiquiátrica surgiu no bojo da Reforma Sanitária, a qual lhe deu sustentação política. Com o passar do tempo, a **Reforma da Assistência Psiquiátrica** organizou-se como um movimento social independente que incluiu em seus princípios “o desenho de um novo modelo de serviços que tem como premissa fundamental a cidadania do usuário do serviço” (BARROS, 1996, p. 1).

Essa luta pela cidadania necessita de redefinição política e ética do espaço público que garanta o direito à diferença pautada no direito de não sermos iguais uns aos outros, de termos nossas próprias indagações, escolhas e projetos; direito a sermos sujeito.

Corroborando essa afirmação, Saraceno (1999, p. 18) afirma que “a cidadania do usuário psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais; e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível”.

#### **Em síntese...**

Foi na década de 1970 que se consolidou o movimento denominado Reforma Sanitária, caracterizado não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos nela envolvidos, mas, ainda, por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente, marcado pelo caráter centralizador, de nível federal, e por um modelo hospitalocêntrico de atenção. Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, esse movimento social intensificou-se e a discussão sobre o projeto da Reforma Sanitária criou vulto.

As principais propostas do **Movimento da Reforma Sanitária**, explicitadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde – universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social –, foram incorporadas ao texto Constitucional nos artigos 194 a 196 e regulamentadas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS pode ser definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988” (SILVA, 1999, p. 11). Esse sistema, portanto, define normas, princípios e diretrizes para a atenção à saúde em todo o país, inclusive na área de saúde mental.

O movimento preconizado pela Reforma da Assistência Psiquiátrica vem cumprir um importante papel nas transformações ocorridas na assistência prestada ao doente mental. Esse movimento é definido por Amarante (1995, p. 91) como “o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

A atual **Reforma da Assistência Psiquiátrica** vem se contrapor ao modelo hegemônico de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente mental. Rompendo paradigmas, criando novas formas de convivência com a loucura, buscando a transformação da realidade assistencial, inserindo novos atores em sua história, ela surge desestabilizando e criticando o modelo dominante da assistência na área da saúde mental. Contudo, apesar das várias inovações nos modos de tratar e cuidar do doente mental, o hospitalocêntrico de atendimento ainda é o modelo de assistência hegemônico existente no Brasil. Reorientar esse modelo de atenção para fora dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes, criando novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade torna-se um grande desafio.

A superação do aparato manicomial implica, sobretudo, a desestruturação de velhos fazeres e saberes sobre a loucura, no aprendizado do novo, na possibilidade da convivência, no estar fora. O caminho é longo e requer analisar as diferenças e as reais condições socioeconômicas e afetivas existentes em cada família, em cada comunidade.

Percebemos, hoje, no país, desenvolvimento desigual das ações propostas pela Reforma da Assistência Psiquiátrica nas diferentes regiões brasileiras, mas já fica evidente um modelo de atenção centrado cada vez menos no hospital psiquiátrico. Os serviços não hospitalares cresceram sobremaneira na última década, apesar de ainda serem insuficientes para atender à demanda existente. A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental tem como diretriz a “implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO *et al.*, 2001, p. 10).

Além dos serviços governamentais, as organizações não governamentais se apresentam como recursos comunitários valiosos para a saúde mental, trazendo soluções inovadoras no âmbito local. Elas se mostram, muitas vezes, mais sensíveis às realidades dos municípios do que os programas de governo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Desviat (1999, p. 150) enfatiza que a originalidade da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira, em relação às reformas que aconteceram em outros países, “está na forma de integrar no discurso

### Para refletir...

O processo de elaboração de uma política de saúde mental deve incluir diferentes interessados (usuários, familiares, profissionais), fixando prioridades e definindo objetivos de acordo com as necessidades identificadas na comunidade e estabelecendo os recursos disponíveis. Esse levantamento das necessidades da comunidade deve:

- a) identificar os determinantes psicossociais dos transtornos psíquicos;
- b) realizar o levantamento dos recursos e dos serviços existentes;
- c) detectar os grupos vulneráveis que apresentam necessidades especiais de assistência em saúde mental (crianças, idosos, adolescentes, mulheres).

### Pense nisto...

Embora o estigma e a discriminação acerca do transtorno mental tenham origem na comunidade, não podemos nos esquecer de que essa mesma comunidade pode se transformar em importante recurso para a reabilitação psicossocial do doente mental.

O papel da comunidade pode variar da promoção do esforço individual e da ajuda mútua ao exercício de pressão em prol de mudanças na atenção e nos recursos para a saúde mental, ao desenvolvimento de atividades educativas, à participação na monitoração e avaliação da atenção e à advocacia em prol de mudanças de atitudes e redução do estigma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001, p. 136).

civil, na consciência social a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais". Não basta, portanto, desconstruir espaços, criar novos espaços, mas, sobretudo, inventar novas formas de lidar, conviver e tratar a loucura na cidade, nos bairros, nas ruas, nas escolas, nas famílias. Enfim, em todos os lugares que dizem respeito ao sujeito e à sua vida.

Segundo Desviat (1999), alguns problemas têm dificultado o processo de desinstitucionalização do doente mental. Esses problemas variam em grau de dificuldade conforme os países e as regiões, mas podem ser considerados comuns ao movimento em todo o mundo. São eles:

- Os recursos econômicos têm sido insuficientes para o desenvolvimento dos programas comunitários.
- A saída dos usuários dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pela equivalente transferência de verbas para a criação dos serviços não hospitalares que vêm acontecendo em ritmo lento, devido, sobretudo, à crise de financiamento do sistema de saúde. A desativação dos leitos hospitalares não se faz acompanhar da alocação eficiente de equipamentos extra-hospitalares.;
- Os programas de saúde mental comunitária não foram projetados para atender aos usuários crônicos dos hospitais psiquiátricos. Acreditou-se, no início da reforma, que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício e com o tratamento na comunidade. Entretanto, o que se observou foi a manutenção de um núcleo rígido, resistente aos programas de reabilitação e carente de um meio protegido de vida, que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma moradia assistida.
- A sociedade não está preparada para receber os usuários desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos usuários e muito poucos para a modificação das crenças e dos preconceitos da sociedade em relação ao doente mental.

- O planejamento é deficiente e inexistente uma gestão unificada dos recursos públicos. É importante salientar que a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira não vai acontecer de forma semelhante em todas as regiões de um país com imensas desigualdades sociais, econômicas, culturais e profissionais. Certamente, os serviços não hospitalares estarão alocados, em maior quantidade, nas regiões mais ricas do país.
- Os serviços sociais e os recursos alternativos, que centram suas ações nas necessidades mutáveis dos usuários, são carentes.

## Resumindo

Até o momento, discutimos sobre o modelo assistencial calcado no tratamento em instituições de perfil totalitário e a forma de abordar o binômio saúde–transtorno mental que gerou, ao longo de um século e meio, a exclusão social de uma parcela significativa dos portadores de transtornos mentais. Verificamos, também, que nos últimos 30 anos o Brasil tem construído um novo modelo assistencial calcado na desinstitucionalização dos usuários asilados e na promoção da inclusão social. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma da Assistência Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação das políticas públicas que alicerçam os novos paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.



# Seção 2

A Rede de Atenção em Saúde Mental –  
O cuidado e a clínica

Nesta seção, apresentaremos algumas ferramentas práticas para que você, juntamente com sua equipe, possa atuar resolutivamente no enfrentamento dos principais problemas de saúde mental do seu território. Além da introdução de conceitos que sustentam a atividade clínica propriamente dita, serão apresentados cinco casos clínicos de natureza complexa, que nos permitirão discutir as dificuldades mais comuns no atendimento aos usuários com demandas psicossociais na Atenção Básica. Embora num primeiro momento os casos possam parecer difíceis de resolver, já que eles podem conter mais de um problema de saúde mental, os textos de apoio possibilitarão a você construir propostas de atuação compatíveis com a realidade local.

Ao final desta seção, a expectativa é de que você seja capaz de demonstrar que alcançou os seguintes objetivos:

- Compreender como está organizada a Rede de Atenção em Saúde Mental.
- Compreender o conceito de transtorno mental, suas principais causas, sua prevalência na comunidade e a importância de seu tratamento.
- Identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação.
- Construir o diagnóstico de saúde mental de sua área de atuação, enfocando as políticas de saúde mental existentes, os recursos humanos e materiais disponíveis, os equipamentos de atendimento e os casos mais prevalentes.
- Planejar ações estratégicas para a atenção em saúde mental em seu território, tendo como referência os princípios da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira.

## Parte 1

# A rede de atenção psicossocial

A construção da Rede de Atenção Psicossocial apresenta-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos não só em ações de saúde, mas também no âmbito de construções coletivas entre o poder público, os trabalhadores e as instâncias de controle social. A gestão, orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde e pelas diretrizes da Reforma da Assistência Psiquiátrica, tem como eixo estratégico o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) com a meta de oferecer e prestar atendimento clínico ao usuário com transtorno mental em crise, atenção diária, evitando internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos. Esse dispositivo de atenção tem valor estratégico para a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira e hoje se configura como espaço central na assistência ao usuário com transtorno mental em crise.

Outros dispositivos assistenciais se apresentam como eixos complementares para efetivar o cuidado, como, a articulação necessária com as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência e Grupos de Produção e Geração de Renda, as Residências Terapêuticas, a retaguarda em Hospitais Gerais (noturna/feriados/finais de semana), a implantação do Programa de Volta Para Casa e construção de ações intersetoriais que tem se revelado como algo de grande valia no fortalecimento dessa rede.

Hoje a rede de Atenção Psicossocial, segundo normas ministeriais, está constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção Básica em Saúde;
- II. Atenção Psicossocial Especializada;
- III. Atenção de Urgência e Emergência;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V. Atenção Hospitalar;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII. Reabilitação Psicossocial.

**Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial**

### Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde,
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família,
- Consultório na Rua,
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
- Centros de Convivência e Cultura

### Atenção Psicossocial Especializada

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades : CAPS Geral, Caps AD (Álcool e Drogas) e CAPSi (Infantil)

### Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192,
- Sala de Estabilização
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básica de Saúde

### Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em Hospital Geral
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas

### Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
- Programa de Volta para Casa (PVC)

### Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL, 2011.

Esta rede de serviços articulados entre si segue uma lógica diversa do hospital psiquiátrico, buscando a liberdade, a participação social e a cidadania de seus usuários. Os portadores de transtorno mental devem ter, como todas as pessoas, uma trajetória de vida no espaço social e sua inserção deverá ser na Atenção Básica.

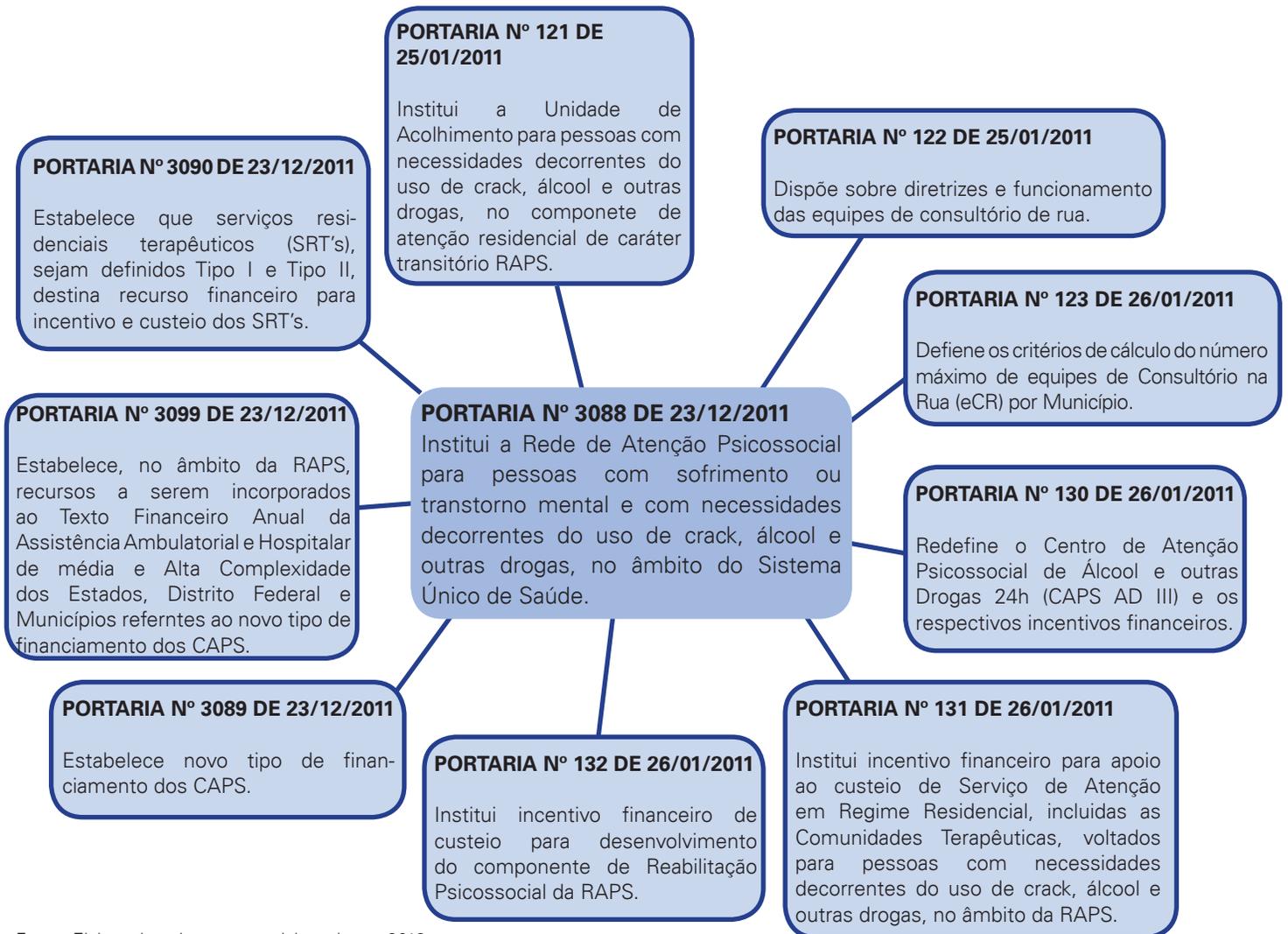
**Figura 2 – Atenção Básica, instância coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial .**



Fonte: Coordenação da Saúde Mental/SES/MG (2009)

Precisamos ainda estar atentos à nova portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde e seus desdobramentos conforme diagrama da página seguinte:

**Figura 3 - Portarias que instituem a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.**



Fonte: Elaborada pelo autor e colaboradores, 2013.

## Parte 2

# Cuidado em saúde mental

Consideramos fundamental, neste momento, discutir as várias concepções de **cuidado** que existem em nossos serviços de saúde.

Alguns dicionários de filologia informam que a palavra “cuidado” origina-se de cura, que se escrevia em latim *coera*, e era utilizada para descrever um contexto de relações de amor e amizade marcadas por atitudes de atenção, desvelo e preocupação com um objeto ou pessoa querida. Outros estudiosos derivam a palavra “cuidado” de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, que tem o mesmo significado de cura: pensar, colocar atenção, mostrar interesse, desvelo e preocupação. Para Boff (2000, p. 91-92),

[...] o cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Neste sentido, entendemos que a palavra “cuidado” carrega duplo significado.

Cuidado, no sentido de alerta, o sinal vermelho do semáforo. Perigo de, na relação com o outro, no movimento de sair de si mesmo, ir ao encontro do outro, perder-se. Um outro sentido desloca a palavra cuidado para a maternagem, para o aconchego do colo, da relação amorosa/afetiva, do acolhimento que, no geral, só um ser humano pode dispensar ao outro (ROSA, 2001, p. 56).

O ato de cuidar adquire características diferentes em cada sociedade e é determinado por fatores sociais, culturais e econômicos. Esses fatores vão definir os valores e as condições em que se processa o ato cuidador.

### No dia a dia...

O cuidar em família, a busca de estratégias e alternativas para a sua sobrevivência, a divisão de tarefas, o acatamento ou não às normas que são impostas pela sociedade à família realçam a importância da participação desta no processo de inclusão social do doente mental.

Podemos afirmar que cuidar é basicamente um ato criador, atento, perspicaz às necessidades e singularidades de quem o demanda. O cuidado é único e é sempre dirigido a alguém. Não existem fórmulas mágicas para o ato do cuidar e sim a invenção, o jogo de cintura, a busca de possibilidades várias. No cuidar, avista-se o outro.

A assistência a transtorno mental, em toda a sua história, sempre registrou a impossibilidade da família de estar junto, conviver com o doente mental e cuidar dele. Tratar do doente mental significou, durante décadas, o afastamento do convívio social e familiar. Transformar, recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e o doente mental não é tarefa das mais fáceis. Existe o pronto, o universalmente aceito, a delegação do cuidado a outrem, que revelam as incapacidades de lidar com a loucura, de aceitar novos desafios e de se aventurar em caminhos não trilhados.

Existem, portanto, maneiras diferentes de entender o ato cuidador. Para alguns, cuidar pressupõe somente a presença de uma instituição, ou seja, o hospital psiquiátrico. Porém, para cuidar não precisamos isolar, retirar o sujeito de seu âmbito familiar e social. O ato cuidador, em nosso entender, vai mais além. Ele faz emergir a capacidade criadora existente em cada um, ressalta a disponibilidade em se lançar, em criar novas maneiras de conviver com o outro em suas diferenças. Isso não significa que no manejo da crise possamos prescindir de ajuda especializada e acesso aos serviços de saúde. Eles são, sem dúvida, o grande suporte que o familiar necessita para poder cuidar.

Por outro lado, nos serviços de saúde o **ato cuidador** pode ser definido como um:

Encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo de necessidades/direitos. Neste jogo, o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca neste processo o seu mais importante valor de uso, a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde (MERHY, 1998, p. 4).

A forma como o serviço se organiza para responder às necessidades do usuário está diretamente relacionada à sua qualidade. Saraceno (1999, p. 95) define um **serviço de alta qualidade** como aquele “que se ocupa de todos os usuários que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os usuários que dele possam se beneficiar”.

Não podemos reduzir a amplitude de um serviço a um local físico e aos seus profissionais, mas a toda a gama de oportunidades e lugares que favoreçam a reabilitação do usuário. Um dos lugares privilegiados no intercâmbio com os serviços é a comunidade e dela fazem parte a família, as associações, os sindicatos, as igrejas, etc. A comunidade é, portanto, fonte de recursos humanos e materiais, lugar capaz de produzir sentido e estimular as trocas.

As relações estratégicas mantidas entre o serviço e a comunidade podem ser pautadas pela negação (a comunidade não existe), pela paranoia (a comunidade são os inimigos que nos assediam), pela sedução e busca de consenso (a comunidade é tudo aquilo e somente aquilo que me aceita da forma como sou e me aprova) e pela interação/integração (a comunidade é uma realidade complexa e exprime interesses contrastantes). Visto que a família é parte integrante da comunidade, o serviço geralmente usa com a família as mesmas estratégias utilizadas com a comunidade. Dessa maneira, a família pode se tornar não só a protagonista das estratégias de cuidado e de reabilitação propostas pelo serviço, mas também uma protagonista conflituosa dessas mesmas estratégias.

**Para minorar as dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o doente mental, o serviço deve estar apto a reduzir os riscos de recaída do usuário; prestar informação clara e precisa sobre a doença (sinais, sintomas, tratamento, medicação, etc.); ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas; e possibilitar que os familiares sejam capazes de exprimir suas necessidades e sentimentos.**

Segundo Saraceno (1999), passar de uma abordagem biomédica a uma abordagem psicossocial obriga à adoção de mudanças importantes:

- na formulação das políticas de saúde mental;
- na formulação e no financiamento de programas de saúde mental;
- na prática cotidiana dos serviços;
- no status social dos médicos.

Essa passagem é norteadada por uma forte resistência cultural, social e econômica à transformação da assistência em saúde mental. A **abordagem psicossocial** acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento do transtorno mental e da promoção da saúde mental (SARACENO, 1999).

#### Para refletir...

Para Merhy (1998, p. 12), “o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico liberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar”. Não existe, pois, preocupação com o antes, com os modos de vida do usuário e sua família. Existem, sim, intervenções pontuais e descontextualizadas para atender situações específicas de crise.

A **reabilitação psicossocial** deve ser entendida como uma exigência ética, “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996, p. 16). Nesse processo, estão incluídas a valorização das habilidades de cada indivíduo, as práticas terapêuticas que visam ao exercício da cidadania, a postura dos profissionais, dos usuários, de familiares e da sociedade perante o transtorno mental, as políticas de saúde mental transformadoras do modelo hegemônico de assistência, a indignação diante das diretrizes sociais e técnicas que norteiam a exclusão das minorias, dos diferentes. É, portanto, “uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais” (PITTA, 1996, p. 21).

**Reabilitação psicossocial** não significa substituir uma desabilitação por uma habilitação. Não se trata simplesmente de recuperar habilidades perdidas em consequência da instauração de um processo de adoecimento psíquico grave. Trata-se de oferecer ao usuário oportunidades para que ele possa aumentar suas trocas de recursos materiais e afetivos, em que se estabelece como decisiva a perspectiva da negociação. Trata-se não de conduzi-lo a determinada meta estabelecida a priori, em um referencial da normalidade, mas de convidá-lo a exercer plenamente aquilo, seja pouco ou muito, do que seja capaz. Assim, reabilitar não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda e sim trabalhar na direção da construção de vínculos sociais possíveis. Para alguns usuários, especialmente aqueles com alto risco de exclusão social e prejuízo de sua autonomia, pequenas mudanças podem significar grandes avanços. Por exemplo, a simples circulação de um usuário psicótico pela cidade, que antes não saía de seu quarto, pode representar um movimento importante na construção de novas perspectivas de trocas e de inserção social.

Procuraremos nos deter nos três cenários mencionados por Saraceno (1996), ou seja, *habitat*, rede social e trabalho com valor social.

O processo de reabilitação tem muito a ver com a casa, com o lugar que acolhe o indivíduo, que atende às suas necessidades materiais e afetivas. Esse autor destaca uma diferença fundamental entre **estar** num lugar e

**habitar** um lugar. O estar diz respeito à impessoalidade, à ausência de posse e de poder decisional, enquanto o habitar representa um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, um lugar de afeto. Não basta, portanto, encontrar uma moradia para o doente mental, mas um lugar de trocas e de bem-estar.

As trocas, contudo, não acontecem somente dentro das casas, mas também nas ruas, nos mercados, na cidade. A **rede social** é o lugar onde acontecem essas trocas, e seu empobrecimento acarreta o empobrecimento dessa rede, tanto de modo quantitativo quanto qualitativo. Esse empobrecimento acontece a partir da primeira rede social disponível, que é o núcleo familiar. Geralmente, os serviços intervêm na rede social por intermédio da família, pois se trata do universo mais definido, não só do ponto de vista de sua definição social (clara para o usuário, para o profissional e para a própria família), mas também do ponto de vista das estratégias de coenvolvimento da família (SARACENO, 1999). A família é, portanto, o lugar primeiro de qualquer intervenção de reabilitação.

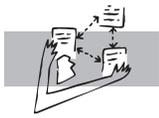
Outro cenário importante para o processo de reabilitação é o **trabalho como valor social**. Não o trabalho que apenas entretém o usuário, mas o que gera lucro e insere o indivíduo socialmente. Em uma sociedade ditada pelo capital, pouco permeável às diferenças que existem entre os seres humanos, transformar as relações que existem entre ela e o portador de transtorno psíquico é um dos grandes desafios a serem enfrentados pela Reforma da Assistência Psiquiátrica.

Nessa linha, o objetivo da reabilitação não pode ser aquele que faz “com que os fracos deixem de ser fracos para poderem estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que dele participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses” (SARACENO, 1999, p. 113).

Dessa maneira, a discussão sobre a reabilitação psicossocial do doente mental necessita não apenas de mudanças na forma de assistência, mas também de transformações de ordem organizacional e jurídica e, sobretudo, na maneira como percebemos e convivemos com a loucura. A forma como os diversos atores sociais (usuários, familiares, técnicos, estado) agem faz com que seja reproduzido determinado modo de cuidar.

#### Pense nisto...

Somos, em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor, mesmo protagonizando certas mudanças, muito conservamos. Entretanto, sob qualquer um desses ângulos, somos responsáveis pelo que fazemos. Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres (MERHY, 2002, p. 5).



## Atividade 2

Diante do que foi exposto, fica evidente a importância da clara compreensão dos profissionais sobre: cuidado em saúde, reabilitação psicossocial e qualidade de serviços. Esses conceitos remetem diretamente à organização da atenção em saúde mental e à construção de um projeto terapêutico para o usuário. Após a leitura dos capítulos 04 e 05 da Linha Guia “Atenção à Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), faça uma reunião com sua equipe e discuta: o conceito de cuidar; as formas utilizadas para envolver o usuário e família em uma relação cuidadora; as dificuldades vivenciadas pela equipe ao cuidar do portador de transtorno mental; e a proposta de abordagem psicossocial. Faça um relatório registrando o resultado da reunião, considerando os aspectos sugeridos.

Consulte, no cronograma da disciplina, os encaminhamentos solicitados.

Ainda na perspectiva do cuidado, e, reafirmando a importância da atenção ao usuário em seu habitat, faz parte da política nacional de atenção à saúde mental a criação de equipes de apoio matricial. O apoio matricial ou **matriciamento** constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, profissionais externos à equipe compartilham alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes de Saúde da Família de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização que pode se efetivar a partir de discussões de casos, conjuntas intervenções às famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde. Em saúde mental, o apoio matricial é geralmente realizado por profissionais da saúde mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais com formação em saúde mental). Esses profissionais podem estar ligados a serviços de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de saúde mental – ou se dedicarem exclusivamente a essa atribuição, na forma de equipes volante. Com a implantação, pelo Ministério da Saúde, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), espera-se, no futuro, que parcela significativa do matriciamento em saúde mental seja realizada por profissionais de saúde mental, ligados a esses núcleos.

Na Parte 3 desta seção, estudaremos os problemas de saúde mental mais frequentes na Atenção Básica e a forma como eles se apresentam.

### No dia a dia...

No dia a dia de seu cotidiano, o “Roteiro para discussão dos casos de matriciamento” pode ser utilizado para facilitar a coleta de dados e registro das informações em Saúde Mental.

Sugestão: imprima e divulgue na sua equipe este material.

### Para saber mais...

Para saber mais sobre como implantar e operar o matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica, leia os capítulos 1, 2 e 6 do “Guia prático de matriciamento em saúde mental (CHIAVERINI, 2011).

## Parte 3

# Epidemiologia dos transtornos mentais na atenção básica

Segundo Rodrigues (1996), os primeiros estudos de prevalência de transtornos psiquiátricos no âmbito da Atenção Básica à Saúde foram conduzidos a partir da década de 1960, na Inglaterra. Com o crescente aumento dos países que passaram a dar importância à Atenção Básica como estratégia de organização dos serviços de saúde, estudos sobre saúde mental relacionados aos cuidados primários de saúde têm se mostrado cada vez mais presentes na comunidade científica, como bem demonstra a revisão de estudos epidemiológicos conduzida por Fortes (2004).

Segundo essa autora, a demanda de saúde mental presente na atenção geral à saúde tem sido objeto de numerosas pesquisas, especialmente a partir da década de 1980. Nos EUA, o Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) revelou que 40% a 60% da demanda de saúde mental estavam sendo atendidos na Atenção Básica por médicos generalistas (SHAPIRO, 1984; SIMON, 1991). Desde então, vários trabalhos (BRIDGES; GOLDBERG, 1985; KIRMAYER; ROBBINS, 1991; LOBO *et al.*, 1996; WEICH *et al.*, 1995) demonstraram como é alta a prevalência de transtornos mentais na Atenção Básica.

A realização de uma investigação multicêntrica patrocinada pela Organização Mundial de Saúde no início dos anos de 1990, denominada "Psychological Problems in General Health Care" (PPGHC/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE), desenvolvida em 15 países diferentes, inclusive no Brasil (GUREJE, 1997; PICCINELLI; SIMON, 1997), confirmou essa alta prevalência de transtornos mentais entre os usuários de unidades gerais de saúde. Representam uma demanda específica que busca tratamento com médicos generalistas e que tem características diferentes daquela atendida em ambulatórios de saúde mental. São, em média, 24% dos usuários dos ambulatórios de clínicas gerais nos vários centros estudados no PPGHC/OMS (USTÜN; SARTORIUS, 1995).

A maioria dos usuários identificados pelo estudo é portadora de quadros depressivos (média de 10,4%) e ansiosos (média de 7,9%), de caráter agudo, com menos gravidade dos sintomas e que remitem, muitas vezes, espontaneamente. Sua presença está associada a indicadores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como: pobreza, baixa escolaridade e ser do sexo feminino (LEWIS *et al.*, 1998, LUDEMIR; LEWIS, 2001) e a eventos de vida desencadeantes (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003). Há predomínio de sintomas somáticos entre as queixas por eles apresentadas, em contraposição aos sintomas psicológicos mais presentes entre os usuários atendidos em unidades especializadas (BRIDGES; GOLDBERG, 1985; GOLDBERG; BRIDGES, 1988; USTUN; SARTORIUS, 1995).

Esses quadros têm sido denominados transtornos mentais comuns (TMC) nas pesquisas realizadas desde Bridges e Goldberg (1985). Diferenciam-se daqueles detectados nas unidades especializadas em saúde mental, onde geralmente são encontrados usuários mais graves, portadores de transtornos mentais maiores (TMM). A definição de TMC de Goldberg e Huxley é: “transtornos que são comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal” (GOLDBERG; HUXLEY, 1992, p. 7-8).

Frequentemente seu quadro clínico não corresponde aos sintomas essenciais para preenchimento de critérios diagnósticos em classificações tradicionais como a Classificação Internacional das Doenças em sua 10ª. Versão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995 A). Essa especificidade dos transtornos mentais presentes na Atenção Básica, caracterizada por quadros subclínicos e significativa comorbidade entre as diversas síndromes, motivou a criação de uma classificação especial para os transtornos mentais na Atenção Básica, a CID10 AP (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998), bem como a readequação da apresentação do DSM-IV para sua utilização na Atenção Básica, o DSM-IV-PC (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995b).

No Brasil, o mais extensivo estudo sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Naomar Almeida Filho et al. (1997) em três capitais brasileiras. Esse estudo evidenciou prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e o alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados, situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram muita variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre).

No Brasil, ainda são poucas as investigações sobre transtornos mentais provenientes de usuários que frequentam as unidades gerais de saúde e, em particular, as unidades vinculadas à estratégia Saúde da Família. No Quadro 3 a seguir, destacamos os principais estudos de prevalência de transtornos mentais em unidades básicas de saúde realizados no país.

**Quadro 3 - Prevalência de transtornos mentais em unidades de atenção geral à saúde no Brasil**

AUTOR	ANO	LOCAL	INSTRUMENTO	RESULTADOS
BUSNELLO <i>et al.</i>	1983	Centro de Saúde	SRQ-20 Entrevista clínica	TMC: 55% Casos confirmados: 48,5%
Mari	1986 1987	Centro de Saúde / Ambulatório Geral de Hospital	SRQ-20 GHQ12(2/3) CIS	TMC: 47 a 56% TMM: 25 a 27%
IACOPONI	1989	Centro de Saúde	SRQ20	TMC: 53%
VILLANO	1995	Ambulatório Medicina Integral (Geral) em Hosp. Universitário	GHQ-12 CIDI	TMC: 20,9 a 41,8% TMM: 38%
FORTES	2004	Unidade de Saúde da Família	GHQ12 CIDI	TMC: 56% TMM: 33%

Fonte: Adaptado de Fortes (2004).

TMC (transtornos mentais comuns), TMM (transtornos mentais maiores), SRQ (Self-Reporting Questionnaire), GHQ (General Health Questionnaire), CIS (Clinical Interview Shedule), CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Entre os estudos apresentados, o de Fortes (2004) merece uma exposição detalhada, já que foi o único que ocorreu no atual cenário da estratégia Saúde da Família. Foram avaliados 714 usuários atendidos em cinco unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, entre agosto e dezembro de 2002. A prevalência geral de transtornos mentais comuns (TMC) foi obtida com base no General Health Questionnaire (GHQ12), com ponte de corte 2/3 em geral e 4/5 para transtornos graves. O perfil nosológico de 215 usuários positivos ao rastreamento foi realizado por meio do CID12: 1. O perfil sociodemográfico e econômico e as informações sobre a rede social desses usuários foram obtidos de um questionário geral. A análise dos fatores associados aos TMC foi feita com regressão logística no programa SPSS. Detectou-se prevalência média de 56% de transtornos mentais comuns nos usuários, sendo 33% do total de quadros graves, constituindo-se principalmente de transtornos depressivos e ansiosos, destacando-se também os transtornos somatoformes e dissociativos. Aproximadamente 56% dos usuários positivos ao GHQ apresentavam comorbidade ao CID1. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre ser portador de TMC e ser mulher (OR=2,90), ter menos de 45 anos (OR=1,43), ter renda per capita familiar inferior a R\$ 120,00 (OR=1,68) e não ter companheiro (OR=1,71). Quanto à rede de apoio social, frequentar regularmente a igreja (OR=0,62) e participar de atividades esportivas ou artísticas (OR=0,42) exercia efeito protetor contra TMC, assim como ter pelo menos quatro familiares íntimos (OR=0,53). A conclusão do estudo confirma a alta prevalência de TMC na clientela da equipe de Saúde da Família, que se apresenta principalmente a partir de transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Esses resultados reforçam a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo as não medicamentosas, e a necessidade de se capacitarem as equipes de Saúde da Família para a abordagem dos problemas psicossociais desses indivíduos. Essa autora também comenta que, embora frequente, a transtorno mental nos usuários atendidos na rede básica de saúde costuma passar despercebida no atendimento. Segundo alguns estudos internacionais, é pouca a eficiência do atendimento a esses usuários nesse nível do sistema de saúde (KIRMAYER et al., 1993; PEVELER; KILKENNY; KINMONTH, 1997). Um dos fatores que diminuem a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente diagnosticar e tratar as enfermidades mentais presentes na sua clientela habitual.

Entre as dificuldades encontradas pelos profissionais da Atenção Básica para corretamente diagnosticar e tratar esses usuários, destaca-se a forma de apresentação do transtorno mental nesses casos. Como já foi dito, predomina nesses indivíduos a apresentação de sintomas físicos associados às doenças mentais e estes não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de transtorno mental (KIRMAYER et

al., 1993). Frequentemente, o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “poliqueryosos”, contumazes usuários de serviços médicos (LLOYD, 1986).

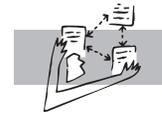
### Atividade 3

Com o intuito de definirmos prioridades de ações em saúde mental no território, é importante que conheçamos de perto os nossos problemas reais.

Utilizando o roteiro de indicadores para auxiliar o diagnóstico em saúde mental (Quadro 4), você deve fazer um levantamento de dados que possibilitem a construção do diagnóstico de saúde mental da comunidade de seu território.

Sugerimos que você utilize as seguintes estratégias para levantamento dos dados: reunião de equipe, análise da demanda da população por medicação psiquiátrica (avalie o perfil de medicamentos prescritos) e anotações de prontuários.

Caso sua unidade já tenha um instrumento de coleta de dados, utilize-o; ou, caso já tenha sido feito o diagnóstico, analise-o e, se necessário, atualize os dados. **Faça um relatório (registro dos dados e análise).**



### Quadro 4 – Roteiro de indicadores para auxiliar o diagnóstico em saúde mental

1.	Internações psiquiátricas por ano.
2.	Tentativas de suicídio atendidas por ano (registrar proporção que evoluiu para óbito).
3.	Número de pessoas acompanhadas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas por mês.
4.	Número de pessoas acompanhadas com transtornos psicóticos por mês.
5.	Número de pessoas acompanhadas em uso de benzodiazepínicos por mês.
6.	Número de encaminhamentos para os serviços de saúde mental por mês.
7.	Presença de matriciamento regular da saúde mental (pelo menos uma supervisão a cada dois meses por profissional de saúde mental, nas unidades básicas de saúde).

Fonte: Elaborado pelos autores, 2009.

## Parte 4

# Orientações para a avaliação de problemas de Saúde Mental na Atenção Básica

### Atenção:

Para saber mais sobre o método clínico centrado na pessoa, consultar "O caso Michele" (PIANCASTELLI CH & DI SPIRITO GC., 2012).

Nesta parte do módulo, queremos dar relevância a três aspectos da atenção em saúde mental na Atenção Básica, ou seja: situações que sugerem a existência de um problema de saúde mental não explicitado pelo usuário e sua família, aspectos de pesquisa obrigatória quando houver suspeita de um problema de saúde mental e relação das equipes de Saúde da Família com as equipes de Saúde Mental.

### 4.1 | Situações que sugerem a presença de um problema de saúde mental não explicitado pelo usuário e sua família

É muito comum que demandas psicossociais na Atenção Básica não apareçam de forma clara nos atendimentos, especialmente se o profissional da saúde não explora a **biografia** do usuário. Quando o profissional investiga apenas informações relacionadas aos sintomas apresentados, ou seja, estabelece uma abordagem estritamente biomédica, esquecendo-se de explorar o contexto de vida atual do usuário, quase nunca há detecção de problemas emocionais ou sociais que possam ter motivado a busca por atendimento.

É importante que os profissionais fiquem atentos e desconfiem de problemas na área psicossocial quando há:

- demanda por atenção de forma inapropriada ou urgente;
- aumento na frequência de consultas ou solicitação de exames sem necessidade aparente;
- manifestações emocionais inesperadas ou desproporcionais durante as consultas;
- relacionamentos interpessoais muito instáveis;
- circunstâncias sociais geradoras de estresse ou perda importante (morte de ente querido, desemprego, violência, etc.).

Além dessas pistas, a maneira de conduzir a entrevista clínica é elemento fundamental na detecção de problemas emocionais. O atendimento deve **ser focado na pessoa como um todo** e não apenas na exploração das queixas físicas apresentadas. Preste atenção nas dicas seguintes e se avalie quanto à condução da entrevista clínica.

Dicas “quentes” da entrevista clínica que auxiliam na identificação de problemas emocionais dos usuários:

1. estabelecer bom contato “olho no olho”: isso propicia o estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e o profissional de saúde;
2. começar com questões mais amplas e abertas e posteriormente utilizar perguntas mais fechadas: entrevistas muito diretivas, voltadas apenas para o esclarecimento das queixas físicas, não propiciam exploração da vida pessoal do usuário;
3. clarificar as queixas atuais: não é necessário que você explore toda a vida do usuário para que possa ter boa compreensão do que se passa com ele. Explore os episódios mais recentes e construa a história pregressa aos poucos, de forma natural;
4. usar questões diretivas na pesquisa de queixas físicas: a investigação das queixas físicas deve ser precisa, com o aprofundamento necessário, porém não deve ser o único foco da entrevista;
5. fazer comentários empáticos: dizer “eu posso imaginar o que você tem passado” ou “esta é realmente uma situação difícil de resolver” demonstra que você se importa com a pessoa que está sendo atendida, que você consegue perceber seu sofrimento;
6. estar atento às dicas verbais e não-verbais dos usuários: a postura do corpo, a atitude e a expressão facial podem “falar” muito durante a entrevista; não despreze esse elemento e observe as mudanças ao longo do tempo;
7. não ler enquanto estiver entrevistando o usuário: demonstra que todo o seu interesse e a sua atenção estão focados no usuário, que ele é o que importa para você naquele momento;
8. saber lidar com o usuário que fala demais: dizer “já entendi o que você está querendo dizer, mas precisamos explorar mais um outro aspecto da sua vida” — geralmente produz resultados e reconduz a entrevista para uma perspectiva mais produtiva e menos cansativa ou repetitiva;
9. explorar problemas emocionais: perguntar “o que você sentiu” ou “o que passou pela sua cabeça” explorando determinada situação da vida do usuário é uma atitude simples, mas que incita a expressão emocional durante a entrevista.

#### Para saber mais...

Para mais detalhes sobre comunicação profissional / usuário, consulte o capítulo 5 do “Guia Prático de Matriciamento da Saúde Mental”. (CHIAVERINI, 2011)

## 4.2| Aspectos de pesquisa obrigatória quando houver suspeita de um problema de saúde mental

Não podemos negligenciar o corpo quando investigamos a alma! Há diversas circunstâncias orgânicas que, se afetarem direta ou indiretamente o sistema nervoso central, podem gerar alterações no comportamento. Portanto, antes de estabelecer um diagnóstico psiquiátrico, não deixe de pesquisar:

- Estado clínico geral: investigue se há alguma doença clínica de base que possa justificar a alteração de comportamento atual, ex.: hipo ou hipertireoidismo, descompensação metabólica;
- história recente de queda com perda da consciência e episódios convulsivos: podem indicar doença de base neurológica;
- padrão do uso de álcool e outras drogas: investigar quais substâncias, quantidade e frequência do consumo para auxiliar na tipificação de possível intoxicação, uso abusivo ou quadro de dependência química;
- história atual de uso de medicação clínica, neurológica ou psiquiátrica: efeitos colaterais de diversas medicações podem provocar alterações comportamentais.

No dia a dia, o “Cartão Babel” pode ser uma ferramenta útil na avaliação dos transtornos mentais na Atenção Básica, disponível na Biblioteca Virtual ou em: (GONÇALVES et al., 2009).

<<http://xa.yimg.com/kq/groups/18874890/1459081746/name/Cart%C3%A3o+Babel+-+Guia.pdf>>

SUGESTÃO: imprima esse documento e discuta com sua equipe a viabilidade de uso desse cartão na rotina de trabalho.

## 4.3| Considerações importantes na avaliação de alterações comportamentais em crianças e adolescentes

É importante lembrar que crianças e adolescentes ainda estão em fase de amadurecimento do seu sistema nervoso central, bem como da estruturação de sua personalidade. Durante o seu desenvolvimento, a criança percorre eixos particulares como o que vai da dependência à autonomia afetiva além da participação crescente dos contextos sociais de maior complexidade. Esses percursos não ocorrem de forma homogênea, e os desenvolvimentos harmoniosos mais parecem um ideal do que

uma realidade. Dessa forma, muitos transtornos emocionais da infância parecem mais uma adequação ao desenvolvimento, com acentuações das tendências normais, do que fenômenos qualitativamente anormais em si mesmos. Portanto, é importante fazermos uma distinção entre quadros de desarmonia mínima, com manutenção do desenvolvimento satisfatório, e quadros de desarmonia significativa, com retardo do desenvolvimento caracterizado como francamente disfuncionais. Enquanto os primeiros possam ser alvo de simples orientação e apoio junto às famílias, os últimos deverão ser abordados de forma vigorosa, na constituição de uma rede de cuidados, que poderão necessitar da participação de outros profissionais do campo da saúde.

Considerando os contextos (familiar, escolar, religioso) onde esse jovem está inserido, as condutas julgadas inadequadas podem se relacionar ainda a formações reacionais, testemunhando a ocorrência de fatores estressantes no ambiente, ou mesmo revelando-se como um protesto saudável contra essa ocorrência.

#### 4.4| Relação das equipes de Saúde da Família com as equipes de Saúde Mental

A relação entre os profissionais de saúde mental e da Atenção Básica deve ser pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental. O plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso e não pela conduta burocratizada da referência e da contrarreferência, quando quem encaminha “se sente aliviado” e quem recebe “arca com o ônus” do encaminhamento. Lembre-se de que o usuário não pertence a este ou àquele serviço da rede de saúde, mas que o local e a definição do atendimento irão depender da situação específica de cada caso, respeitando-se os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolubilidade. Assim, todos nós somos responsáveis!

A divisão que apresentamos a seguir mostra a situação ideal em que cada nível determina o lócus assistencial onde a demanda de saúde mental deve ser acolhida de forma resolutiva.

**NÍVEL 1:** caracteriza-se pelos casos mais prevalentes em saúde mental, aproximadamente 17% da população assistida. Geralmente composto de pessoas com autonomia para buscarem e gerenciarem o próprio tratamento. Trata-se de um grupo que apresenta transtorno

#### Para saber mais...

Para aprofundar conhecimentos sobre os vários aspectos desta relação, você deve ler o texto “Saúde Mental na Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessário. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica” (BRASIL, 2003).

#### No dia a dia...

Em saúde mental, não deve haver divisão estanque de atendimento apenas baseada em grupos diagnósticos. Afirmativas do tipo “não vou atender a este usuário porque é um caso da saúde mental” ou “este é um caso muito simples, vou encaminhar para a Atenção Básica” devem ser relativizadas. **Em todos os níveis, a responsabilidade é compartilhada!**

mental nem sempre caracterizado por um transtorno mental, geralmente proveniente de grupos familiares menos adoecidos e que possuem mais recursos pessoais para lidar com as adversidades da vida. Muitas pessoas desse grupo apresentam melhora clínica espontânea ou buscam recursos na comunidade (religião, grupos comunitários, esporte, lazer, atividades culturais, amigos e parentes), que acabam sendo utilizados de forma terapêutica, com bons resultados. Por isso mesmo, o encaminhamento para serviços de saúde mental não deve ser encorajado. Para a maioria desses problemas, uma solução satisfatória pode ser proposta e encaminhada com a ajuda das equipes da Atenção Básica utilizando-se de recursos existentes na própria comunidade. O emprego de psicofármacos deve ser feito com parcimônia, sempre que possível de forma intermitente e restrita aos casos mais disfuncionais. Normalmente, não é necessária a organização de busca ativa nesses casos.

**NÍVEL 2:** caracterizam-se pelos casos menos prevalentes em saúde mental, em torno de 3% da população assistida, mas que, pela gravidade dos sintomas e risco de exclusão social, devem ser prioritariamente assistidos, muitas vezes em regime de cuidados intensivos. Geralmente composto de pessoas com baixa autonomia para buscarem e gerenciarem o próprio tratamento, esse grupo tem doença psiquiátrica mais evidente. São provenientes de grupos familiares mais adoecidos e que possuem menos recursos pessoais para lidar com as adversidades da vida. Os recursos comunitários na organização do tratamento, especialmente se considerarmos a perspectiva da inclusão social, são extremamente desejáveis, mas muitas vezes não são suficientes. Os usuários, a família e, por vezes, a própria comunidade necessitam do apoio das equipes de saúde para tornar a convivência possível. O papel da medicação ganha aqui status de necessidade, e sua ausência pode representar sofrimento e risco de internação hospitalar. A avaliação pelo serviço de saúde mental, sempre que disponível, deve ser indicada. Muitas vezes, é a própria equipe de Saúde Mental que vai conduzir esses casos, seja em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em ambulatórios de saúde mental. A inserção territorial privilegiada das equipes da Atenção Básica e a atenção domiciliar, principalmente executada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), é um recurso muito rico na abordagem desses problemas, já que o tratamento exige monitoramento contínuo, cuidadoso e criativo para inserir o usuário na sua comunidade. Visitas domiciliares dos demais profissionais da equipe, além dos ACSs, são recomendadas.

**NÍVEL 3:** caracteriza-se por urgências ou emergências clínicas e/ou neurológicas e devem ser prontamente atendidas em unidades de saúde com complexidade de recursos compatíveis com a gravidade dos casos. Os hospitais gerais e as unidades de pronto-atendimento clínico e/ou neurológico geralmente são as unidades de referência para esses problemas de saúde.

No Quadro 5, estruturamos uma orientação esquemática que procura organizar a responsabilidade assistencial dos profissionais da Atenção Básica, levando em conta a expectativa de resolução dos problemas de saúde mental e tendo como referência a divisão apresentada anteriormente.

**Quadro 5 - Resolubilidade presumida da assistência em saúde mental de acordo com o tipo de problema apresentado**

TRANSTORNOS MENTAIS / PROBLEMAS DE SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	EQUIPE DE SAÚDE MENTAL
<b>NÍVEL 1</b>		
Reação aguda ao estresse (quadros reativos a situações de vida desfavoráveis: luto, perda de emprego, imigração, violência, etc.); depressão e ansiedade sem risco de morte ou perda grave de autonomia; somatizações, transtorno dissociativo e conversivo sem alteração grave da personalidade; abuso de álcool e outras drogas; tabagismo; insônia sem doença psiquiátrica; retardo mental, demência e epilepsia sem distúrbio grave do comportamento; usuários psicóticos estabilizados, de baixa complexidade de manejo farmacológico; identificação precoce de doenças da infância e adolescência e orientação para as escolas e família.	Alta resolubilidade.	Será acionada sempre que o caso exigir.
<b>NÍVEL 2</b>		
Transtornos psicóticos em qualquer faixa etária: quebra importante da relação com a realidade/agitação psicomotora grave/perda grave da autonomia; depressão e ansiedade graves: risco iminente de suicídio ou grave perda funcional; transtorno bipolar; retardo mental, demência e epilepsia com distúrbio grave do comportamento; dependência química associada a uma doença psiquiátrica grave; transtornos alimentares; transtorno sexual com transtorno mental, transtorno de sono associado à doença psiquiátrica, transtorno de comportamento grave em criança e adolescente.	Alta resolubilidade.	Será acionada sempre que o caso exigir.
<b>NÍVEL 3</b>		
Suspeita de problema orgânico – delirium ou confusão mental: presentes principalmente nos quadros sistêmicos orgânicos descompensados, abstinência alcoólica grave, intoxicações exógenas e quadros neurológicos.	Responsável pela investigação inicial e correto encaminhamento.	Responsável pela investigação inicial e correto encaminhamento.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2009.

É importante considerarmos que em municípios muito pequenos, onde quase nunca há profissionais de saúde mental, parcela significativa das ações nesse setor será de responsabilidade direta das equipes da Atenção Básica. Nesse caso, procure estabelecer parcerias com as equipes de Saúde Mental do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) ou ambulatórios de saúde mental mais próximos da sua cidade. Considere a possibilidade de discutir casos por telefone, pela Internet ou em visitas aos serviços especializados. Leia o texto “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004).



#### Atividade 4

##### **Fórum – Plano de ação**

Considerando os problemas de saúde mental mais prevalentes no seu território e as demandas assistenciais relacionadas, pense em ações que você considera que devam ser desenvolvidas pela sua equipe, tendo como foco a saúde mental da comunidade de sua área de abrangência.

Utilize, como referência, o diagnóstico que você realizou nas atividades anteriores e procure relacionar as ações que poderiam ser desempenhadas pelos membros da equipe (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico de enfermagem, técnico de higiene dental, atendente de consultório dentário e agentes comunitários de saúde) e outros profissionais que porventura façam parte da equipe.

Exponha sua proposta no fórum, leia as propostas dos colegas e faça comentários sobre elas, considerando as especificidades de cada uma e a relação com o contexto.

# Seção 3

Casos clínicos

Nesta seção do módulo, apresentaremos casos clínicos comentados. Trata-se de situações comuns observadas na Atenção Básica, com comentários que podem orientar a conduta geral dos profissionais de saúde em situações semelhantes. Contudo, alertamos que, em saúde mental, dificilmente haverá apenas uma conduta correta para a abordagem das doenças mentais. Em grande medida, a organização do cuidado vai depender dos recursos humanos e materiais disponíveis. Neste momento, você deve ler os textos de apoio indicados nos comentários de cada caso. Como consulta complementar, leia os capítulos 3 e 4 do Guia de Matriciamento em Saúde Mental, (CHIAVERINI, 2011) e a Seção 4 desse módulo, intitulada “Diretrizes Clínicas”, e os capítulos 6, 7 e 8 da linha-guia “Atenção em Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

## Caso 1

# Somatização ou queixas somáticas inexplicadas

Francisco tem 42 anos, é trabalhador rural, casado e tem quatro filhos pequenos. Nos últimos seis meses, tem comparecido à Unidade de Saúde quase que semanalmente. Quando chega à unidade costuma exigir atendimento imediato; se diz muito doente, embora já tenha sido atendido várias vezes sem que evidente doença física tivesse sido identificada. As queixas são variadas e se alteram ao longo do tempo: cefaleia quase que diária sem características de enxaqueca, dor abdominal, dor nas costas e aperto no peito. Além de exames físicos detalhados, foram solicitados vários exames laboratoriais, todos sem achados positivos: hemograma, exame de fezes, urina rotina, eletrocardiograma, radiografia de tórax e de coluna e ultrassom abdominal. Devido à insistência de Francisco por atendimento médico, a equipe de saúde começou a antipatizar com o usuário. Por sugestão do agente comunitário de Francisco, a enfermeira solicitou a presença da esposa para uma conversa. Esta relatou que há cerca de nove meses a situação em casa está muito difícil. Francisco foi dispensado da fazenda onde trabalhava há 14 anos e desde então não tem conseguido trabalho regular, o que tem trazido graves dificuldades financeiras para a família. Francisco passou a ficar nervoso, irrita-se facilmente, especialmente quando falta alguma coisa em casa. A esposa informou que observa melhora dos sintomas quando ele consegue algum biscate. Apesar das consultas, analgésico e vitaminas prescritas pelo médico, no geral a esposa de Francisco não vê melhora significativa de seu quadro. Atualmente ela diz não saber mais o que fazer.

## Comentários

### Problema: somatização ou queixas somáticas inexplicadas

Como já foi discutido na apresentação sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, é comum que a manifestação do transtorno mental, na Atenção Básica, ocorra através de sintomas físicos. Por isso mesmo, é sempre importante pesquisar os aspectos de vida atual do usuário, já que situações de vida que geram estresse podem estar relacionadas com esse tipo de expressão sintomatológica. Na maioria das vezes, a tranquilização sobre a natureza das queixas (de origem emocional e não orgânica) é suficiente no apaziguamento dos sintomas; mas, em alguns casos mais graves, os usuários apresentam muita dificuldade de relacionar problemas emocionais às suas queixas físicas, o que pode tornar o acompanhamento a esse tipo pouco confortável para a equipe de saúde. Para esse perfil de usuário, que demanda atenção e cuidados de forma frequente e pouco organizada, o ideal é o estabelecimento de consultas semanais agendadas. Essa conduta vai assegurar-lhe que seu problema será acompanhado de forma sistemática, tornando desnecessária sua presença na unidade a todo o momento. Geralmente, é para o médico que as queixas de natureza física são encaminhadas e, portanto, ele deve esclarecer ao usuário que problemas psicossociais vivenciados pelas pessoas podem se expressar por meio de dores e desconfortos percebidos no corpo. Assim, não devemos banalizar a queixa, mas atendê-lo de forma regular, procurando estabelecer com ele relações entre as queixas físicas e os acontecimentos de sua vida. Espera-se que, gradativamente, ele perceba de forma mais clara as relações existentes entre o corpo e os aspectos emocionais e passe a conviver melhor com seus sintomas. Como o usuário não apresenta quadro ansioso ou depressivo significativo, concomitante com suas queixas somáticas, não há indicação para qualquer medicação psicotrópica. A inclusão desse perfil em grupos de atenção psicossocial, organizados na própria unidade de saúde, pode beneficiar boa parte dessa clientela. Devemos, sempre, suspeitar de **somatização** quando estão presentes queixas físicas frequentes, geralmente mutáveis no tempo, sem substrato fisiopatológico aparente.

#### Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as "Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes depressivas e síndromes ansiosas," na Seção 4 deste módulo e os capítulos 6, 7 e 8 da linha-guia "Atenção em Saúde Mental" (MINAS GERAIS, 2006).

## Caso 2

# Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

Dona Maria Helena tem 51 anos, casada, seis filhos, do lar. Veio até a unidade de saúde solicitar remédio para dormir. Conta que desde criança é muito impressionada com as coisas, nervosa, preocupada com tudo. Sempre que tem um problema em casa só consegue dormir quando toma seu comprimido de diazepam. Relata preocupação constante com os filhos, tem receio de que algo aconteça a eles quando estão fora de casa, especialmente que se envolvam com bebidas ou drogas. Quando está pior, percebe “aperto” no peito, coração disparado, tonteira e sensação de que algo ruim vai acontecer a qualquer momento. Esses sintomas duram normalmente apenas alguns minutos, mas são bastante desconfortáveis. A usuária já compareceu várias vezes à unidade de urgência médica durante as crises mais graves. Geralmente é examinada, faz eletrocardiograma, é medicada com injeções e liberada para casa com a orientação de que não apresenta doença, “que estava só estressada”. A primeira vez que tomou o diazepam foi há uns quinze anos; desde então, arruma com amigas, compra sem receita na farmácia ou vai ao Pronto-Socorro local, onde o plantonista sempre atende ao seu pedido por mais “receita azul”. Houve períodos em que chegou a tomar três comprimidos por dia, mas atualmente toma um pela manhã e um à noite. Quando fica alguns dias sem tomar a medicação, fica insone e irritada. Informação trazida pela agente comunitária de saúde, que é vizinha da usuária, confirma a história de nervosismo constante e crises mais fortes eventuais, especialmente quando o marido chega bêbado em casa, o que ocorre quase que diariamente. São frequentes as visitas de Dona Maria à sua casa para “desabafar” e pedir algum conselho. A usuária é também hipertensa e não tem conseguido manter os níveis pressóricos dentro da normalidade.

## Comentários

### Problema: transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

A ansiedade e a insônia são sintomas muito comuns na vida das pessoas. Podem representar respostas normais às pressões do cotidiano ou, eventualmente, manifestações de transtornos psiquiátricos que exigem tratamento específico. A ansiedade deve ser considerada uma resposta normal diante de situações de perigo real, nas quais constitui um sinal de alarme e, portanto, um mecanismo essencial para a defesa e a sobrevivência do indivíduo. Ela também costuma ocorrer em situações de insucesso, perda de posição social, perda de entes queridos ou em situações que geram expectativas de desamparo, abandono ou de punição. Nessas circunstâncias, ela é uma emoção muito semelhante ao medo e é útil para que a pessoa tome as medidas necessárias diante do perigo real, como lutar, enfrentar, fugir ou evitar. Dependendo da intensidade, do sofrimento que provoca, da interferência ou não nas atividades diárias ou no sono e da sua duração, poderá ser considerada normal ou patogênica. O caso em questão é comum na prática clínica. Quase sempre, a saída praticada pelos médicos é a banalização do uso dos benzodiazepínicos, o que contribui para seu abuso e dependência no futuro. Embora muito eficiente nos quadros de ansiedade aguda, o uso diário desse tipo de psicotrópico não deve ser recomendado nos transtornos de ansiedade crônica, como é o caso dessa senhora. Nessas situações, embora o benzodiazepínico possa ser introduzido no início do tratamento ou em momentos de piora eventual do quadro, o ideal é que seja indicado um antidepressivo, medicação que também apresenta ação ansiolítica sem gerar dependência física ou problemas cognitivos de longo prazo. Uma estratégia que costuma dar bons resultados é a introdução de um antidepressivo de perfil mais ansiolítico e com propriedades sobre a indução do sono (ex.: amitriptilina ou nortriptilina) e só depois iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, com redução de 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias. Nesses casos, é importante também oferecer algum dispositivo de apoio, por exemplo, consultas programadas na unidade básica de saúde, participação em grupos de atenção psicossocial, encaminhamento para atividade física, exercícios de relaxamento, participação em grupos de convivência ou oficinas comunitárias. Essas atividades serão fundamentais para que essa senhora possa refletir sobre sua vida, sua relação com os filhos e com o marido, usuário nocivo de álcool. Devemos sempre suspeitar de **ansiedade** quando estão presentes: tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigens, medos infundados de coisas ou lugares.

#### Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte a Seção 4 deste módulo.

## Caso 3

# Transtorno depressivo com risco de suicídio

Paulo, 65 anos, policial militar aposentado, reside sozinho desde a morte de sua esposa há mais ou menos um ano. Possui três filhos e cinco netos que residem em uma cidade a 50 km de onde ele mora. O Sr. Paulo tem boa autonomia para as atividades diárias, mas reside com uma senhora que o auxilia no trabalho de casa. Um dos filhos veio procurar o serviço de saúde porque tem observado o pai diferente nos últimos três meses. Antes da morte da esposa, era ativo, alegre, costumava caminhar todas as manhãs, visitava amigos e familiares. No último mês, quase não tem saído de casa, descuidou-se da aparência e já foi encontrado várias vezes suspirando e com lágrima nos olhos. Segundo informações da senhora que mora com ele, Sr. Paulo começou a apresentar insônia terminal e passou a tomar dois comprimidos de bromazepam toda noite, fornecidos por uma vizinha. Há duas semanas, ligou para o primo, advogado, solicitando que o ajudasse com seu testamento. Nos últimos dias, começou a dizer que a vida não valia a pena. Quando interpelado pela família, mostra-se indiferente. Sr. Paulo não possui histórico de doença clínica e nunca apresentou transtorno psiquiátrico. A história familiar é positiva para quadro psiquiátrico, pois um de seus tios se matou quando ele ainda era criança. O filho está muito preocupado, especialmente porque ele mantém armas em casa.

## Comentários

### Problema: transtorno depressivo com risco de suicídio

Nos últimos anos, o termo depressão tem sido banalizado e é constantemente usado para descrever um estado emocional normal. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos interpessoais e fazem parte da experiência cotidiana, caracterizando estado emocional não patogênico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, que melhoram com o tempo. Na maioria dos casos, o papel dos profissionais de saúde deve ser acolher o sofrimento e oferecer algum suporte de escuta e aconselhamento, sem necessidade de prescrição medicamentosa. Em todo caso suspeito de depressão, é muito importante que pesquisemos o intuito de conduta suicida. Uma abordagem ativa por parte do profissional de saúde pode prevenir tentativas de suicídio, contribuindo, assim, para a diminuição dos óbitos por esse tipo de agravo. Nem toda ideação suicida necessita de encaminhamento urgente para as equipes ou serviços de saúde mental. Quase sempre, as pessoas que pensam em se matar não desejam realmente fazê-lo, especialmente se não apresentam transtorno psiquiátrico evidente. Quando pensam em suicídio é porque estão se sentindo desesperados, não veem saída para algumas situações impostas pela vida. Nesse caso, é fundamental adequada avaliação de risco para definição de uma possível **emergência psiquiátrica** (alto risco) ou se o caso poderá ser conduzido na Atenção Básica (baixo risco). No evento em questão, pela presença dos sintomas clássicos de depressão - profundo sofrimento e alto risco de autoextermínio -, estamos diante de um usuário com transtorno depressivo grave. A equipe da Atenção Básica deverá estabelecer contato franco e aberto com o usuário e seus familiares, organizar uma estrutura de proteção continuada (na residência, Centro de Apoio Psicossocial, hospital geral ou psiquiátrico) até que um parecer psiquiátrico possa ser providenciado. Aqui, há clara indicação de tratamento medicamentoso com a introdução de antidepressivo e/ou mesmo de benzodiazepínico, que poderá ser utilizado para reduzir a angústia e ajudar na regulação do sono nas primeiras semanas de tratamento. A indicação de internação hospitalar ou em CAPS que possuem leitos noturnos deverá ser instituída sempre que houver ideação de autoextermínio persistente, especialmente se há

transtorno psiquiátrico ou comportamental grave associado, por exemplo, usuários com depressão grave, psicóticos em crise, dependentes químicos e indivíduos com impulsividade evidente. Devemos sempre suspeitar de **depressão** quando estão presentes: humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, falta de esperança, ideação de autoextermínio.

#### Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas”,(Seção 4) e também a publicação “Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

## Caso 4

# Dependência química com abstinência alcoólica

Pedro, 37 anos, solteiro, completou o ensino médio e chegou a frequentar a Faculdade de Administração por um ano, mas abandonou o curso quando sua namorada ficou grávida. Pedro então foi trabalhar na pequena mercearia do pai, que também funciona como bar. Depende financeiramente da família para tudo, reside com os pais e o irmão mais novo de 25 anos. Hoje, os pais de Pedro conseguiram trazê-lo à unidade de saúde porque começou a passar mal ontem. Está insone, ansioso, inquieto, queixando-se de dor em queimação na região abdominal. Ao exame, observou-se que ele estava com consciência clara e informava seus dados adequadamente. Presença de um tremor fino nas mãos, sudorese evidente, pulso acelerado, afebril, PA: 150 x 90 mmHg. Após a avaliação física, os pais solicitaram conversar com os profissionais de saúde a sós. Relataram que nos últimos 10 anos Pedro fazia uso abusivo de álcool quase que diariamente e uso eventual de maconha. Passa o dia conversando com amigos, à noite costuma beber e fica pelos bares, alcoolizado. Em várias vezes, ligou para o pai solicitando que pagasse suas contas de bar e era prontamente atendido. Já teve problemas com a polícia devido a badernas, mas o pai sempre convencia as pessoas a retirarem as queixas. Os atritos em casa são frequentes. A mãe, extremamente protetora, atua sempre como mediadora dos conflitos gerados pelo filho com o pai e o irmão. Alega ter receio de que aconteça “algo pior em casa”. Os pais já tentaram levar o filho para serviços de saúde, mas Pedro nunca se mostrou legitimamente interessado, já que não retornava após a primeira consulta. Assim, a mãe passou a frequentar grupos de autoajuda para familiares de dependentes químicos. Há três meses, devido à intensa desorganização de comportamento, Pedro aceitou a ir a um hospital

psiquiátrico da região para um período de desintoxicação, onde passou 10 dias. Sua mãe resolveu retirá-lo 30 dias antes do tempo estabelecido pela equipe de saúde, após ter recebido vários telefonemas do filho, que alegava não estar mais suportando o sistema de confinamento. Durante toda a entrevista, os pais demonstraram profundo afeto pelo filho; choram e manifestam sentimentos de culpa em relação a Pedro. Alegaram que sempre fizeram de tudo por ele, nunca lhe negaram nada e não sabem mais o que fazer.

### **Comentários**

#### **Problema: dependência química com abstinência alcoólica**

Os quadros de dependência química geralmente trazem, além das repercussões negativas sobre a saúde do usuário, graves reflexos no âmbito sociofamiliar. Entre esses problemas, está a chamada codependência da família, ilustrada no caso presente. Em situações como essa, os membros da família perdem a autonomia em relação às suas vidas e passam a viver exclusivamente voltados para os problemas gerados pelo dependente químico. Geralmente esse tipo de conduta gera muito sofrimento familiar e ajuda pouco o usuário de álcool ou drogas. A família necessita ser orientada e apoiada para constituir-se em um grupo que deve acolher o dependente químico, mas não a qualquer custo. Os membros da família devem ser estimulados a falar de seus sentimentos em relação ao problema e encorajados a retomar seus projetos de vida sem clima de culpabilização, muito frequente nessas circunstâncias. Reuniões familiares regulares na própria Unidade de Saúde e indicação para participação em grupos de autoajuda como o AL-Anon (grupos para familiares e amigos de alcoólatras – veja em: <<http://www.al-anon.org.br/mg.html>>) são ações recomendadas. Nos casos semelhantes, em que o usuário não apresenta demanda clara para o tratamento, os profissionais de saúde devem compreender que ele ainda está na fase de negação do problema ou não consegue perceber os prejuízos que o envolvimento com a droga tem causado para si e para as pessoas de sua convivência. Em relação a Pedro, ele está apresentando sinais e sintomas de abstinência alcoólica moderada. O tratamento poderá ser instituído ambulatorialmente com o uso de benzodiazepínicos, reposição de tiamina, repouso e hidratação oral. Deverão ser agendados retornos a cada dois ou três dias até a remissão do quadro, momentos em que se deve tentar abordar o problema da dependência de álcool. Para abstinência alcoólica

grave ou delirium tremens, o local de tratamento indicado é o hospital geral, por tratar-se de emergência clínica. Uma postura considerada adequada é a equipe se disponibilizar a acolhê-lo sempre que ele tiver alguma complicação com o uso da droga ou que ele queira discutir alguma coisa sobre o tratamento do problema. Nessas ocasiões, sem emitir juízo de valor sobre as ações do usuário, deve-se procurar refletir com ele sobre sua vida, a família e sua relação com as drogas. O encaminhamento para grupos de autoajuda como os Alcoólatras Anônimos (AA) ou Neuróticos Anônimos (NA) e dispositivos comunitários de tratamento como os Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) deve ser sempre encorajado. A ida para comunidades de tratamento terapêutico ou clínicas de reabilitação de dependentes químicos, onde os usuários ficam restritos do contato social e familiar por semanas ou meses, deve ser indicada apenas para aqueles que fracassaram nas estratégias de tratamento ambulatorial, que não possuem outros transtornos psiquiátricos graves e que aceitem passar por um regime de confinamento prolongado. No tratamento da dependência química, o ideal é que a equipe da Atenção Básica possa prover informações úteis para os usuários de drogas e seus familiares e oferecer várias opções de tratamento, já que cada usuário poderá se beneficiar de recursos diferentes de acordo com seus interesses e necessidades em um dado momento do seu tratamento.

Devemos sempre suspeitar de **dependência química** quando estão presentes pelo menos três dos elementos que se seguem:

- a. compulsão para consumir a substância,
- b. dificuldades de controlar o consumo da substância,
- c. evidências de estado de abstinência ou tolerância da substância,
- d. abandono progressivo de outras atividades ou interesses em favor do uso da substância,
- e. persistência no uso a despeito de evidência clara dos prejuízos físicos, econômicos e sociofamiliares envolvidos.

#### Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais para tratamento da síndrome de abstinência alcoólica”, presentes na Seção 4 e “Usuários de Substâncias Psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento (LARANJEIRA, 2003).

## Caso 5

# Transtorno psicótico

Você é interpelado pelos pais de um usuário e resolve fazer uma visita domiciliar, já que ele se recusa a comparecer à unidade de saúde. José Mauro é um rapaz de 19 anos, estudante do último ano do Nível Médio de uma escola pública de sua cidade. Reside com os pais, com quem parece ter um relacionamento satisfatório, e mais duas irmãs, de 15 e seis anos de idade. Sem histórico de problemas clínicos ou neurológicos significativos no momento ou no passado, é tabagista e faz uso eventual de bebidas alcoólicas. Não há registro de problemas relacionados ao uso de drogas. Seus pais começaram a ficar preocupados com ele, especialmente nos últimos dois meses, quando começou a ter comportamentos estranhos. Às vezes aparentava estar zangado e teria comentado com um amigo que estava sendo seguido por policiais e agentes secretos; outras vezes era visto sorrindo sozinho, sem qualquer motivo aparente. Começou a passar cada vez mais tempo sozinho, chegava a se trancar no quarto, parecia distraído com seus próprios pensamentos. Passou também a perder noites de sono e seu rendimento escolar, que sempre havia sido bom, estava se deteriorando. Durante a visita, José Mauro estava um pouco inquieto, parecia assustado, mas aceitou conversar com o profissional de saúde (você) e o agente comunitário, que também participou da visita. Perguntado sobre o que lhe estava ocorrendo, disse que ouvia vozes comentando seus atos ou lhe insultando. Disse também que seus professores pareciam estar conspirando com os policiais para prejudicar sua vida, já que, no desfile de Sete de Setembro, os viu conversando na rua. Não tem conseguido ver televisão ou escutar o rádio porque tem a impressão de que seu nome é divulgado por esses meios de comunicação para toda a população da cidade. Seus pais queriam levá-lo para consultar um psiquiatra, mas ele achou a ideia absurda, já que ele não estava doido!

## Comentários

### Problema: transtorno psicótico

É bastante comum que usuários que apresentam expressivo comprometimento de julgamento da realidade também tenham dificuldade em perceber a necessidade do tratamento. Nesses casos, é importante que o profissional de saúde não conteste nem corrobore a vivência psicótica descrita pelo usuário, mas que procure estabelecer, desde o início, uma postura de escuta interessada e respeitosa. O fundamental é a construção de uma relação de confiança que reverta a posição de involuntariedade inicial para com o tratamento. A indicação da estratégia farmacológica, fundamental para a reversão mais adequada dos sintomas, deve ser discutida com o usuário e, sempre que possível, negociada com ele com base nas queixas apresentadas. Por exemplo, se ele não está dormindo bem, pode ser sugerido que tome uma medicação que o ajude a descansar durante a noite. Nesse caso, o antipsicótico é a medicação de escolha. Um benzodiazepínico também pode ser introduzido durante a fase aguda. Além disso, é muito importante estabelecer se há alguma situação de risco para o usuário e terceiros. Caso exista, orientar o usuário e a família a não se exporem àquela situação específica até que haja melhora significativa dos sintomas, por exemplo, evitar ir à escola, como no caso relatado. O atendimento inicial de um quadro como esse pode e deve ser realizado pela equipe da Atenção Básica, que deverá discutir o caso com a equipe de Saúde Mental assim que possível. A internação hospitalar pode e deve ser evitada, caso haja cooperação do usuário para os procedimentos de tratamento e se não houver situação de risco que exija observação diária e contínua devido à intensa agitação psicomotora, franca hostilidade dirigida a terceiros, grave negligência com os cuidados com a saúde ou conduta suicida.

Devemos sempre suspeitar de um **transtorno psicótico** quando, na ausência de uma causa orgânica detectável, estão usualmente presentes os sintomas de alucinações, delírios, comportamento bizarro ou anormal para o padrão cultural do usuário, excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante ou comportamento catatônico.

#### Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte os capítulos 6 e 7 da linha-guia "Atenção à Saúde Mental" (MINAS GERAIS, 2006).

## Caso 6

# Transtorno mental na infância e adolescência

Carina é uma menina de seis anos, que veio com a mãe, Josiene, à Unidade Básica de Saúde. A família de Carina, seus pais e um irmão mais velho, de nove anos, se mudaram há poucos meses para a área da enfermeira Kátia, responsável pelo acolhimento. A mãe está muito preocupada. A menina ainda não fala, estabelece pouco contato visual e afetivo com a mãe e com os outros membros da família. Costuma ficar isolada, por vezes realiza movimentos repetitivos com as mãos. Dorme pouco e, quando contrariada, fica agitada. Não larga uma boneca que ganhou de presente da madrinha. Segundo a mãe, onde moravam não havia Atenção Básica organizada, portanto, não fez pré-natal ou qualquer seguimento de puericultura da criança. Nasceu a termo, parto hospitalar, tiveram alta no dia seguinte, aparentemente sem complicações. Josiene também conta que teve muita dificuldade em amamentar a filha, “que não queria mamar”. Durante a consulta, Carina entrou no consultório sem oposição. Dirigiu-se há vários pontos da sala, sem responder às tentativas de comunicação que lhe foram dirigidas. Não pronunciou qualquer palavra, emitindo apenas sons repetitivos e monossilábicos. Ao sentar, por solicitação da mãe, balançava o corpo repetidamente, mantendo o olhar dirigido em direção oposta aos presentes.

### Atenção!

Para mais detalhes sobre esse tipo de problema, consulte o texto: “Aspectos Psiquiátricos da Criança Escolar” e o Capítulo 4 do “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” ((CHIAVERINI, 2011), disponíveis na Biblioteca Virtual.

## Comentários

### Problema: Transtorno global do desenvolvimento

A criança em questão apresenta grave comprometimento do desenvolvimento relacional e um atraso da linguagem verbal. Quanto mais precoce o diagnóstico, mais rapidamente iniciaremos o tratamento e as orientações à família, o que facilita a resposta da criança. Certamente não será um caso em que a equipe da Atenção Básica poderá conduzir sozinha, já que a definição de um diagnóstico mais preciso e as condutas de estimulação dependem de acompanhamento especializado. Sabemos da dificuldade em acionar um psiquiatra infantil ou equipe de CAPS I, portanto, na ausência desse profissional ou dispositivo, podemos solicitar a avaliação de um psiquiatra geral, pediatra experiente, ou mesmo de um neurologista, para afastarmos síndromes genéticas ou quadros neurológicos. Uma medicação poderá ser útil se a criança apresentar distúrbio importante do sono, agitação psicomotora ou impulsividade aumentada. Estimulação por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou mesmo fonoaudióloga, é fortemente recomendado. Esses profissionais podem fazer parte do CAPSI, do NASF, de algum ambulatório especializado, ou mesmo de alguma entidade conveniada com a prefeitura local, por exemplo, da APAE. As evidências apontam a importância das intervenções educacionais, apropriadas, precoces e contínuas, visando à aquisição de habilidades sociais, comunicativas e cognitivas básicas, visando ao máximo de autonomia possível. Caberá à Atenção Básica o cuidado longitudinal da saúde da criança, a articulação com os recursos intersetoriais de tratamento e as orientações familiares cabíveis.

Devemos sempre suspeitar de **Transtorno global do desenvolvimento**, quando, há comprometimento importante da interação social, comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades e interesses, por parte da criança. Cabe aqui o diagnóstico diferencial entre: Déficit sensoriais (cegueira ou surdez congênitas), Autismo infantil, Transtorno de Asperger, Síndrome de Rett, Retardo mental grave e crianças que foram submetidas a grave negligência.

## Caso 7

# Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas

A ACS Rosana começou a ficar preocupada com Gabriel, 15 anos, que, está apresentando alterações de comportamento importante nos últimos seis meses. Segundo a mãe, após a morte do pai, há um ano, o jovem não está bem, muito rebelde. Teve notícias da escola que está matando aulas e apresenta baixo rendimento escolar. Desafia frontalmente a autoridade de mãe e dos professores, sem qualquer sentimento de culpa. Ele também tem cometido pequenos furtos, tornando difícil o convívio coletivo, além de correr risco de vida, já que vive em uma comunidade onde existe grande influência do narcotráfico. Por vezes, aparece muito irritado em casa, agride verbalmente a mãe e os dois irmãos menores, de 12 e 9 anos. Nessas ocasiões, não dorme, apresenta agitação psicomotora, “fala sem parar”, comenta a mãe, que desconfia do uso de drogas: crack e maconha. Não sabendo mais o que fazer, recorreu à ACS, Rosana.

### Atenção!

Para mais detalhes sobre esse tipo de problema, consulte o texto: “Aspectos Psiquiátricos da Criança Escolar”, “Usuários de Substâncias Psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento (LARANJEIRA, 2003) e o Módulo de Educação Física do Ágora.

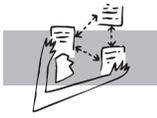
## **Comentários**

### **Problema: Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas**

A adolescência é um período do ciclo de vida bastante propício ao primeiro contato com substâncias psicotrópicas legais ou ilegais, especialmente se o acesso à droga é muito facilitado. O jovem é curioso, apresenta uma necessidade de constituir uma identidade própria, e é naturalmente impulsivo, ou seja, costuma agir primeiro e pensar depois. Por tudo isso, o acompanhamento próximo dos pais ou cuidadores é crucial nessa faixa de idade, em especial do cultivo à noção de autoridade e à imposição de limites. Com a falência da função paterna, ausência concreta ou simbólica do pai, que culturalmente representa essa autoridade, muitas vezes o jovem perde sua referência e seus valores ficando à mercê das influências do meio social. Se o contexto de pobreza e falta de perspectivas de futuro está presente, esse meio parece exercer uma força ainda maior, conduzindo o jovem para o uso abusivo ou mesmo para o tráfico de drogas. Daí a importância da intervenção precoce por parte da equipe da Atenção Básica diante dos problemas apontados no Quadro 3. Em geral, os profissionais da Atenção Básica sentem-se inseguros em participar do tratamento desses pacientes, que geralmente não aceitam bem uma abordagem de ajuda, especialmente quando já apresentam um quadro mais evidente de dependência de drogas. Certamente, pela gravidade relacionada a esse problema, é necessário constituir uma Rede de Apoio Intersetorial: NASF (Educação física, psicologia, terapia ocupacional) ou Equipe de Saúde Mental (CAPS AD, CAPS I ou CAPS Geral), Serviço social, Conselho tutelar e Escola. A atração do jovem para a unidade de saúde, sem que haja uma postura preconceituosa por parte do profissional de saúde é fundamental, já que pode ser fator decisivo na

aceitação de alguma forma de tratamento. Está claro na literatura atual que não há um regime de tratamento que seja fundamentalmente melhor do que outro. Ou seja, o tratamento pode ser realizado em qualquer regime: ambulatorial, hospitalidade diurna, hospitalização integral de curta ou de longa duração, grupo de apoio comunitário. O importante é que o usuário aceite a proposta estabelecida com a equipe e que essa possa modificar o regime de tratamento de acordo com as necessidades do usuário. Assim, no caso de intoxicação e abstinência mais graves, o melhor lugar de tratamento é o Hospital Geral ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nessa situação, se o paciente apresenta risco para si ou terceiros, devido ao intenso grau de comprometimento físico ou psíquico, uma conduta involuntária de tratamento pode ser aceitável. Às vezes, a situação de involuntariedade inicial constitui-se em oportunidade preciosa de entrada no tratamento, especialmente naqueles casos mais graves e de difícil abordagem ambulatorial. Em se tratando de um problema de drogas em usuário adolescente, é fundamental a retomada da escola e a inclusão do jovem em atividades culturais, de lazer, esportes e em programas de qualificação profissional. A psicoterapia e orientação familiares, também, são de grande valia, já que o comportamento de desafio deve ser abordado para melhorar as relações interpessoais.

Devemos sempre suspeitar de **uso nocivo de drogas**, quando observamos um prejuízo evidente no uso de substâncias psicotrópicas em qualquer área da vida: desempenho escolar e vida de trabalho, saúde física e nas relações interpessoais. Devemos suspeitar sempre de **transtorno de conduta** quando um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas e regras sociais importantes ou apropriadas à idade.



## Atividade 5

### Discussão de casos clínicos

Para cada caso clínico descrito e comentado anteriormente, apresentamos, a seguir, como foi a abordagem de uma equipe de Saúde da Família (situação). Reflita sobre as condutas tomadas.

Algumas questões que podem estimular o debate de cada caso: você considera que a conduta foi adequada? Em sua realidade, você e sua equipe conduziram os casos de forma diferente? Comentem à vontade! Consultem no cronograma da disciplina os encaminhamentos solicitados.

#### **Situação 1 – Francisco, 42 anos, trabalhador rural.**

A equipe de Saúde da Família do município de Carrancas do Sul, com 22.000 habitantes, na zona rural, sem cobertura de serviços de saúde mental, iniciou o acompanhamento desse caso. O médico da equipe achou que o usuário estava apresentando transtorno mental, mas com apresentação somática. Resolveu não pedir mais exames complementares e combinou com o usuário que ele seria atendido semanalmente, já que ele percebia o seu sofrimento e sua necessidade de atendimentos mais regulares. Com o intuito de reverter a expectativa negativa da equipe em relação a Francisco, o médico promoveu uma reunião com a equipe esclarecendo a origem dos sintomas e o novo contrato de tratamento. Também promoveu uma discussão do caso para ampliar o suporte psicossocial de Francisco e de sua família. Como o médico não identificou, até aquele momento, sintomas ansiosos e depressivos evidentes, optou, inicialmente, por não medicar o usuário.

#### **Situação 2 – Dona Maria Helena, 51 anos, do lar.**

A equipe de Saúde da Família do município de Patópolis, com 130.000 habitantes, na zona urbana, com cobertura de Centro de Apoio Psicossocial I (CAPS I), estava acompanhando o caso. A enfermeira que acolheu o caso pela primeira vez observou que a usuária apresentava importante dependência dos benzodiazepínicos e algum tipo de alteração psiquiátrica, possivelmente um quadro de ansiedade. Ela solicitou uma conversa com o agente comunitário de saúde (ACS) para aprofundar a identificação de problemas de âmbito sociofamiliar e agendou uma consulta com o médico da equipe para reavaliação da medicação. O médico avaliou que a usuária apresentava perfil ansioso, muito apegado à medicação psicotrópica e com muita dificuldade de controle da pressão arterial, por conta de seus problemas psíquicos. Após contato telefônico com o psiquiatra do CAPS, o médico da equipe propôs a introdução de uma nova medicação, sertralina, 50 mg/dia, e manutenção do diazepam até o próximo encontro, em duas semanas, já que a usuária estava muito resistente a diminuir a dose do benzodiazepínico. Em reunião de equipe, ficou decidido que ela seria estimulada semanalmente a comparecer ao grupo de cuidados da saúde pelo ACS e que uma visita seria programada para possível entrevista com o marido, já que ele se recusava a vir à unidade de saúde.

**Situação 3 – Paulo, 65 anos, policial militar aposentado.**

A equipe de Saúde da Família de Miracema do Sul, com 75.000 habitantes, que recebia a visita de um psiquiatra e uma psicóloga, quinzenalmente, para atendimento e discussão de casos clínicos na unidade básica de saúde, já conhecia o usuário. Como ele se recusava a comparecer à unidade de saúde, o agente comunitário de saúde (ACS), o médico e o enfermeiro da equipe resolveram visitá-lo. Constataram que ele estava muito desvitalizado, não admitia o problema, pedia apenas para ficar sozinho. Preocupados com a gravidade da situação, solicitaram que o filho do senhor Paulo o removesse para o Hospital Geral Municipal, onde deveria ficar internado, com supervisão contínua da família, até que o psiquiatra pudesse atendê-lo, dali a dois dias. Até a avaliação do colega especialista, o médico de família iria visitá-lo diariamente no hospital. Como medicação, optou-se pela prescrição de diazepam, 5 mg pela manhã, e 10 mg, à noite, e nortriptilina, 50 mg, à noite.

**Situação 4 – Pedro, 37 anos, curso superior incompleto.**

A equipe de Saúde da Família de Bandeirantes, com 250.000 habitantes, que possui Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), foi quem recebeu Pedro na unidade básica de saúde. Por se tratar de um caso complexo, após o atendimento clínico, o médico da equipe resolveu se reunir rapidamente com a enfermeira, o técnico de enfermagem, o dentista e o agente comunitário de saúde (ACS) da área para planejarem o acompanhamento ao usuário. Os objetivos das intervenções seriam: a) tratar a síndrome de abstinência alcoólica; b) sensibilizar o usuário para a necessidade de acompanhamento em serviço especializado de dependência química; e c) dar apoio regular e orientações úteis para a família. O médico iria se responsabilizar pelos dois primeiros objetivos, enquanto a enfermeira e o ACS se encarregariam do último. As medidas instituídas serão discutidas na reunião semanal de equipe para acompanhamento dos progressos realizados. O serviço estaria aberto para acolhimento do caso e dos familiares, sempre que necessário, e os pais foram encorajados a continuar frequentando grupos de autoajuda na comunidade ou a participar do grupo de orientação familiar do CAPS AD.

**Situação 5 – José Mauro, 19 anos, estudante do último ano do Nível Médio.**

A equipe de Saúde da Família de Capitolândia, com 750.000 habitantes, que possui Centro de Apoio Psicossocial II (CAPS II) e hospital psiquiátrico, foi quem realizou a visita domiciliar. Após colherem, em separado, a história da família e do usuário, o médico propôs a José Mauro uma medicação para ajudá-lo a dormir melhor: haloperidol, 5 mg, e diazepam, 10 mg, à noite. Além disso, como o usuário se sentia ameaçado, orientou que ele evitasse ir à escola ou sair sozinho. Como José Mauro aceitou tomar a medicação em casa e apresentava-se cooperativo com a família, a enfermeira se dispôs a visitá-lo a cada dois dias para supervisionar a tomada da medicação e possíveis intercorrências, até que a equipe de Saúde Mental do CAPS pudesse ser acionada para uma possível visita domiciliar. Os pais foram orientados a, caso o usuário recusasse a medicação oral e apresentasse agitação psicomotora ou conduta violenta, acionar a urgência psiquiátrica domiciliar, por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

**Situação 6 – Carina, 6 anos.**

A equipe de Saúde da Família do município de Ubatuba do Norte, com 30.000 habitantes, com cobertura do NASF (pediatra, ginecologista, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional) não tinha ainda conhecimento do caso. A enfermeira que acolheu Carina e a mãe observou que a criança apresentava importante comprometimento do desenvolvimento da fala e da interação social. Decidiu então, apresentar o caso na reunião quinzenal com os membros do NASF. Como a criança não havia ainda sido avaliada adequadamente do ponto de vista médico, decidiu-se que seria consultada pelo médico de família e pelo pediatra de referência quando ambos os profissionais estivessem presentes. Também ficou definido que a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional fariam uma visita domiciliar para avaliação global da situação familiar e da criança. Ela, certamente, vai necessitar de um projeto terapêutico que incluirá estimulação da comunicação e da interação social, bem como de orientação familiar e de educação especial. Oportunamente, a criança será encaminhada para avaliação psiquiátrica pelo profissional que atende em um CAPS geral, no município vizinho, de maior porte.

**Situação 7 – Gabriel, 15 anos, estudante do Ensino Médio.**

Rosana, a ACS de uma UBS do município de Xapurilândia, 500.000 habitantes, levou o caso de Gabriel para a discussão em equipe. Ficou decidido que a psicóloga que compõem acompõe a equipe do NASF iria tentar um contato pessoal com o paciente e que iria agendar uma consulta com o psiquiatra que participa do matriciamento da UBS. Caso o jovem não se disponha a vir aos atendimentos na UBS, a psicóloga iria acolher e orientar a mãe em atendimentos programados. Uma articulação com a educação física do NASF e com a Escola seria tentada, para o resgate das atividades educacionais e de lazer, alternativas ao uso de drogas. Um encaminhamento para a UPA ou para o Hospital Geral não seria descartado se o paciente se apresentasse psíquica ou fisicamente debilitado. Uma internação involuntária nessas condições não seria descartada, se houvesse anuência da mãe. O CAPS AD poderia ser um dispositivo a ser acionado, se o tratamento ambulatorial não tiver sucesso.

# Seção 4

Diretrizes clínicas

## Parte 1

# Diretrizes de abordagem psicoterápica na atenção básica

### 1.1| Aspectos gerais

Os profissionais que atuam em serviços de Atenção Básica de saúde frequentemente interagem com uma clientela que procura a unidade com queixas físicas sem, no entanto, apresentarem uma condição orgânica que justifique essas queixas. Uma escuta cuidadosa dessa clientela revela que essa sintomatologia está simbolizando, na maioria dos casos, uma questão de ordem social, psicológica, econômica ou familiar com a qual o cliente não está conseguindo lidar no momento, necessitando de auxílio profissional para o manejo da crise que se instala a partir de sensação de incapacidade de tratar seus problemas. O fato de sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais cria o sentimento de autoconfiança, estimulando a autocompetência do cliente para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles. Estamos falando da atuação do profissional de saúde como instrumento terapêutico. Sabemos que a relação profissional de saúde-cliente constitui-se em um poderoso instrumento de intervenção clínica que pode promover mudanças. O relacionamento terapêutico fundamenta-se no respeito mútuo, na aceitação das diferenças, num acolher o outro como ele é, sem rotulá-lo, considerando sua individualidade e ajudando-o a perceber a realidade para caminhar numa direção mais positiva. A seguir, descreveremos duas técnicas bastante simples de intervenção psicoterápica que podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde, sem muitas dificuldades.

## 1.2 | Tratamento de apoio à crise

Quando os pacientes estão consumidos por eventos estressantes ou circunstâncias adversas, fala-se que estão em crise e a ajuda fornecida a eles é comumente chamada de intervenção de crise. Esse tipo de intervenção é geralmente utilizado para aliviar o sofrimento durante um curto episódio de doença ou desgracia pessoal ou nos estágios iniciais do tratamento, antes que medidas específicas possam ser instituídas, por exemplo, o período em que o paciente aguarda o atendimento em um serviço de saúde mental ou o efeito mais consistente de um medicamento psiquiátrico (ex.: antidepressivo). A terapia de apoio é utilizada também para dar suporte a alguém que tenha uma condição médica ou psiquiátrica que não pode ser tratada ou problemas de vida que não podem ser resolvidos totalmente. Os procedimentos básicos do tratamento de apoio consistem em:

- promover um relacionamento terapêutico de confiança;
- ouvir as preocupações dos pacientes;
- promover a recordação de eventos traumáticos;
- encorajar a expressão das emoções;
- identificar e estimular qualidades não desenvolvidas;
- melhorar o estado de espírito;
- encorajar a autoajuda;
- dar informações e explicações úteis;
- avaliar a necessidade de introduzir uma medicação por período curto para reduzir a ansiedade e promover o sono.

As sessões de terapia de apoio geralmente são breves, duram aproximadamente 15 minutos e inicialmente são de frequência semanal. Com o passar do tempo, as sessões poderão ser espaçadas e uma proposta de alta do atendimento poderá ser combinada com o paciente, deixando retornos em aberto, quando necessário.

O encaminhamento para serviços de saúde mental pode ser considerado caso não se observe melhora do paciente após as medidas de apoio terem sido instituídas na unidade básica de saúde. É muito comum que profissionais de saúde encaminhem pacientes para a psicologia por não se sentirem preparados para ouvir seu pacientes e instituir as orientações descritas ou por puro comodismo, justificando que não há tempo para esse tipo de atendimento no nível primário de atenção. Observamos, na prática, que profissionais legitimamente interessados em ajudar seus pacientes

organizam o processo de trabalho e a demanda da clientela assistida para planejar uma escuta humanizada. Deficiências na formação profissional ou mesmo dificuldades pessoais podem ser superadas se houver uma supervisão regular de profissionais de saúde mental no nível primário de atenção, por exemplo, pelo matriciamento. Encaminhamentos para a psicologia devem ser restritos aos casos mais graves, de difícil manejo da relação profissional de saúde-paciente, por exemplo, pacientes que apresentam atuação repetitiva de condutas de risco para si e para terceiros. Outras situações se referem a pacientes que burlam constantemente as ofertas de tratamento ou que apresentem algum conflito de natureza subjetiva evidente e cujo conteúdo tenha que ser estudado por mais tempo e em maior profundidade, por exemplo, na situação de abuso sexual ou ideação persistente de autoextermínio. Assim, pense sempre duas vezes antes de encaminhar casos para atendimento psicológico!

### 1.3| Técnicas de resolução de problemas

O objetivo desse tratamento é ajudar os pacientes a resolver problemas estressantes e a fazer mudanças em suas vidas. Podem ser utilizados para problemas que precisem de uma decisão, por exemplo, se um casamento deve ser interrompido, se uma mudança de trabalho deve ser realizada. Também é usada para situações que necessitem de ajustamento a novas circunstâncias como luto ou descoberta de uma doença terminal. Pode também ser utilizada para ajudar a pessoa a mudar, desistindo de uma maneira de viver insatisfatória e adotando outra mais saudável, por exemplo, como parte do tratamento da dependência química. Os procedimentos básicos da técnica de resolução de problemas consistem em:

1. uma **lista de problemas** é feita pelo paciente com a ajuda do terapeuta, que ajuda o primeiro a definir o problema e a separar seus vários aspectos;
2. o **paciente escolhe** um desses problemas para resolver;
3. o paciente é auxiliado a relacionar **meios alternativos de ação** que poderiam solucionar ou reduzir o problema. Os cursos de ação devem ser especificados, indicando o que deve ser feito e como o sucesso será avaliado;
4. o **paciente é estimulado a avaliar os prós e os contras** de cada plano de ação e escolher o mais promissor;
5. o paciente tenta **colocar em prática** o curso de ação escolhido para o problema selecionado;

6. os **resultados** da experiência são avaliados. Se tiverem sido bem-sucedidos, outro problema é escolhido para ser resolvido. Se o plano não tiver caminhado bem, a tentativa é revista construtivamente pelo paciente e pelo terapeuta para decidir como aumentar as chances de sucesso da próxima vez. A falta de sucesso não é vista como um fracasso pessoal, mas como uma oportunidade de aprender mais.

Sessões desse tipo duram cerca de 30 minutos e o número geralmente varia de quatro a oito, de acordo com a complexidade do problema, devendo ser conduzidas semanalmente. O importante, na aplicação clínica dessa técnica, é que os pacientes sejam encorajados a buscar uma solução para seus próprios problemas e não ajam a partir de conselhos oferecidos pelos profissionais de saúde. Afinal de contas, as repercussões das decisões tomadas devem ser de responsabilidade dos próprios pacientes. Nosso objetivo, como profissionais de saúde, é estimular a autorreflexão e a tomada de decisões de forma mais consciente por parte do paciente na direção da maior autonomia possível. Não somos nós que devemos resolver os problemas dos outros, mas podemos colaborar para facilitar o processo de mudança das pessoas!

## Parte 2

# Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes depressivas e síndromes ansiosas

As doenças psiquiátricas mais prevalentes na Atenção Básica são:

- Somatizações
- Transtornos depressivos e transtornos ansiosos

### 2.1| Somatizações

Alguns sintomas físicos ocorrem sem qualquer causa física e, nesses casos, suspeita-se de uma causa psicológica. A maioria deles é breve e está relacionada a situações de estresse, havendo remissão espontânea ou após uma explicação de sua origem efetuada pelo profissional de saúde. Na minoria dos casos, esses sintomas persistem e podem comprometer bastante a qualidade de vida das pessoas. Transtornos ansiosos e depressivos podem estar presentes e, por isso, devem ser sempre pesquisados. Veja no fluxograma a seguir a abordagem das somatizações.

## Fluxograma 1 - Abordagem das somatizações

**Descarte** uma doença orgânica com base em: história clínica, exame físico e exames complementares.

**Se não for identificada doença orgânica**, ou não houver melhora após tratamento usual, pergunte sobre problemas de vida e situações de estresse:

- Família: houve perdas recentes por morte ou afastamento, término de relações, início de relações, crises familiares de qualquer natureza?
- Vida profissional: houve perda ou ameaça de perda do emprego, início de novo emprego, mudança das atribuições profissionais, queda ou expectativa de queda nos rendimentos, questões afetivas de qualquer natureza no ambiente profissional?
- Social: mudança de grupos sociais, mudança de endereço, queda ou ascensão no nível social?
- Saúde: houve o surgimento de doenças, a realização ou expectativa de cirurgia no paciente ou em algum familiar, acidentes, ocorrências traumáticas de qualquer natureza?

**Pesquise** sintomas típicos de **depressão** (humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, ideação suicida) e ansiedade (tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigens, insônia, medos infundados de coisas ou lugares).

### **Nunca diga que o paciente não tem nada!**

Se ele não apresenta doença orgânica evidente, ele deve estar com algum sofrimento emocional.

Tranquilize-o esclarecendo que sintomas somáticos são frequentes e podem ser a expressão de um problema emocional.

Estabeleça possíveis ligações entre aspectos de vida recente e a presença dos sintomas somáticos. Nos casos mais complicados, agende consultas regulares para este fim.

Prescreva atividade física regular, exercícios de relaxamento respiratório (em ambiente calmo, executar inspirações e expirações profundas por cerca de 10 minutos duas ou três vezes ao dia).

Quando presentes, trate da depressão e da ansiedade, e prescreva antidepressivos, se os sintomas forem graves e incapacitantes.

Não prescreva benzodiazepínicos por prazo superior a duas semanas. Esse grupo de medicamentos é a primeira escolha nos casos de ansiedade aguda e deve ser usado apenas por poucos dias: há risco de dependência química.

Fonte: adaptado de PATEL, 2003.

## 2.2| Transtornos depressivos e transtornos ansiosos

Critérios para uso de antidepressivos nos casos de depressão e ansiedade:

### Depressão

- Humor deprimido / perda de interesse e prazer / fadigabilidade aumentada (dois desses sintomas e pelo menos mais dois sintomas acessórios); pelo período mínimo de duas semanas .
- Gravidade: apresentando dificuldade considerável em continuar com atividades sociais / laborativas / domésticas e sofrimento subjetivo intenso.;

Considerar abordagens psicossociais para os quadros depressivos leves e de início recente.

### Ansiedade

Presença de sintomas ansiosos graves: que gerem sofrimento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas:

- por um período mínimo de quatro semanas;
- os quadros ansiosos com evidência de resposta à medicação: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo–compulsivo;
- quadros com baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

## 2.3 |Abordagem farmacológica dos transtornos depressivos e ansiosos

1. Antidepressivos usualmente padronizados na rede pública:

Tricíclicos (TC):

- Amitriptilina – 25 e 75 mg;
- Imipramina – 25 e 75 mg;
- Clomipramina – 10, 25 e 75 mg;
- Nortriptilina – 10, 25 e 50 mg.

2. Opções recomendadas em caso de contraindicação dos TCs (principalmente devido a problemas cardiovasculares), intolerância aos efeitos colaterais ou baixa resposta aos TCs. Podem ser manipulados e usualmente não disponíveis na rede pública:

Inibidores de recaptura de serotonina (IRS):

- Fluoxetina - 20 mg, pacientes jovens, sem comorbidade clínica ou uso de outras medicações.
- Sertralina - 25, 50, 100 mg, pacientes idosos;
- Citalopram – 20 mg, pacientes portadores de hepatopatias ou em uso de várias medicações clínicas.

3. Antidepressivos de outras classes farmacológicas:

- Bupropiona – 150 mg, pacientes com intolerância aos efeitos colaterais do IRS;
- Mirtazapina – 30 mg, portadores de cardiopatias e idosos com quadros de ansiedade e insônia.

Orientações gerais para o uso de antidepressivos:

1. Geralmente a monoterapia com antidepressivos é a única medicação necessária.
2. Todos os antidepressivos apresentam eficácia similar, o que os diferencia é basicamente o perfil dos efeitos colaterais e segurança.
3. Para a seleção da droga, avalie história prévia do uso de antidepressivos e utilize aquele ao qual o paciente obteve boa resposta.
4. Caso já tenha usado um grupo farmacológico sem boa resposta (ex.: tricíclico), prescreva um antidepressivo de outro grupo farmacológico (ex.: inibidor de recaptura de serotonina).
5. Realizar avaliação cardiológica de todos os pacientes com 50 anos ou mais e todos que tenham alguma suspeita de cardiopatia.
6. Lembrar que todos os antidepressivos possuem também alguma ação ansiolítica. O tratamento dos quadros ansiosos geralmente exige doses mais baixas que para o tratamento dos quadros depressivos.

7. Doses terapêuticas para tratamento dos quadros de depressão:
  - Amitriptilina, imipramina e clomipramina (75 mg/dia - 225 mg/dia);
  - Nortriptilina (50 a 150 mg/dia);
  - Fluoxetina (20 a 80 mg/dia);
  - Sertralina (50 a 200 mg/dia);
  - Citalopram (20 a 60 mg/dia);
  - Bupropiona (150 a 300 mg/dia);
  - Mirtazapina (30 a 45 mg/dia).

Considere dose mínima para o início do tratamento dos **quadros ansiosos**:

- TC (25 mg/dia);
- IRS (fluoxetina, 10 mg/dia, e sertralina, 25 mg/dia).

8. Concentre as doses dos TCs à noite e dos IRS pela manhã.;
9. Os efeitos clínicos significativos da ação dos antidepressivos costumam ser mais evidentes a partir da terceira ou quarta semanas após o início do tratamento.;
10. Não troque de medicação a cada visita, oriente o cliente sobre o mecanismo de funcionamento da droga e, se necessário, reveja a posologia a cada quatro semanas até melhora significativa dos sintomas.;
11. Após redução significativa dos sintomas:
  - Se primeiro episódio - mantenha a prescrição por pelo menos seis meses;
  - Se segundo episódio - mantenha a medicação por dois anos;
  - Se terceiro episódio - considerar o uso para a vida toda (nestes casos, solicite parecer do psiquiatra).

## Parte 3

# Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica

### 3.1| Conceito

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos como síndrome de abstinência do álcool (SAA).

### 3.2| Síndrome de abstinência alcoólica nível I

As manifestações são de grau leve e moderado, e a síndrome pode ser tratada em nível ambulatorial (Quadro 6):

**Quadro 6- Correlação entre sinais de sintomas na síndrome de abstinência alcoólica e tratamento nível I**

Sintomas	Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientação no tempo e no espaço;</li> <li>juízo crítico da realidade preservado;</li> <li>ansiedade leve;</li> <li>agitação psicomotora discreta;</li> <li>tremores finos de extremidades;</li> <li>sudorese discreta;</li> <li>náuseas sem vômitos;</li> <li>sem complicações</li> </ul>	<p><b>Cuidados gerais:</b>            Esclarecer o paciente e os familiares sobre a síndrome de abstinência alcoólica.            Monitorar por quatro semanas a cada três ou cinco dias;            Contraindicar condução de veículo.            Indicar dieta leve e hidratação adequada via oral.;            Recomendar repouso relativo            Aconselhar supervisão familiar            Encaminhar para emergência hospitalar se houver rebaixamento do nível de consciência e/ou desorientação no tempo e no espaço.</p> <p><b>Farmacoterapia:</b>            Tiamina: 100 mg IM/dia nos primeiros três dias, e tiamina, 300 mg VO, nas quatro semanas seguintes.            Diazepam, 20 a 40 mg VO/, divididos em três tomadas ou            Lorazepam (se hepatopatia): 4 a 8 mg VO/dia, divididos em três tomadas por sete dias;</p> <p><b>A partir da segunda semana</b>, reduzir gradativamente os sedativos.</p>

Fonte: adaptado de LARANJEIRA, 2000.

### 3.3| Síndrome de abstinência alcoólica nível II

Trata-se de situação (delirium tremens) que pode ser potencialmente letal. O tratamento deverá ser efetuado, preferencialmente, em âmbito hospitalar (Quadro 7).

#### Quadro 7 - Correlação entre sinais de sintomas na síndrome de abstinência alcoólica e tratamento nível II

Sintomas	Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rebaixamento do nível de consciência;</li> <li>• desorientação no tempo e espaço;</li> <li>• comprometimento do juízo crítico da realidade – ideiação delirante;</li> <li>• alucinações auditivas, visuais e táteis;</li> <li>• ansiedade intensa;</li> <li>• agitação psicomotora grave;</li> <li>• tremores grosseiros de extremidades;</li> <li>• sudorese profusa;</li> <li>• vômitos;</li> <li>• pode haver complicações clínicas ou neurológicas (investigar).</li> </ul>	<p><b>Cuidados gerais:</b>            Esclarecer os familiares sobre a síndrome de abstinência alcoólica.            Prescrever dieta leve (se nível de consciência preservado) ou jejum (confusão mental);            Prescrever repouso absoluto.            Realizar contenção no leito se agitação intensa;            redução do estímulo audiovisual;            manter luzes acesas;            Fazer monitorização rigorosa dos dados vitais, glicemia, eletrólitos, enzimas hepáticas e hidratação parenteral.</p> <p><b>Farmacoterapia:</b>            Tiamina: 300 mg IM/dia nos primeiros sete dias e Tiamina 300 mg VO, nas quatro semanas seguintes.            Dobrar a dose se houver suspeita de síndrome de Wernicke: confusão mental, ataxia e nistagmo.            Diazepam: 10 a 20 mg VO, de hora em hora até sedação leve ou Lorazepam (portadores de hepatopatia): 2 a 4 mg oral de hora em hora até sedação leve.            Após o período agudo, estabelecer posologia dos sedativos como no nível I.            Caso haja intensa vivência delirante-alucinatória, utilizar haloperidol, 5 mg / dia, VO ou IM, por até sete dias.</p>

Fonte: adaptado de LARANJEIRA, 2000.

### 3.4| Cuidados com a Síndrome de abstinência alcoólica

#### O que não fazer:

1. Administrar glicose antes da aplicação da tiamina IM.  
Nos casos de intoxicação alcoólica em pacientes usuários crônicos de álcool, a administração de tiamina IM 30 minutos antes da infusão de glicose também deve ser realizada. As células nervosas utilizam a tiamina na metabolização da glicose. A ausência da vitamina em usuários crônicos pode desencadear a encefalopatia de Wernicke.
2. Hidratar indiscriminadamente.
3. Administrar clorpromazina ou hidantoína.
4. Administrar diazepam por via IM ou associado ao soro fisiológico/ glicosado  
Se a via oral não for possível, aplicar injeção direta e lenta do diazepam (2 mL; 10 mg) + água bidestilada, em dois minutos a fim de evitar o risco de parada respiratória.

## Parte 4

# Diretrizes gerais para o uso de contenção química

A **contenção química** deve obedecer às seguintes orientações gerais:

1. É desnecessária a utilização da via endovenosa para os procedimentos de sedação em psiquiatria. A via oral deve ser empregada sempre que houver cooperação do paciente. A via intramuscular deve ser a escolhida sempre que for necessária ação farmacológica rápida em pacientes não cooperativos. Os seguintes esquemas de medicação (VO e IM) são usualmente utilizados para pacientes adultos e poderão ser repetidos após 30 minutos da primeira aplicação, caso não tenha havido sedação adequada:

### **Medicação VO**

- Clonazepam – gotas: 2,5 mg / mL (01 gota = 0,1 mg), fazer 40 a 60 gotas VO associado a
- Haloperidol – gotas: 2,0 mg / mL (01 gota = 0,1 mg), fazer 50 a 100 gotas VO.

### **Medicação IM**

- Haloperidol, 01 ampola IM (1 mL; 5 mg) + prometazina, 01 ampola IM (2 mL; 50 mg) ou
- Haloperidol, 01 ampola IM (1 mL; 5mg) + midazolam, 01 ampola IM (3 mL; 15 mg).

2. Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica, há risco mais alto de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o sistema nervoso central. Nesses casos, a adoção de benzodiazepínicos, como o midazolam, e outros agentes com perfil de sedação deve ser evitada. Um esquema seguro para esses casos seria: haloperidol 01 ampola IM (1 mL; 5mg) com repetição da dose em 30 minutos, se necessário.
3. São necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos, pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Assim, metade da dose utilizada em adultos jovens é geralmente suficiente.
4. Em crianças com quadro de agitação psicomotora grave, apenas a contenção física é geralmente suficiente. Se houver necessidade de contenção química em crianças e adolescentes (seis a 12 anos): haloperidol 0,1 a 0,5 mg/kg/dia (máximo de 1,0 mg/kg/dia) VO ou IM.

**O haloperidol deve ser evitado em pacientes com epilepsia, depressão de medula e lesões subcorticais, pelo risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna.**



# Conclusão do módulo

Gostaríamos de salientar que a incorporação concreta e sistematizada de ações de saúde mental na Atenção Básica tem exigido mudanças na forma de atuar não só dos trabalhadores da Atenção Básica, mas também dos profissionais da saúde mental. A equipe de Saúde da Família propõe radicalismo na operação da chamada “clínica,” no território, aquela que explora o potencial da comunidade e atua de forma mais pragmática nas diversas esferas sociais, muitas vezes extremamente desfavoráveis para os sujeitos que nelas habitam. Antes no divã e agora no território, como espaço terapêutico – o território como espaço terapêutico!

A parceria com a equipe de Saúde da Família retira o profissional psi do centro da condução de uma parcela significativa de casos, exigindo um reposicionamento menos narcísico e mais generoso, especialmente no que diz respeito à transmissão do conhecimento.

Espero que este curso tenha provido você, profissional de equipe da Saúde da Família, com ferramentas básicas e necessárias para a atuação clínica e organizacional da assistência em saúde mental no território onde você atua. Também espero que você tenha sido provocado o suficiente para que promova formas criativas de relacionamento com a rede e/ou com os profissionais de saúde mental da sua região.

Apostamos na potencialidade de uma relação sinérgica entre a Atenção Básica e a referência em saúde mental, já que seus princípios assistenciais convergem para pontos muito semelhantes: atenção focada na comunidade, prática do acolhimento, respeito às diferentes necessidades das pessoas, inclusão social, atenção à saúde de forma ativa, territorializada e com atuação interdisciplinar. Ambos, Atenção Básica e referência em saúde mental, trabalham com pouca utilização das chamadas “tecnologias pesadas” (procedimentos de alto custo em ambientes controlados), mas exigem a incorporação das “tecnologias leves” (centradas nas competências de intervenção interpessoal em ambientes imprevisíveis). São, portanto, práticas em saúde que trabalham de forma complexa, delicada e com possibilidades de gerarem encontros inovadores, desde que os agentes envolvidos estejam abertos, sem a imposição prévia de saberes.

Quem sabe, assim, poderemos construir uma lógica de atenção em saúde que dispense a chamada referência e contrarreferência como clínica da desresponsabilização, quando quem encaminha “se sente aliviado” e quem recebe “arca com o ônus” do encaminhamento. Esperamos constituir, de fato, uma parceria que só será consolidada na prática a partir do **cuidado compartilhado** junto ao portador de transtorno mental, em que cada agente de saúde colabora com o que tem de melhor.

Nessa lógica de atendimento, que prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários, a trajetória do tratamento se organiza tendo como eixo central o sujeito e suas vicissitudes. O lócus do tratamento passa a ser mutável ao longo do tempo, com mais intensificação no ponto da rede onde o tratamento demonstra ser mais viável, seja na Atenção Básica, nos serviços especializados ou em ambos. Ali se constituirá o ponto de referência sem que os outros agentes lavem suas mãos. Assim, todos seremos responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade.

Afinal, o SUS somos todos nós!

Boa sorte!



# Referências

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)>

DELGADO, P. G. G. et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil. In: **Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 9-15. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2009.

BUSNELLO, E. D. et al. Identificação e manejo dos doentes mentais num local de cuidados primários em Porto Alegre, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, v. 32, n. 6, p. 359-63, 1983.

IACOPONI, E. **The detection of emotional disorders by Primary Care Physicians**: a study in São Paulo, Brazil. Tese (Doutorado). London: University of London, 1989.

MARI, J. J. Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. Berlim: Springer International, v. 22, p. 129-38, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

VILLANO, L. A. B. et al. Results from the Rio de Janeiro center. In: ÜSTUN, T. B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in general health care**: an international study. Chichester: John Wiley & Sons, 1995. p. 227-245.



# Apêndice

Leituras obrigatórias, leituras recomendadas,  
outras referências e endereços úteis na web

### Leituras obrigatórias

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**: Linha Guia da Saúde Mental. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2006. 238 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2009.

CHIAVERINI, D.H. et al. (org.) Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p.

LARANJEIRA, R. *et al.* (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003. 120 p.

### Outras referências

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatry**. London: The Royal College of Psychiatrists, v. 171, p. 524-9, 1997.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995a.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. **Primary care version**. 4. ed. Washington: APA, 1995b.

AYARRA, M.; LIZARRAGA, S. Malas noticias y apoio emocional. **Anales Sis San Navarra**, v. 24, p. 55-63, 2001. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple7a.html>>. Acesso em: 23 jun. 2009.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1996.

BEZERRA JÚNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p. 171-91.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. cap. 3, p. 71-90.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRIDGES, K.W.; GOLDBERG, D. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. **Journal of Psychosomatic Research**. London, Oxford: Pergamon Press, v. 29, p. 563-9, 1985.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

EM NOME da razão. Direção de Helvécio Ratton. Produção de Tarcísio Vidigal, Grupo Novo de Cinema e Associação Mineira de Saúde Mental. Barbacena, outubro 1979. Windows Media Player (24 min.).

SCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FORTES, S. **Estudo da demanda de transtornos mentais em unidades do programa de saúde da família (PSF) do Município de Petrópolis (RJ)**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, D. A. *et al.* **Saúde mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock/ Routledge, 1992.

GOLDBERG, D. P.; BRIDGES, K. Somatic presentation of psychiatric illness in Primary Care Setting. **Journal of Psychosomatic Research**. London, Oxford: Pergamon Press v. 32, p. 137-44, 1988.

GUREJE, O. *et al.* Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. **The American Journal of Psychiatry**. Arlington, VA: American Association of Psychiatry, v. 154, n. 7, p. 989-95, 1997.

KIRMAYER, L. J. *et al.* Somatization and recognition of depression and anxiety in primary care. **The American Journal of Psychiatry**. Arlington, VA: American Association of Psychiatry, v. 150, p. 734-41, 1993.

KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. **Currents concepts of somatization: research and clinical perspective**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991.

LEWIS, G. *et al.* Socioeconomic status, standard of living and neurotic disorder. **The Lancet**, Elsevier, v. 352, p. 605-9, 1998.

LLOYD, G. Psychiatric Syndromes with a somatic presentation. **Journal of Psychosomatic Research**. London, Oxford: Pergamon Press, v. 30, n. 2, p. 113-20, 1986.

LOBO, A. *et al.* Somatisation in primary care in Spain: estimates of prevalence and clinical characteristics. **British Journal of Psychiatry**. London: Royal College Of Psychiatrists, v. 168, p. 344-8, 1996.

LOPES, C. S. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró- Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 19, n. 6, p. 1713-20, 2003.

LUDEMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental disorders in northeast Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. Berlim: Springer International, v. 36, p. 101-7, 2001.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011. Disponível em: <<http://www.apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>

MERHY, E. E. **A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde mental em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 33, p. 83-9, 1991.

MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia**: uma tensão permanente do ato cuidador. Campinas, 1998.

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MIRANDA, C. M. L. **O parentesco imaginário**. São Paulo: Cortez, 1994.

PEREIRA A.A., VIANA P.C.M. **Saúde Mental** – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

PEVELER, R.; KILKENNY, L.; KINMONTH, A. L. Medically unexplained symptoms in primary care: a comparison of Self – report screening questionnaires and clinical opinion. **Journal of Psychosomatic Research**. London, Oxford: Pergamon Press, v. 42, n. 3, p. 245-52, 1997.

PIANCASTELLI CH, DI SPIRITO GC. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2013. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo\\_5/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_5/3)>

PICCINELLI, M.; SIMON, G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress: an international study in primary care. **Psychological Medicine**. London: British Medical Association, v. 27, p. 433-4, 1997.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research and practice**. Chicago, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**. Washington, DC: American Psychological Association, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

RODRIGUES, M. S. P. **Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental**: perfil dos clínicos gerais/médicos de família dos centros de saúde da área de intervenção do Hospital São Francisco Xavier. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ensino Pós-Graduado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1996.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROSA, L. C. S. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: **Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-8.

SHAPIRO, S. et al. Utilization of health and mental health services. **Archives of General Psychiatry**. Chicago: American Medical Association, v. 41, p. 971-8, 1984.

SILVA, A. D. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**: décadas de 60 e 90. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 1999. mimeo.

SIMON, G. E.; VONKORFF, M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiological catchment area study. **American Journal of Psychiatry**. Arlington, VA: American Association of Psychiatry, v. 148, p. 1494-1500, 1991.

ÜSTUN, T. B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in general health care**: an international study. Chichester, GB-WSX: John Wiley & Sons, 1995.

VILLANO, L. A. **Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos**: o ambulatório de clínica geral. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo/EPM, São Paulo, 1998.

WEICH, S. et al. Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. **British Journal of General Practice**. London: Royal College of General Practitioners, v. 45, n. 392, p. 143-7, 1995.

### **Endereços úteis na web**

#### **Sites de Saúde Mental voltados para o público em geral**

<<http://www.ifb.org.br/>>.

Eventos de saúde mental, capacitações e orientações voltadas para profissionais de saúde, pacientes e familiares de portadores de transtornos mentais no Brasil.

<http://www.adroga.casadia.org/>

Ótimas informações sobre orientação familiar para usuários de droga.

<<http://www.mentalhealth.com/>> (em inglês).

<<http://www.mind.org.uk/>> (em inglês).

<<http://www.mentalhealth.org.uk/>> (em inglês).

**Sites de Saúde Mental voltados para os profissionais de saúde:**

<[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/index.asp](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp)>.

Sítio do Ministério da Saúde com publicações da área temática saúde mental.

<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/>>.

Informações gerais sobre transtornos mentais e psiquiatria>.

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>.

Sítio governamental sobre a política de drogas no Brasil, com disponibilidade de cartilhas educativas sobre o tema de álcool e drogas, dirigido para a comunidade.

<<http://www.supera.org.br/senad>>.

Curso a distância de 80 horas, sobre dependência química, oferecido regularmente para profissionais de saúde.

**Site com fontes de revisão sistemática ou consensos em saúde mental para tomada de decisões clínicas:**

<<http://www.consensos.med.br/>>



---

Apoio

---



Ministério da Educação



Ministério da Saúde



---

Realização

---

