

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.

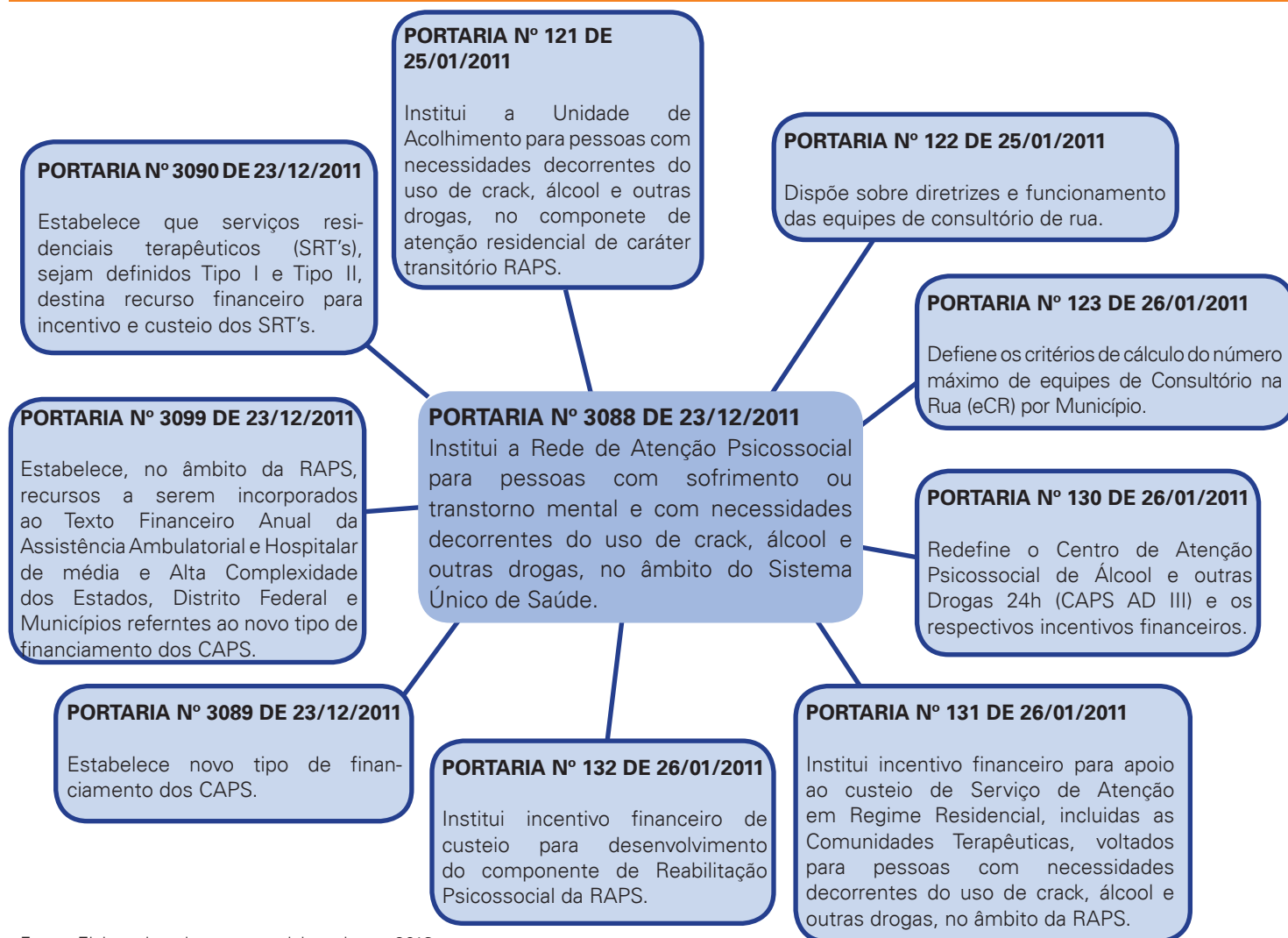
Figura 2 – Atenção Básica, instância coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial .



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 norteadas 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 contraturalidade 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.

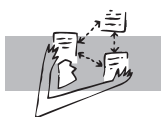
Outro cenário importante para o processo de reabilitação é o **trabalho como valor social**. Não o trabalho que apenas entretém o usuário, mas o que gera lucro e insere o indivíduo socialmente. Em uma sociedade ditada pelo capital, pouco permeável às diferenças que existem entre os seres humanos, transformar 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 “poliqueixosos”, 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 (avaliar 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 inadequada 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
NÍVEL 1		
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.
NÍVEL 2		
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.
NÍVEL 3		
Suspeita de problema orgânico – delírium 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 ambulatorios 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.