

Atenção de Urgência e Emergência

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

Atenção Psicossocial Especializada

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

# Rede de atenção: saúde mental

Autor:  
Alexandre de Araújo Pereira

Colaboradoras:  
Paula Cambraia de Mendonça Vianna  
Lourdes Aparecida Machado  
Marília Rezende da Silveira

# Rede de atenção: saúde mental

Autor:

Alexandre de Araújo Pereira

Colaboradoras:

Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Lourdes Aparecida Machado

Marília Rezende da Silveira

Belo Horizonte  
NESCON - UFMG  
2020

# CRÉDITOS

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Ministro da Saúde:** Nelson Teich  
**Secretário de Atenção Primária à Saúde:** Erno Harrzheim  
**Secretaria de Atenção Especializada à Saúde:** Francisco de Assis Figueiredo  
**Secretaria de Vigilância em Saúde:** Wanderson Kleber  
**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:** Mayra Pinheiro  
**Secretária Executiva da Universidade Aberta do SUS:** Maria Fabiana Damásio Passos

## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**Ministro da Educação:** Abraham Bragança de Vasconcelos Weintraub  
**Secretário Educação Superior da SESU:** Wagner Vilas Boas de Souza

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Reitora:** Sandra Regina Goulart Almeida  
**Vice-Reitor:** Alessandro Fernandes Moreira  
**Pró-Reitor de Pós-Graduação:** Fábio Alves da Silva Junior  
**Pró-Reitora de Extensão:** Cláudia Andrea Mayorga Borges  
**Diretora do Centro de Apoio à Educação a Distância:** Eliane Marina Palhares Guimarães  
**Coordenador do Sistema Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG):** Carlos Henrique Costa Moreira  
**Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG:** Edison José Corrêa  
**Faculdade de Medicina**  
**Diretor:** Humberto José Alves  
**Vice-Diretora:** Alamanda Kfoury Pereira  
**Escola de Enfermagem**  
**Diretora:** Sônia Maria Soares  
**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional**  
**Diretor:** Gustavo Pereira Côrtes  
**Faculdade de Odontologia**  
**Diretor:** Henrique Pretti

## Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

**Diretor:** Francisco Eduardo de Campos  
**Vice-Diretor:** Edison José Corrêa  
**Coordenador Acadêmico:** Raphael Augusto Teixeira de Aguiar  
**Coordenadora Administrativa e Financeira:** Mariana Aparecida de Lélis  
**Coordenadora de Design Educacional (DE):** Sara Shirley Belo Lança  
**Gerente de Tecnologias da Informação (TI):** Gustavo Silva Storck  
**Gestora Acadêmica:** Roberta de Paula Santos  
**Revisor institucional:** Edison José Correa, José Maurício Carvalho Lemos, Maria Auxiliadora Córdova Christófaro  
**Coordenação Técnico-pedagógica:** Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, Matilde Cadete Miranda  
**Produção Desenvolvimento Web e Administração Moodle:** Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Freitas da Silva Pereira, Simone Myrrha  
**Apoio Técnico:** Leonardo Aquim de Queiroz, Michel Bruno Pereira Guimarães  
**Designer Educacional:** Angela Moreira  
**Ilustrador:** Bruno de Moraes Oliveira  
**Web Designer:** Felipe Thadeu Carmo Parreira  
**Produtor Audiovisual:** Edgard Antônio Alves de Paiva  
**Diagramadora:** Giselle Belo Lança Antenor Barbosa  
**Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG:** (<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>)  
Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar  
CEP 30.130-100  
Belo Horizonte – MG – Brasil  
Tel.: (55 31) 3409-9673  
Fax: (55 31) 3409-9675  
E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

© 2020, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

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>>

## ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores deste curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento desta publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente, importantes em relação a medicamentos e protocolos em relação a saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) - UNA-SUS.

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

S255 Saúde mental / Alexandre de Araújo Pereira ... [et al.]. – Edição Revisada. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2020  
58 p.: il.

Colaboradoras: Paula Cambraia de Mendonça Vianna. Lourdes Aparecida Machado. Marília Rezende da Silveira.

ISBN: 978-65-86593-00-6

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

NLM: WM 140

CDU: 613.86

# Sumário

<b>Apresentação do autor e de colaboradoras.....</b>	<b>6</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>Unidade 1 - Construção histórica, política e cultural do transtorno mental no Brasil.....</b>	<b>9</b>
Seção 1- Modelo de Atenção em Saúde Mental.....	11
Seção 2 - Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira: breve histórico.....	14
<b>Unidade 2 - A Rede de Atenção em Saúde Mental: o cuidado e a clínica .....</b>	<b>20</b>
Seção 1 - Rede de Atenção Psicossocial.....	22
Seção 2 - Cuidado em Saúde Mental .....	27
Seção 3 - Epidemiologia dos transtornos mentais .....	32
Seção 4 - Orientações para avaliação de Saúde Mental .....	35
<b>Unidade 3 - Casos clínicos.....</b>	<b>44</b>
Seção 1 - Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos .....	46
Seção 2 - Somatização ou queixas somáticas inexplicadas .....	47
Seção 3 - Transtorno depressivo com risco de suicídio.....	48
Seção 4 - Dependência química .....	49
Seção 5 - Transtorno psicótico .....	50
Seção 6 - Transtorno mental na infância.....	51
Seção 7 - Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas na adolescência .....	52
<b>Conclusão.....</b>	<b>53</b>
<b>Referências.....</b>	<b>54</b>

## Apresentação do autor e de colaboradoras

### Autor:

#### **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 e Doutor em Medicina pela UFMG. Docente do Curso de Medicina e do Mestrado de Ensino em Saúde da Universidade de José do Rosário Vellano – UNIFENAS/BH e Fellow do Programa Faimer Brasil 2011. Foi Coordenador de Saúde Mental de Sobral - CE (2001–2004) e Referência Técnica de Saúde Mental de Betim – MG (2006–2008).

### Colaboradoras:

#### **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.

#### **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.

# Rede de atenção: saúde mental

## Introdução

Como forma de discutir e avaliar a saúde mental esta disciplina foca nos problemas e situações clínicas prevalentes no atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial na Atenção Básica tendo como referência o território de uma Equipe de Saúde Família (eSF).

A organização da RAS em Saúde Mental no território implica em ações de cuidado que extrapolam o campo específico de atuação individual. A Saúde Mental é uma área de especialidade que exige conhecimento e atuação interdisciplinar e multiprofissional. 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, a disciplina de Saúde Mental estabelece várias conexões com outras disciplinas de cursos ofertados pelo Nescon, ao longo dos ciclos de vida. Envolver a eSF nas discussões sobre o tema pode ser entendido como uma forma de reorganizar a atenção em Saúde Mental na comunidade, com vistas a garantir o cuidado efetivo e com qualidade, sustentado na autonomia e na habilidade da pessoa com transtorno mental.

Considerando que não há uma forma de agir pronta, descontextualizada das condições concretas de cada caso, a interação e o diálogo entre os membros das eSF e usuários dos serviços de saúde e seus familiares, é o princípio que orienta o cuidado com a pessoa que apresenta sofrimento mental significativo.

Nesta perspectiva, a metodologia utilizada na disciplina é baseada na problematização da realidade. Tal concepção pedagógica parte do princípio de que o aluno é sujeito ativo no processo de ensino-aprendizagem, e o cotidiano de trabalho é ponto de partida para a construção do conhecimento, por meio de aproximações sucessivas do objeto a ser apreendido. Importante salientar que todos aprendemos a partir do nosso referencial de vida, da nossa inserção na cultura e nas relações estabelecidas com os demais atores sociais. O saber, portanto, 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 determinado problema. A diversidade dos sujeitos implicados, seus contextos e limites de recursos disponíveis são os elementos que norteiam as medidas possíveis a serem adotadas. A expectativa é que a partir do acesso às ferramentas de atuação no âmbito da saúde mental, os profissionais da atenção básica possam ampliar as suas competências profissionais em Saúde Mental, atuando de forma mais resolutiva e segura na RAS.

Para tanto, a disciplina aborda, na primeira unidade, uma revisão teórica para fundamentar as ações de Saúde Mental realizadas em um dado território. A segunda discute a Rede de Atenção e Saúde Mental – o cuidado e a clínica. Na terceira, são apresentados e discutidos casos clínicos.

Espera-se que, ao final desta disciplina, 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;
- analisar as políticas e o modelo assistencial para a saúde mental preconizados pelo SUS;
- compreender o conceito de transtorno mental, suas causas, prevalência na comunidade e a importância do tratamento;
- elaborar o diagnóstico da atenção à saúde mental na área de atuação, enfocando as políticas de saúde mental, os recursos humanos, materiais e equipamentos disponíveis;
- planejar ações estratégicas para a atenção em saúde mental no território, tendo como referência os princípios da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira;
- reconhecer as principais síndromes psiquiátricas;
- estabelecer condutas terapêuticas;
- referenciar corretamente os portadores de transtornos mentais de acordo com o risco envolvido.

# Unidade 1

Construção histórica, política e cultural  
do transtorno mental no Brasil

# UNIDADE 1

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

Apresenta conceitos fundamentais para construção do mapa conceitual e contextual de saúde mental no território, dado que a compreensão desses conceitos e a análise da realidade da atenção em Saúde Mental são fundamentais para a elaboração de estratégias de intervenção.

Ao final desta unidade, 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.
- analisar as políticas e o modelo assistencial para a Saúde Mental preconizados pelo SUS.
- compreender a multicausalidade do adoecimento psíquico.

## Seção 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 das pessoas, para as características sociorregionais e para o oferecimento dos serviços. Segundo 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.

Em saúde mental, precisamos saber, por exemplo, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas demandas da pessoa, 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.

Na sociedade contemporânea, a ciência não é certeza de estabilidade. Cada vez mais, as diferentes sociedades tratam os fenômenos da vida cotidiana como processos em constante transformação e movimento.

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual direciona, com mais frequência, a caminhos diversos: 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 consideramos o contexto sociocultural em que ela ocorre.

A saúde mental não pode ser reduzida à ausência de transtornos psíquicos, uma vez que é a saúde mental que fornece a identidade social, a 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”.

Portanto, a maneira como entender e lidar 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 aponta a saúde e a doença como construções da cultura.

## Quadro 1 - Atribuições comuns aos diversos membros da equipe

Partindo da premissa de que o adoecimento psíquico é geralmente multicausal, ou seja, é resultante de fatores biológicos, sociais e culturais, é fundamental que a equipe de Saúde da Família conheça bem a comunidade onde atua. Nesta atividade sistematize o conhecimento sobre a comunidade do território de atuação da eSF. Para tanto, faça um texto sucinto no qual essa comunidade seja descrita. Perguntas norteadoras:



## Seção 2

# Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira: breve histórico



No Brasil, a segregação e a exclusão social marcaram a assistência psiquiátrica até o fim da década de 1970, o que implicou na ruptura dos vínculos sociais nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da família, da política, da cultura, ou seja, rompeu-se os vínculos que conferem ao indivíduo sua identidade social. Aquela época, o tratamento psiquiátrico, especialmente dos transtornos mentais mais severos, se restringia à assistência hospitalar. Nos últimos 40 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.

### 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 repercussão artística e social, produzido no final da década de 1970. A instituição abordada é o Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fruto do intenso movimento de reforma do modelo assistencial ocorrido no Brasil, nos últimos 40 anos essa instituição, atualmente, encontra-se bastante diferente do que é mostrado no filme.

O vídeo está na biblioteca virtual do Nescon. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001414>>

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

No seu início, o MTSM buscava 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).

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 necessitava de redefinição política e ética do espaço público que garantisse o direito à diferença pautada no direito de não sermos iguais uns aos outros, de termos nossas próprias indagações, escolhas e projetos no direito a ser 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.

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, especialmente relacionada ao atendimento de crianças e adolescentes e dos problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas. Há pelo menos duas décadas, a 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).

### **PENSE NISSO!**

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).

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 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 da diferença na cidade, nos bairros, nas ruas, nas escolas, nas famílias. Enfim, em todos os espaços 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 as pessoas desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento das pessoas e muito poucos para a modificação das crenças e dos preconceitos da sociedade em relação ao doente mental.
- O planejamento é deficiente e inexistente a 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.

### **PARA SABER MAIS!!!**

Para melhor compreensão de como funciona uma **Rede de Assistência Integrada de Saúde Mental**, que foi organizada a partir do fechamento de um hospital psiquiátrico de baixa resolução e precárias condições de atendimento, assista ao vídeo que descreve a **experiência do Município de Sobral no Ceará**.

O vídeo está na biblioteca virtual do Nescon. **Disponível em:** <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001374>>

## Resumindo:



Nos últimos 40 anos o Brasil tem construído um modelo assistencial baseado na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, antes asilados em hospitais psiquiátricos. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma da Assistência Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação das políticas públicas que alicerçam os paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.

# Unidade 2

A Rede de Atenção em Saúde Mental:  
o cuidado e a clínica

## UNIDADE 2

# A Rede de Atenção em Saúde Mental: o cuidado e a clínica

Nesta unidade são apresentadas ferramentas práticas que facilitam a atuação das eSF no enfrentamento dos principais transtornos mentais identificados na população, em determinado território.

Os textos de apoio possibilitam construir propostas de atuação compatíveis com a realidade local, considerando os casos apresentados.

A expectativa é que, ao final desta unidade você alcance os seguintes objetivos:

- compreender como está organizada a Rede de Atenção em Saúde Mental;
- compreender o conceito de transtorno mental, principais causas, prevalência e importância do tratamento;
- planejar ações estratégicas para a atenção em saúde mental no território, tendo como referência os princípios da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira;
- estabelecer condutas terapêuticas;
- referenciar corretamente os portadores de transtornos mentais de acordo com o risco envolvido.

## Seção 1

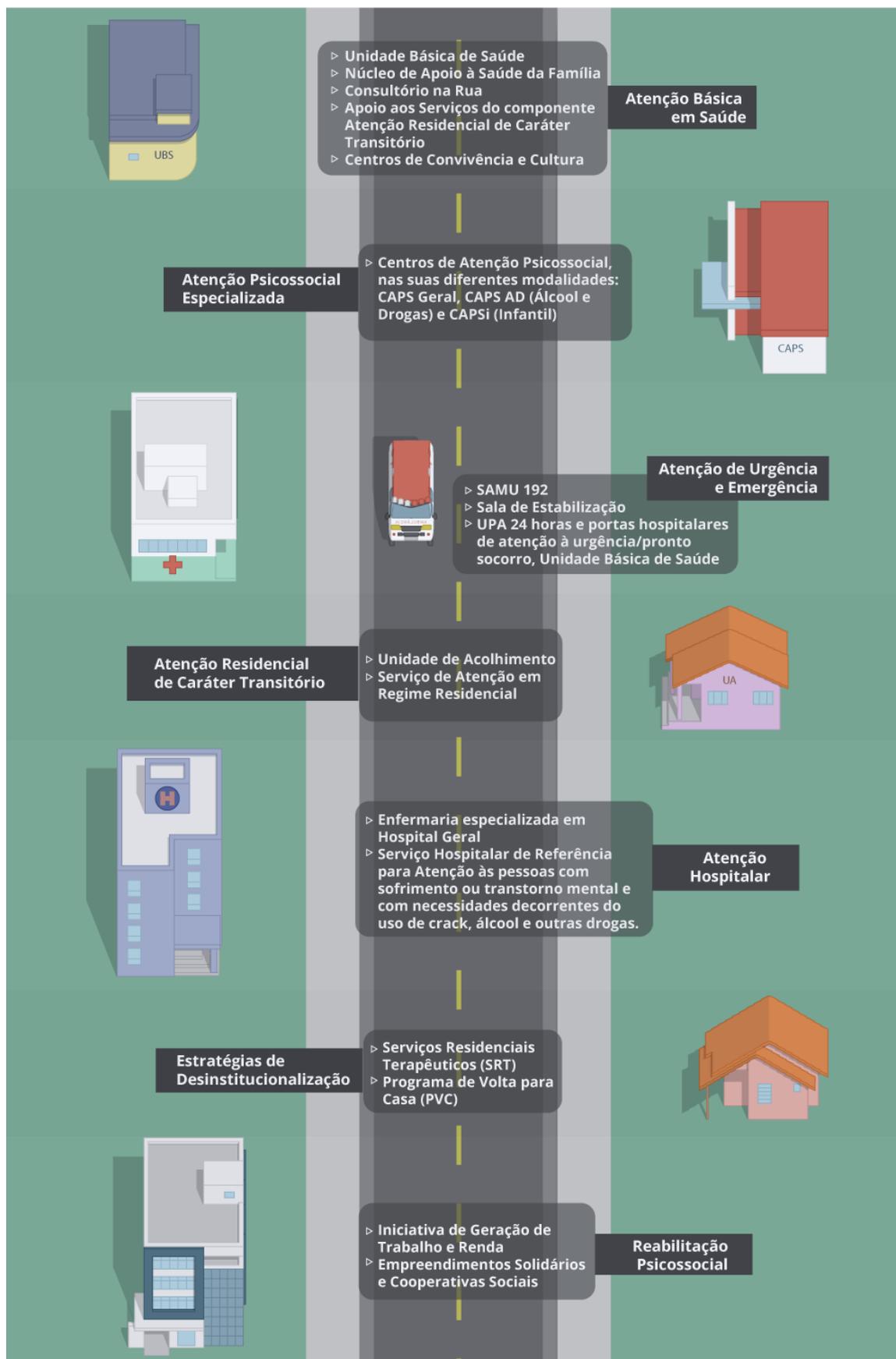
# Rede de Atenção Psicossocial

A construção da Rede de Atenção Psicossocial apresenta 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 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com a meta de oferecer e prestar atendimento clínico a pessoa 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 a pessoa 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 e finais de semana), a implantação do Programa de Volta Para Casa e a construção de ações intersetoriais que têm se revelado como algo de grande valia no fortalecimento dessa rede.

A Rede de Atenção Psicossocial está constituída por componentes que atendem à normas e protocolos definidos pelo SUS (Figura 1).

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



Esta rede de serviços articulados entre si segue uma lógica diversa do que é usada no hospital psiquiátrico, buscando a liberdade, a participação social e a cidadania das pessoas.

Pessoas com transtorno mental mantêm o direito de ter assegurada sua trajetória de vida no espaço social, inclusive de acesso aos serviços de saúde, o que poderá contribuir de forma significativa na articulação de recursos (Figura 2).

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

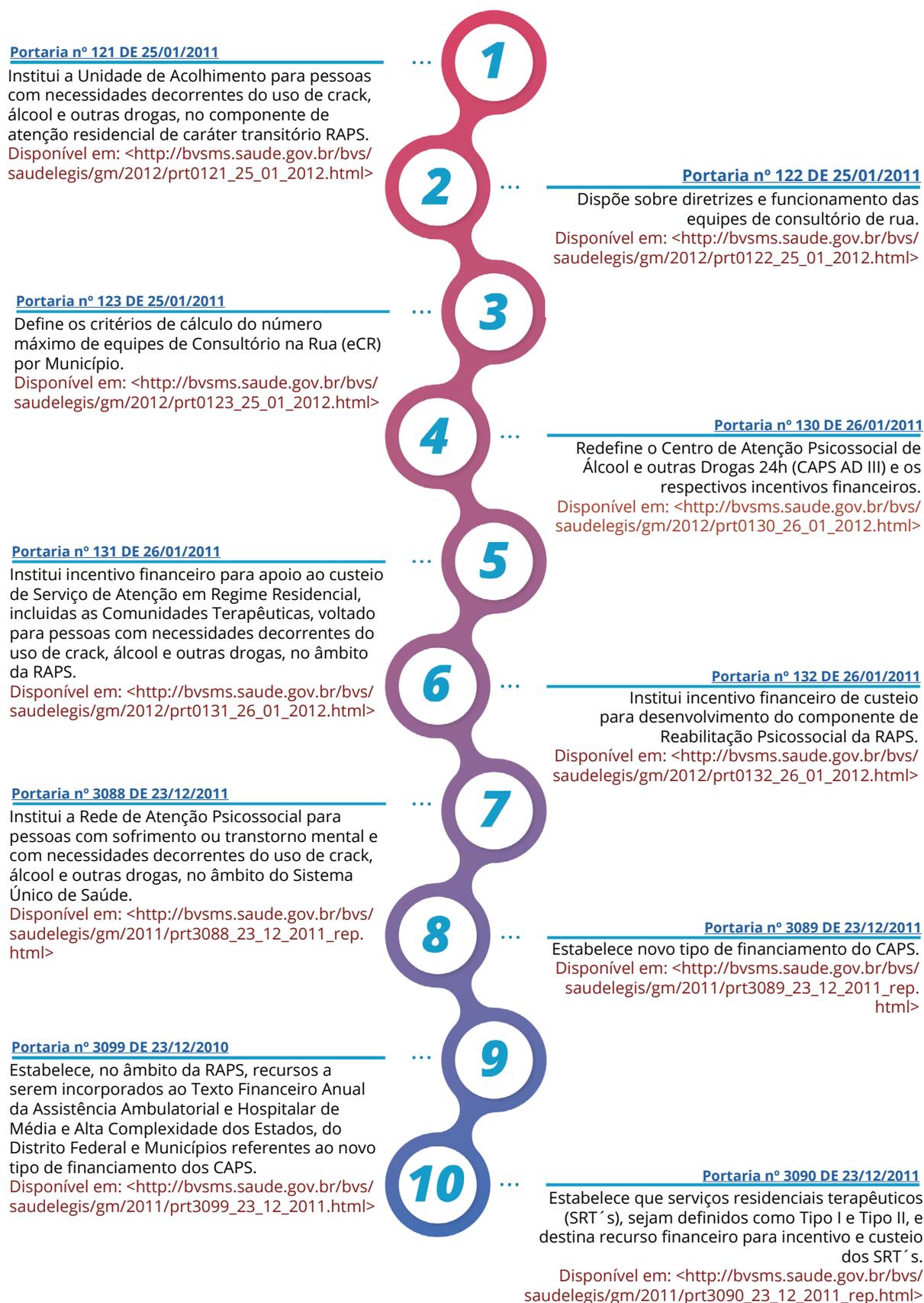


Necessário estar atentos às portarias que instituem a Rede de Atenção Psicossocial derivadas da Lei Federal 10.216 de 2001, que estabelece marcos a Assistência Psiquiátrica no Brasil. Essas portarias estão resumidas na Figura 3.

### RECOMENDAÇÃO

Leia a Lei Federal n. 10.216 de 2001, disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>

**Figura 3 - Portarias que instituem a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do SUS**



Fonte: Elaborado pelo autor e colaboradoras, 2013.

Há formas de monitoramento da pessoas de saúde mental na área de abrangência das eSF. No Quadro 2, apresentamos alguns indicadores considerados úteis para a avaliação do perfil dos problemas de saúde de um determinado território.

#### Quadro 2 – Roteiro de indicadores para auxiliar o diagnóstico de transtornos mentais no território

- 01** Número de internações psiquiátricas por ano.
- 02** Número de tentativas de suicídio atendidas por ano, incluindo proporção que evoluiu para óbito.
- 03** Número de pessoas acompanhadas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas por mês.
- 04** Número de pessoas acompanhadas com transtornos psicóticos por mês.
- 05** Número de pessoas em uso de antipsicóticos de depósito por mês.
- 06** Número de pessoas acompanhadas em uso de benzodiazepínicos por mês.
- 07** Número de encaminhamentos para os serviços de saúde mental por mês.
- 08** Presença de matriciamento regular da saúde mental (peso menos uma supervisão a cada dois meses, por profissional de saúde mental, nas unidades básicas de saúde).

## Seção 2

# Cuidado em Saúde Mental

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.

Podemos afirmar que cuidar é basicamente um ato criador, atento, perspicaz às necessidades e singularidades de quem o demanda. O cuidado é único e 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 assim definido:

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).

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 da pessoa. 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.

### **IMPORTANTE:**

Para minorar as dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o doente mental, o serviço deve estar apto a reduzir os riscos de recaída da pessoa; 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 fortalecimento da atuação multiprofissional.

A abordagem psicossocial acentua o reconhecimento do papel da pessoa com transtorno mental, 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).

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.

### **PENSE NISSO!**

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 (PITTA, 1996, p. 21).

É importante considerar os diferentes cenários apresentados por Saraceno (1996) para reabilitação psicossocial. Segundo este autor esse processo tem muito a ver com a casa, com o lugar que acolhe a pessoa, que atende às suas necessidades materiais e afetivas, destacando a diferença fundamental entre ‘estar em um 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 envolvimento da família (SARACENO, 1999). A família é, portanto, o lugar primeiro de qualquer intervenção de reabilitação.

Outro dado importante no processo de reabilitação é a inserção da pessoa com transtorno mental no trabalho. Na sociedade capitalista, pouco permeável às diferenças entre pessoas e classes sociais transformar as relações que existem entre essa sociedade e a pessoa com transtorno psíquico é um dos grandes desafios a ser enfrentado pela Reforma da Assistência Psiquiátrica.

Dessa maneira, a discussão sobre a reabilitação psicossocial necessita não apenas de mudanças na forma de assistência, mas também de transformações de ordem organizacional e jurídica e, sobretudo, da maneira como a sociedade percebe e convive com a loucura. A forma como os diversos atores sociais, profissionais da saúde, famílias e o Estado agem, faz com que seja reproduzido determinado modo de cuidar.

Ainda na perspectiva do cuidado, e, reafirmando a importância da atenção à pessoa 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 eSF 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 à comunidade ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva 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 volantes, ou pelos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família (NASF).

### **PARA SABER MAIS...**

Para melhor compreensão do conceito de matriciamento em saúde mental e de como pode ser a relação das eSF como a Rede de Atenção Psicossocial, assista ao vídeo **“Saúde Mental na Atenção Básica”** com o depoimento do professor Alexandre Pereira produzido pelo Nescon.

O vídeo está na biblioteca virtual do Nescon. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007979>>

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 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**, 2011.

O Guia está na biblioteca virtual do Nescon. **Disponível em:** <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002967>>

## Seção 3

# Epidemiologia dos transtornos mentais

A demanda de saúde mental 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) demonstram que é alta a prevalência de transtornos mentais atendidos 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 alta prevalência de transtornos mentais no perfil epidemiológico dos atendimentos da RAS. 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). 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 as pessoas atendidas em unidades especializadas (BRIDGES; GOLDBERG, 1985; GOLDBERG; BRIDGES, 1988; USTUN; SARTORIUS, 1995).

Nas pesquisas realizadas por Bridges e Goldberg (1985) esses quadros têm sido denominados transtornos mentais comuns (TMC). Diferenciam-se daqueles detectados nas unidades especializadas em saúde mental, onde geralmente são encontrados pessoas transtornos mentais (TMM) em situações de maior gravidade. A definição de TMC de Goldberg e Huxley é a seguinte: “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, 1995a). 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, por exemplo: de menos de 3% em São Paulo e Brasília e, de até 10% em Porto Alegre.

### PARA SABER MAIS...

Entre os estudos apresentados, o de Fortes (2004) merece ser destacada por tomar como cenário a estratégia Saúde da Família. Foram avaliados 714 pessoas atendidas em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Petrópolis/RJ, entre agosto e dezembro de 2002. A prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi obtida com base no *General Health Questionnaire* (GHQ12), com ponto de corte 2/3 em geral e 4/5 para transtornos graves. O perfil nosológico de 215 pessoas identificadas no rastreamento foi realizado por meio do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI:1). O perfil sociodemográfico e econômico e as informações sobre a rede social foram obtidos via GHQ12. 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, 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% das pessoas positivas ao GHQ12 apresentavam comorbidade ao CIDI. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre pessoa com TMC e o sexo feminino (OR=2,90), com 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) exerceu 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 eSF para a abordagem de problemas psicossociais. Fortes (2004) comenta que, embora frequente, o transtorno mental em pessoas atendidas na RBS costuma passar despercebido no atendimento. Segundo alguns

estudos internacionais, é pouca a eficiência do atendimento a essas pessoas na AB (KIRMAYER *et al.*, 1993; PEVELER; KILKENNY; KINMONTH, 1997). Um dos fatores que diminuem a qualidade do atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente diagnosticar e tratar as enfermidades mentais presentes na sua clientela habitual.

No Brasil, o atendimento realizado em unidades básicas de saúde tem sido objeto de estudos e pesquisas centrados na prevalência de transtornos mentais (Quadro 3).

**Quadro 3 - Prevalência de transtornos mentais em unidades de atenção à saúde, no Brasil, 2004.**

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 as dificuldades encontradas pelos profissionais da Atenção Básica para corretamente diagnosticar e tratar pessoas com transtornos mentais, destaca-se a forma em que o transtorno mental é apresentado, em geral, como queixa de sintomas que não são identificadas pelos médicos 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, pelos serviços de saúde (LLOYD, 1986).

## Seção 4

# Orientações para avaliação de Saúde Mental



É comum que demandas psicossociais na Atenção Básica não apareçam de forma clara nos atendimentos, especialmente se o profissional da saúde não explora a história pessoal das pessoas que procuram a UBS. 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 da pessoa, quase nunca é possível detectar problemas emocionais ou sociais que possam ter motivado a busca por atendimento.

É importante que os profissionais fiquem atentos aos sinais de problemas psicossociais quando ocorre:

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

Além dessas observações, 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. As principais queixas dos pacientes em relação aos seus médicos dizem respeito às dificuldades de comunicação, norteadas por uma visão médica muito biológica, centrada na doença e não na pessoa do doente. Saber comunicar de forma clara, considerar as visões de mundo do paciente, suas necessidades, seus medos, suas expectativas, são fundamentais para um atendimento clínico humanizado e efetivo.

### **PARA SABER MAIS...**

Para melhor compreensão dos aspectos subjetivos do atendimento clínico e da importância da escuta atenta e do atendimento centrado na pessoa e não na doença, assista ao vídeo **“O Encontro Clínico”**.

O vídeo está na biblioteca virtual do Nescon. **Disponível em:** <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ENCONTRO\\_clinico\\_Video\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ENCONTRO_clinico_Video_/735)>

## Dicas que auxiliam na identificação de problemas emocionais durante a entrevista clínica:

**01**

Estabelecer contato “olho no olho”: isso propicia o estabelecimento de relação de confiança entre a pessoa em atendimento e o profissional de saúde.

**02**

Começar com questões amplas e abertas e, posteriormente, utilizar perguntas fechadas: entrevistas diretivas, voltadas para o esclarecimento das queixas físicas, não propiciam exploração da vida pessoal.

**03**

Clarificar as queixas atuais: não é necessário que você explore toda a vida da pessoa para compreender o cotidiano, explore episódios recentes e construa a história pregressa aos poucos, de forma natural.

**04**

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.

**05**

Saber lidar com quem fala muito: 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 perspectiva mais produtiva e menos cansativa ou repetitiva.

**06**

Explorar problemas emocionais: perguntar “o que você sentiu” ou “o que passou pela sua cabeça” explorando determinada situação da vida da pessoa é uma atitude simples, mas que incita a expressão emocional durante a entrevista.

**07**

Estar atento às dicas verbais e não verbais da pessoa: a postura, a atitude e a expressão facial podem “falar” muito durante a entrevista; não despreze esses elementos e observe as mudanças ao longo do tempo.

**08**

Não ler enquanto estiver entrevistando: demonstre que todo o seu interesse e atenção estão focados na pessoa, que é ela o que importa para você naquele momento.

**09**

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.

### PARA SABER MAIS...

Sobre comunicação profissional/pessoa consulte o capítulo 5 do **“Guia Prático de Matriciamento da Saúde Mental”**. (CHIAVERINI, 2011).

O Guia está na biblioteca virtual do Nescon. **Disponível em:** <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002967>>

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.

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.* **Saúde mental na atenção básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009).

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

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 podem 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 da área da saúde.

Considerando os contextos (familiar, escolar, religioso) em que 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.

A relação entre os profissionais de Saúde Mental e da Atenção Básica deve ser pautada pelo cuidado compartilhado à pessoa com 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 a pessoa não pertence a esse 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 locus assistencial onde a demanda de saúde mental deve ser acolhida de forma resolutiva.

### **ATENÇÃO!**

Em saúde mental, não deve haver divisão de atendimento baseada apenas em grupos diagnósticos. Afirmativas do tipo “não vou atender a essa pessoa 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!

## NÍVEL 1

Caracteriza-se pelos casos mais prevalentes em saúde mental, aproximadamente 17% da população assistida. É geralmente composto de pessoas com autonomia para buscar e gerenciar o próprio tratamento. Trata-se de um grupo que apresenta transtorno 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 dessas pessoas 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

Caracteriza-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 buscar e gerenciar 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. As pessoas com transtorno mental, 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 visita domiciliar, principalmente executada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), é um recurso na abordagem desses problemas, já que o tratamento exige cuidado e monitoramento contínuo para inserir a pessoa com transtorno mental na comunidade. Visitas domiciliares dos demais profissionais da equipe, além dos ACS, são recomendadas.

## NÍVEL 3

Caracteriza-se por urgências ou emergências clínicas e/ou neurológicas que 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.

Tendo como referência a divisão apresentada anteriormente e levando em conta a expectativa de resolução dos problemas de saúde mental o esquema de orientação que auxilia a assistência pelos profissionais da Atenção Básica (Quadro 4).

**Quadro 4 - 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>		
<p>Reação aguda ao estresse (quadros reativos a situações de vida desfavoráveis: luto, perda de emprego, imigração, violência, etc.); ideação suicida sem planejamento, 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 de 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 a família.</p>	Alta resolubilidade	Será acionada sempre que o caso exigir
<b>NÍVEL 2</b>		
<p>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.</p>	Alta resolubilidade.	Será acionada sempre que o caso exigir

<b>NÍVEL 3</b>		
Suspeita de problema orgânico - <i>delirium</i> 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 pelo autor, 2020.

É importante considerar 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 com 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.

### **PARA SABER MAIS...**

Leia o texto **“Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”** (BRASIL, 2004).

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>>



# Unidade 3

Casos clínicos

## UNIDADE 3

### Casos Clínicos

O conteúdo desta unidade está organizado em dois blocos: inicialmente você assistirá a cinco vídeos (simulação de consultas) com situações e problemas que comprometem a saúde mental na população adulta e, na sequência você estudará dois casos clínicos relacionados à problemas comportamentais em crianças e adolescentes

Todas as situações descritas nos vídeos e nos casos clínicos foram conduzidas a partir de orientações clínicas embasadas na literatura e na medicina centrada na pessoa e suas necessidades.

O objetivo dessa Unidade é oferecer modelos de atendimento que possam facilitar a condução dos casos no seu território de atuação, analisar a assistência à pessoa com transtorno mental e, orientar a atuação do profissional de saúde para o atendimento nos serviços de atenção básica.

Nesta perspectiva, em relação aos vídeos (seções 1,2,3,4 e 5) atenda e siga este passo-a passo:

1. Assista ao vídeo da consulta médica;
2. Leia os textos de apoio sugeridos;

Quanto ao conteúdo das seções 6 e 7 leia os relatos e respectivos textos de apoio, depois responda às questões específicas, indicadas.

## Seção 1

# Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos



Assista ao vídeo **“Acho que vou ter uma coisa e vou morrer”** que está na biblioteca virtual do Nescon e leia os textos de apoio, respectivos.

**Vídeo disponível em:** <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ACHO\\_que\\_vou\\_ter\\_uma\\_coisa\\_e\\_vou\\_morrer\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ACHO_que_vou_ter_uma_coisa_e_vou_morrer_/735)>

### PARA SABER MAIS...

Para saber mais sobre a **Abordagem dos Transtornos de Ansiedade e Abuso de Benzodiazepínicos**, leia:

- Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, 2009 (Seção 2 e 3); e,
- o MI-GAP Manual de Intervenções da OMS, 2010.

## Seção 2

# Somatização ou queixas somáticas inexplicadas



Assista ao vídeo “**Estou muito doente doutor**” que está na biblioteca virtual do Nescon e leia os textos de apoio, respectivos.

Vídeo disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/ESTOU\\_muito\\_doente\\_doutor\\_\\_Video\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/ESTOU_muito_doente_doutor__Video_/735)>

### PARA SABER MAIS...

Sobre a **Abordagem da Somatização ou queixas somáticas inexplicadas** leia:

- Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, 2009 (Seção 2); e,
- o MI-GAP Manual de Intervenções da OMS (2010).

## Seção 3

# Transtorno depressivo com risco de suicídio



Assista ao vídeo “**A vida vale a pena?**” que está disponível na biblioteca virtual do Nescon e leia os textos de apoio, respectivos .

**Vídeo disponível em:** <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A\\_VIDA\\_vale\\_a\\_pena/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_VIDA_vale_a_pena/735)>

### PARA SABER MAIS...

Sobre a **Abordagem dos Transtorno depressivo com risco de suicídio**, leia:

- Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, 2009 (Seção 2);
- o MI-GAP Manual de Intervenções da OMS (2010); e,
- Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006.

## Seção 4

# Dependência química



Assista ao vídeo “**Não consigo me livrar disso**” que está disponível na biblioteca virtual do Nescon e leia os textos de apoio, respectivos .

**Vídeo disponível em:** <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/NAO\\_consigo\\_me\\_livrar\\_disso\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/NAO_consigo_me_livrar_disso_/735)>

### PARA SABER MAIS...

Sobre a **Abordagem da Dependência química**, leia;

- Diretrizes gerais para tratamento da síndrome de abstinência alcoólica, 2009 (Seção 3);
- Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, 2011 (Capítulo 4) e,
- MI-GAP Manual de Intervenções da OMS (2010).

## Seção 5

# Transtorno psicótico



Assista ao vídeo “**O que está acontecendo com ela?**” que está disponível na biblioteca virtual do Nescon e leia os textos de apoio, respectivos .

**Vídeo disponível em:** <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O\\_QUE\\_esta\\_acontecendo\\_com\\_ela\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_QUE_esta_acontecendo_com_ela_/735)>

### **PARA SABER MAIS...**

Sobre a **Abordagem de Transtorno psicótico**. leia:

- Atenção à Saúde Mental - Secretaria Estadual de Saúde de MG, 2006 (capítulos 6 e 7) e,
- o MI-GAP Manual de Intervenções da OMS, 2010.

## Seção 6

# Transtorno mental na infância

Leia o relato de caso e, na sequência, leia os textos de apoio, respectivos.



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 mudou 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 a 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-se, por solicitação da mãe, balançava o corpo repetidamente, mantendo o olhar dirigido em direção oposta aos presentes.

### PARA SABER MAIS...

Sobre **Transtorno mental na infância**, leia:

- Aspectos Psiquiátricos da Criança Escolar, 2009;
- Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, 2011 (capítulos 3 e 4); e,
- o MI-GAP Manual de Intervenções da OMS (2010).

## Seção 7

# Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas na adolescência

Leia o relato de caso e, na sequência, leia os textos de apoio, indicados.



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. Teve notícias da escola de 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, ela recorreu à ACS, Rosana.

### PARA SABER MAIS...

Sobre **Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas na adolescência**, leia:

- Aspectos Psiquiátricos da Criança Escolar, 2009;
- Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, 2011 (capítulos 3 e 4); e,
- o MI-GAP Manual de Intervenções da OMS (2010)

## Conclusão

A incorporação 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. Devemos apostar no Território como espaço terapêutico!

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 as Equipes de 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 Equipes de 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 *locus* do tratamento passa a ser mutável ao longo do tempo, com mais intensificação no ponto da Rede de Atenção em Saúde em que o tratamento demonstra ser mais útil para a pessoa atendida, seja na Atenção Básica, na Rede de Saúde Especializada ou em ambos os espaços terapêuticos.

# Referências

## 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.

ASSUMPÇÃO JR, F. B. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Rev Psicopedagogia**. v.26, n. 81, p. 441-57, 2009.

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

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, 2004. 86p.

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

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, v. 32, n. 6, p. 359-63, 1983.

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

DELGADO, P. G. G. *et al.* O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília. **Caderno de textos [...]**. Brasília: Ministério da 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.

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. vídeo (24 min), son., color.

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

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

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

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

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

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

KIRMAYER, L. J. *et al.* Somatization and recognition of depression and anxiety in primary care. **The American Journal of Psychiatry**. Arlington, VA, 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**, v. 352, p. 605-9, 1998.

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

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

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 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, v. 36, p. 101-7, 2001.

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, v. 33, p. 83-9, 1991.

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

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 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.

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

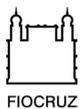
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MI-GAP. **Manual de Intervenções**: para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Brasília: OMS, 2010.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf). Acesso em: 16 jun. 2009.

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, v. 42, n. 3, p. 245-52, 1997.

- 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, 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.
- 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, 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, v. 148, p. 1494-1500, 1991.
- ÜSTUN, T. B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in general health care**: an international study. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
- 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.
- WEICH, S. *et al.* Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. **British Journal of General Practice**. London, v. 45, n. 392, p. 143-7, 1995.



**SGTES**



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

MINISTÉRIO DA  
**EDUCAÇÃO**

