

# 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

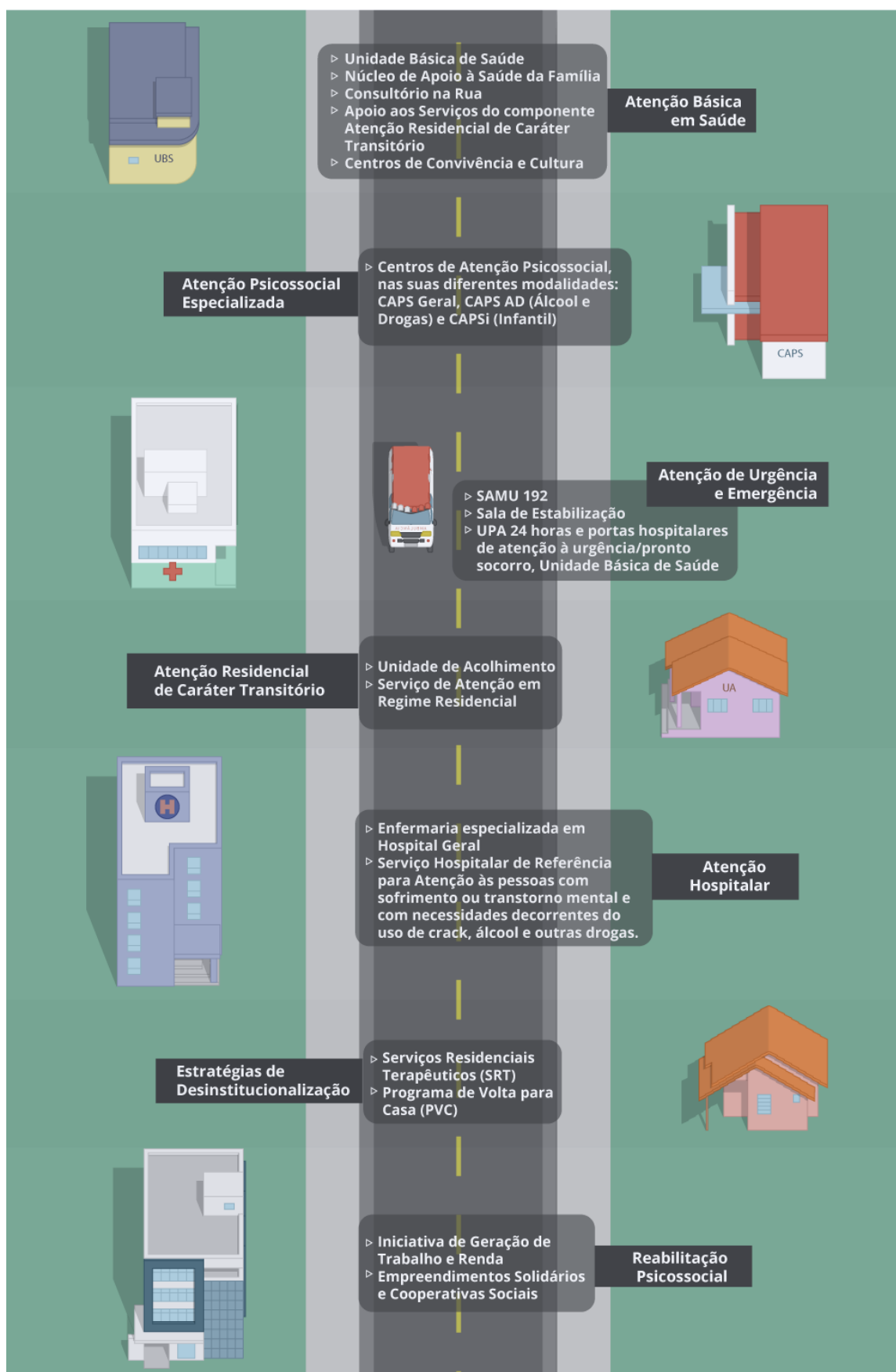
# Rede de Atenção Psicossocial

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**

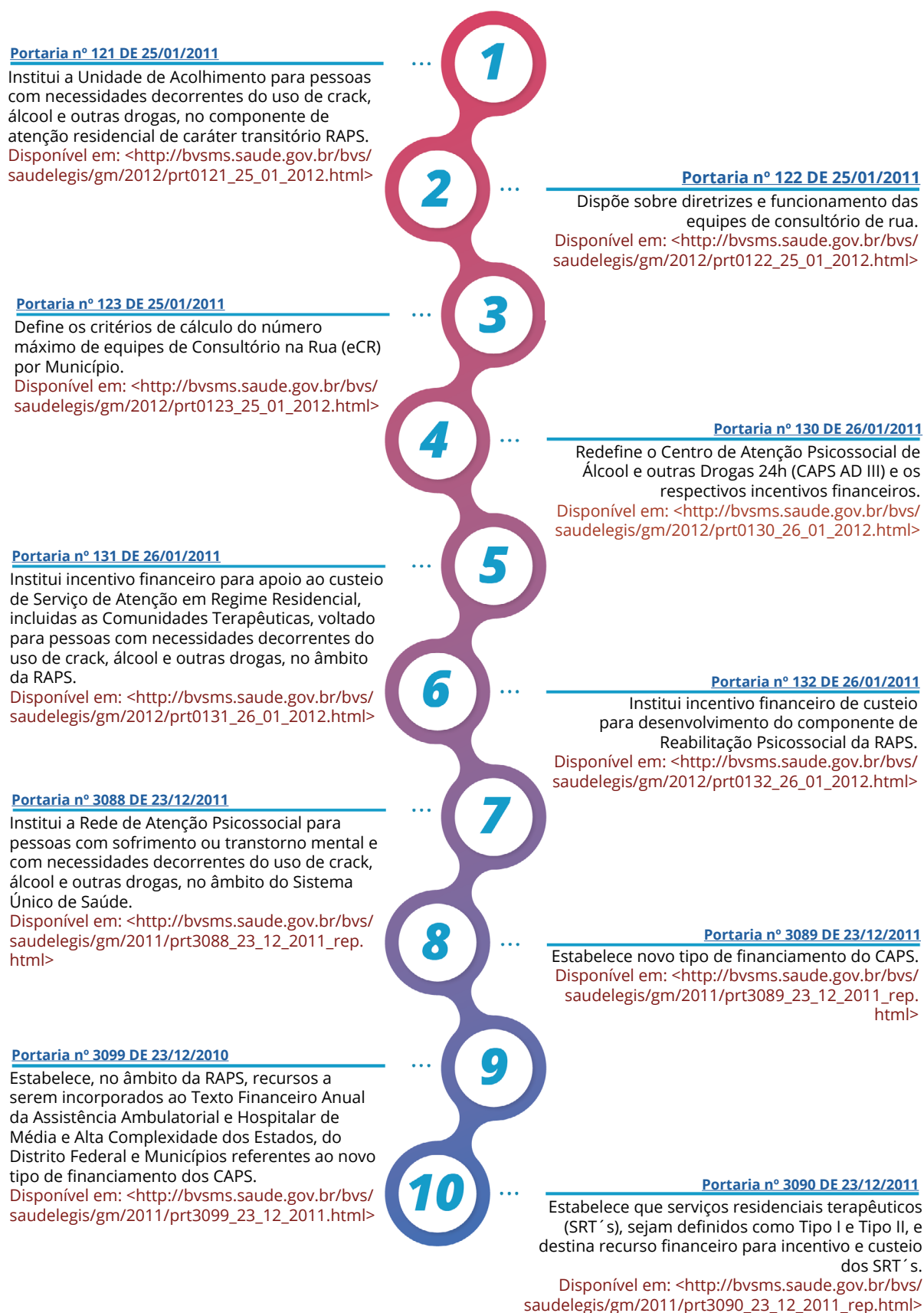


Necessário estar atentos às portarias que instituem a Rede de Atenção Psicossocial derivadas da Lei Federal 10.216 de 2001, que estabelece marcos a Assistência Psiquiátrica no Brasil. Essas portarias estão resumidas na Figura 3.

### 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 (peslo 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.

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.

**02****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.

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.

**04****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.

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.

**06****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.

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.

**08****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>>

