



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

**Florianópolis - SC
UFSC
2017**

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Gerência de Coordenação da Atenção Básica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Teleeducação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Elis Roberta Monteiro

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

AUTORES

Luana Gabriele Nilson

Luise Lüdke Dolny

Marceli Maria Rissi

Marcos Aurélio Maeyama

Marlon Alexandro Steffens Orth

REVISORES

Elis Roberta Monteiro

Josimari Telino de Lacerda

Luise Lüdke Dolny

Luiz Roberto Agea Cutolo

© 2017 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Núcleo Telessaúde Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900, Bairro Trindade, Florianópolis – SC
Disponível em: telessaude.sc.gov.br

CATALOGAÇÃO NA FONTE PELA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

S255 Saúde mental na atenção básica / autores, Marcos Aurélio Maeyama... [et al.]. - Florianópolis : UFSC, 2016.
51 p., il., gráfs., tabs., plantas

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental.
I. Dolny, Luise Lüdke. II. Nilson, Luana Gabriele. III. Rissi, Marceli Maria. IV. Orth, Marlon Alexandro Steffens. V. Título.

CDU: 614:35

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda
Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro
Design Gráfico: Catarina Saad Henriques
Ilustrações: Catarina Saad Henriques
Design de Capa: Catarina Saad Henriques e Vanessa de Luca

CURRÍCULO DOS AUTORES

Luana Gabriele Nilson

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestra em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família pela UFSC.

Luise Lüdke Dolny

Psicóloga, Doutoranda em Saúde Pública pela UFSC (2014), Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (2009), especialista em Educação a Distância (2012).

Marceli Maria Rissi

Médica da Atenção Básica do município de Xaxim/SC.

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor em Saúde Coletiva pela UFSC. Trabalha como professor na UNIVALI, no curso de Medicina na disciplina de Medicina de Família e trabalha como consultor no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina.

Marlon Alexandro Steffens Orth

Graduado em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí (2015), atualmente é médico contratado do Fundo Municipal de Saúde de São João do Oeste/SC.

SUMÁRIO

Apresentação do curso.....	7
Unidade 1 - O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica	10
Unidade 2 - O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica.....	18
Unidade 3 - Estratégias para implementação do Cuidado Integral em Saúde Mental.....	25
Unidade 4 - Trabalho em redes e Saúde Mental.....	38

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Saúde Mental na Atenção Básica!

O Brasil, assim como outros países no mundo, vivencia na última década um aumento na incidência de transtornos mentais como depressão, ansiedade e somatização.

As equipes de Atenção Básica, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, devem estar preparadas para acolher e manejar estes casos na perspectiva do modelo de atenção pautado na integralidade.

O Ministério da Saúde vem incentivando e publicando diversos materiais sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica e orientado o cuidado compartilhado em rede.

A partir destas diretrizes e orientações, os objetivos deste minicurso são:

- **Problematizar** a prática biomédica que se estabeleceu nos serviços de saúde no campo da saúde mental, que se expressa com a simples repetição de renovação da prescrição medicamentosa;
- **Revisar** os atributos da Atenção Básica à Saúde e correlacioná-los com o cuidado em saúde mental;
- **Discutir** a organização do processo de trabalho das equipes de ESF para atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental;
- **Conhecer** as possibilidades de cuidado compartilhado por meio da Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina e como a Atenção Básica faz parte dela.

Os conteúdos elaborados para atingir esses objetivos estão divididos em quatro Unidades de Aprendizagem, conforme tabela abaixo:

UNIDADE 1	O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica
UNIDADE 2	O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica
UNIDADE 3	Estratégias para implementação do Cuidado Integral em Saúde Mental
UNIDADE 4	Trabalho em Redes e Saúde Mental

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica

Autores:

Marcos Aurélio Maeyama

Marceli Maria Rissi

Marlon Alexandro Steffens Orth

O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Problematizar a prática biomédica que se estabeleceu nos serviços de saúde no campo da saúde mental, que se expressa com a simples repetição de renovação da prescrição medicamentosa.

Por que discutir o campo da Saúde Mental na Atenção Básica?

Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem atualmente cerca de 700 milhões de pessoas que sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos. Este número vem crescendo constantemente nas últimas décadas e, contudo, estas perturbações mentais ou problemas psicossociais não recebem a mesma atenção dada a outros problemas de saúde (OMS, 2013).

A exemplo do que acontece no mundo inteiro, no Brasil os transtornos mentais mais frequentes estão relacionados com a depressão, ansiedade e somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica) (BRASIL, 2013).

Outros estudos mostram que se incluirmos também aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico, a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a Atenção Básica (FORTES, 2008).



- Mas quem deve tratar os pacientes com sofrimento mental?

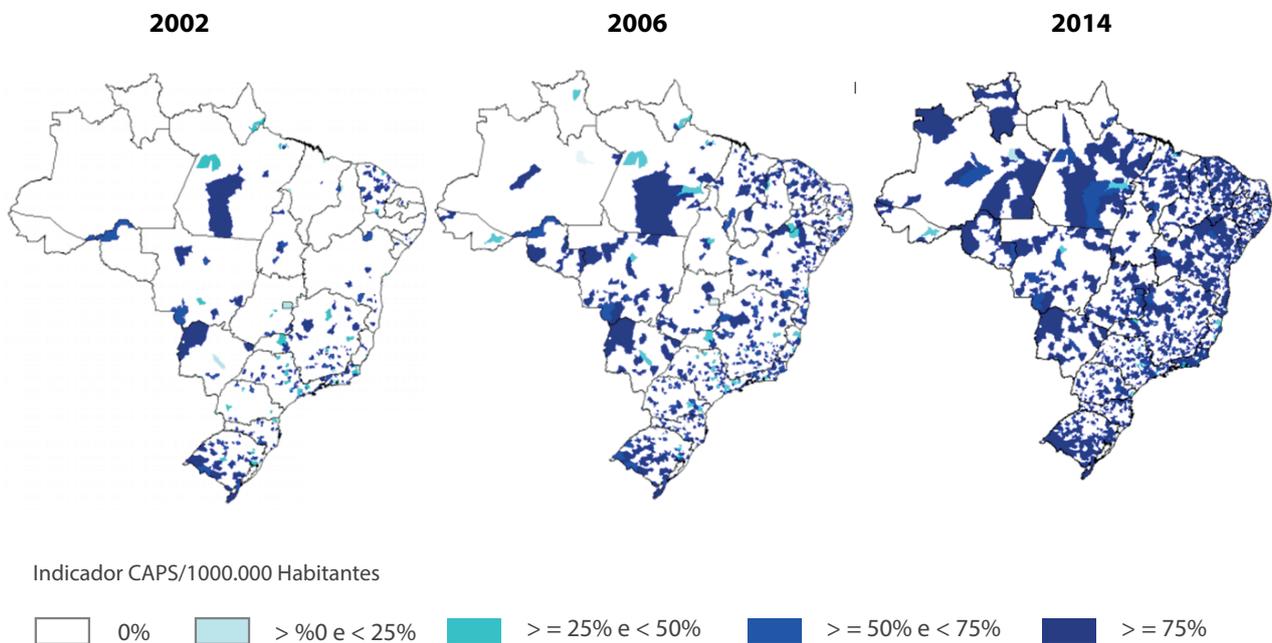
Desde a década de 1970, iniciou-se um movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que diante dos resultados insatisfatórios nos tratamentos de pessoas em sofrimento mental, que eram realizados em manicômios com isolamento social, buscava uma alternativa de reabilitação do indivíduo dentro do seu próprio contexto, ou seja, buscando a sua reinserção social.

O objetivo, portanto, era a desinstitucionalização do “doente mental” e para tanto foram criados serviços substitutivos aos manicômios. Dentre outras alternativas, foram criados os chamados **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, que segundo a portaria que o regulamenta é responsável pela condução dos casos severos e persistentes, ficando os casos leves e moderados sob responsabilidade da Atenção Básica, onde se encaixam grande parte dos casos de tristeza, depressão e ansiedade.

Unidade 1

Veja na figura abaixo a evolução da cobertura de CAPS no Brasil de 2002 a 2014.

Figura 1. Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2015).



- De fato a Atenção Básica tem assumido muitos desses casos. Mas como esses casos têm sido conduzidos? Que modelo de atenção tem sido ofertado para as pessoas com sofrimento mental? Reflita no seu cotidiano de trabalho e identifique de que formas você e sua equipe realizam o cuidado à Saúde Mental.

O Brasil, especialmente a partir da década de 1960, começa a adotar um modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica, representada na época pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que em resumo, oferecia consultas, exames, hospitalizações e procedimentos cirúrgicos para os que contribuíam para a previdência. Esse modelo de atenção à saúde responde ao que chamamos de **Modelo Biomédico**.

Unidade 1

O Modelo Biomédico ao longo dos anos tornou-se hegemônico nos serviços de saúde do Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Como podemos notar pelo tipo de oferta de serviços, ele é totalmente voltado para a doença, cujo objetivo é a cura desta.

Mesmo se tornando hegemônico, ao longo do tempo governos, gestores e profissionais de saúde foram constatando que o modelo voltado somente para a cura não se mostrava capaz de melhorar de forma satisfatória os indicadores de saúde, especialmente os de morbidade, uma vez que os serviços de saúde só passam a realizar suas ações depois que as pessoas já adoeceram, e muitas vezes a procura pelo serviço de saúde somente ocorre em fases avançadas dos problemas, interferindo também na mortalidade.

Outra característica bastante importante do modelo biomédico é a forma biológica de **entender o processo saúde-doença**. A explicação e a atenção se voltam estritamente para o corpo humano, dividido em sistemas e órgãos, daí a origem da fragmentação da assistência e da superespecialização da saúde. Esse jeito de ver o processo saúde-doença, não só fragmenta o corpo humano, como deixa de considerar o ser humano.

Na lógica do modelo biomédico, os transtornos mentais se tornam desarranjos biológicos do humor e a forma tradicional de responder a isso é o uso de medicamentos que controlam esse processo. Nessa lógica, toda ansiedade se trata com ansiolítico, toda tristeza e depressão com antidepressivo. Essa forma de trabalhar foi e é sustentada pela formação na área da saúde que historicamente privilegiou esse jeito de entender o processo saúde-doença, trabalhando com protocolos clínicos rígidos de diagnósticos e condutas.

Desta forma, apesar do diagnóstico nosológico, classificar as pessoas como portadoras de uma mesma doença (por exemplo ansiedade e depressão), a causalidade, ou em outras palavras, o que determinou o aparecimento destes problemas, advém de uma infinidade de possibilidades não regulares, dependentes da história individual de cada pessoa (HERNÁEZ, 2010).

Com o passar dos anos como consequência dessa prática, surgiram dois fenômenos que expressam o “porquê” da hegemonia deste modelo: a **medicalização** e a **medicamentalização**.

A **Medicalização** da vida pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo (BARROS, 1984). Uma das expressões desse fenômeno pode ser evidenciada com os processos de naturalização das aflições humanas e sua reorganização em doenças (HERNÁEZ, 2010), a patologização da vida.

Por conseguinte, as situações da vida cotidiana como angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentalizados”, com o intuito de proporcionar a cura (AMARANTE, 2007).

Unidade 1

O termo **medicamentação** tem sido utilizado para descrever o uso não médico (e médico) de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam “tratamento farmacológico”, como por exemplo: envelhecimento, distúrbios do sono e alimentares, e perda da libido (NGOUNDO-MBONGUE et al, 2005).

A literatura aponta que o fenômeno da medicamentação torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Observa-se **indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos** que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos, aliada ainda a incapacidade do profissional de saúde em lidar com essa dimensão do problema. Sendo assim, o que se constata nos serviços de saúde mental é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários.

SAIBA MAIS

Assista a webpalestra “A Saúde Mental além dos Psicofármacos”, do médico de família Bruno Tannus e veja as possibilidades de melhorar a compreensão e a abordagem dos problemas de saúde mental na Atenção Básica:

<https://www.youtube.com/watch?v=mypAxZyj0z0&t=202s>

Muitas vezes as pessoas procuram os profissionais de saúde já com o pensamento de utilizar o medicamento, e muitos profissionais encontram dificuldade de negar a prescrição, mesmo quando não acham necessário. O fato é que os pacientes estão em busca de uma solução para os seus problemas, sejam eles uma depressão grave ou mesmo um estado de tristeza, angústia ou mal-estar. **Todos eles merecem atenção e resposta da equipe.** E o pedido pela medicação também vem do processo histórico de como o serviço sempre lidou com estes problemas.

Como mudar esse contexto?



A população foi educada a receber medicamentos. Uma nova prática que responda as reais necessidades das pessoas também passa a ser educativa para a população.

Vejamos um exemplo de uma prática rotineira em saúde mental.

Uma senhora de aproximadamente 50 anos se consulta com o médico da Unidade de Saúde de seu bairro e, depois que o clínico pede para contar o que lhe ocorre, ela responde com pesar:



Doutor! Não encontro sentido para minha vida desde que o meu marido morreu...

Minha filha já é maior de idade e quer viver sozinha, minha mãe morreu há alguns anos, e agora com a morte do meu marido, sinto que meu mundo está desabando...



Me sinto inútil porque sempre me dediquei à família, mas agora meus esforços parecem infrutíferos.

Enquanto a paciente continua com sua narrativa, o clínico rabisca em seu papel: "Sentimento de desesperança".



A senhora se sente cansada pela manhã?

Perdeu peso ultimamente?



A senhora parece não compreender o objetivo dessas questões, mas continua falando de seus problemas cotidianos.



Ocorreram ideias de suicídio?

Pode dormir bem à noite?



Desde quando a senhora tem essas sensações?



Ela conta que não aceita o suicídio porque este é contrário à fé católica e, quanto ao sono, reconhece que faz tempo que está perturbada pela quantidade de recordações e incertezas que, durante a noite, invadem sua mente.



ZZZ

A sessão finaliza com uma indicação de tratamento psicofarmacológico – antidepressivos – por parte do médico, e com uma frase da paciente:



Mas essas pílulas não vão fazer parar o que eu tenho...

FIM

Unidade 1

Esta prática estritamente medicalizante na saúde mental não produz a autonomia dos sujeitos, pois atua apenas na consequência do problema (sinais e sintomas), sem de fato trabalhar a sua causa, gerando desta forma dependência dos medicamentos e dos serviços de saúde, e aumentando exponencialmente a demanda em saúde mental (DILDA, 2013).

Embora seja necessário realizar o diagnóstico de uma possível doença, que se dá classicamente pela busca de sinais e sintomas, o contexto é que aponta tanto a causa do problema quanto suas possíveis soluções na busca da cura e autonomia das pessoas.

O medicamento, por vezes necessário, deve ser prescrito com parcimônia e indicação correta, auxiliando de forma temporária a recuperação do paciente. Não se trata de negar o uso destes medicamentos, que quando bem indicados são de fundamental importância para o tratamento, apenas não devem ser a única forma de responder ao problema, pois assim, se tornam de uso contínuo.

A história da senhora que procura o médico nos revela uma infinidade de situações que envolvem a tristeza, a solidão, a baixa autoestima, mas por outro lado também nos demonstra a fé, o desejo de conversar e a busca de uma solução para a angústia. São diversas as situações que deixaram de ser exploradas e que nos impedem de conhecer mais sobre os problemas e sobre as pessoas, e é neste ponto que algumas soluções podem ser pensadas. Sem entender o contexto do problema, a única solução para o caso é a medicação.



A superação dessa limitação implica em um olhar ampliado para o processo de saúde e adoecimento que considere o contexto das pessoas, e que, portanto, envolve além do biológico, como o emocional, a família, o ambiente, e o social. Esse novo olhar é o que chamamos de integralidade, o princípio orientador de todas as práticas do nosso sistema de saúde, que será discutido na próxima unidade de aprendizagem.

O conhecimento da biografia de cada pessoa implica em tentarmos identificar o que tem causado esse estado (de depressão ou ansiedade por exemplo), o que torna cada caso singular e exige, portanto, respostas singulares para cada pessoa. E aqui está o sentido de reinserção.

SAIBA MAIS

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) propõe uma metodologia de ampliação de direitos, baseada na problematização, para ampliação de conhecimento sobre efeitos desejados e indesejados dos psicotrópicos, gerando co-participação entre usuários, familiares e trabalhadores, emancipação e ampliação da cidadania. Assista a webpalestra “Gestão Autônoma da Medicação (GAM)” da palestrante Marly Denise Wuerges Aquino e reflita sobre o uso dos psicotrópicos:

<https://www.youtube.com/watch?v=RXPJvHqdtel>

CONCLUSÃO

Refletimos nesta unidade a prática hegemônica na abordagem aos pacientes com problemas de saúde mental, sua limitação e necessária superação. Nas próximas unidades faremos uma revisão dos atributos da Atenção Básica e identificaremos como eles podem nos orientar no cuidado em saúde mental a partir do modelo baseado na integralidade.

