

Saúde mental

Alexandre de Araújo Pereira
Paula Cambraia de Mendonça Vianna



**Universidade
Federal de
Minas Gerais**

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Saúde mental

Saúde mental

Alexandre de Araújo Pereira
Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Belo Horizonte
Nescon UFMG
Editora Coopmed
2009

© 2009, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)

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.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Pena
Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenadora: Maria do Carmo Vila
Coordenadora da UAB na UFMG: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância

Coordenadora: Rosilene Horta Tavares

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

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

Coordenador em exercício: Edison José Corrêa



Produção Editorial

Editora Coopmed
Diretor Editorial: Victor Hugo de Melo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Catlogação na fonte:

Pereira, Alexandre de Araújo

P436s Saúde mental / Alexandre de Araújo Pereira e Paula
Cambraia de Mendonça Vianna. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG,
Coopmed,2009.
76 p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados
à estratégia da Saúde da Família.
ISBN: 978-85-7825-019-5

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Saúde da Família.
4. Educação Médica. I. Vianna, Paula Cambraia de Mendonça.
II. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Medicina/UFMG(Nescon). III. Título.

NLM: WA 352

A produção deste material didático recebeu apoio financeiro do BNDES

Sumário

Apresentação dos autores	6
Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Programa Agora	7
Apresentação da Unidade Didática II	8
Introdução ao módulo	10
Seção 1 Construção histórica, política e cultural da doença mental no Brasil	15
Parte 1 – Modelo de atenção em saúde mental	17
Parte 2 – História da loucura - algumas considerações	20
Parte 3 – Reforma Psiquiátrica Brasileira – breve relato	23
Seção 2 Atenção em saúde mental – o cuidado e a clínica	29
Parte 1 – Cuidado em saúde mental	31
Parte 2 – Epidemiologia dos transtornos mentais na atenção básica	37
Parte 3 – Diretrizes gerais para a avaliação de problemas de saúde mental na atenção básica	42
Seção 3 Casos clínicos	49
Caso 1 – Somatização ou queixas somáticas inexplicadas	51
Caso 2 – Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos	53
Caso 3 – Transtorno depressivo com risco de suicídio	55
Caso 4 – Dependência química com abstinência alcoólica	57
Caso 5 – Transtorno psicótico	60
Conclusão do módulo	65
Referências	67
Apêndice A – Endereços úteis na Internet	75

Apresentação dos autores

Alexandre de Araújo Pereira

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psiquiatria pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Mestre em Educação Médica pela Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Alfenas/Belo Horizonte, Coordenador de Saúde Mental de Sobral – CE (2001-2004). Referência Técnica de Saúde Mental de Betim (2006–2008) e consultor em saúde mental e atenção primária.

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.

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem e da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)/ Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

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

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família, o Curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação a Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibili-

zadas tanto em DVD – módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como chats e fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Esse Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG e de outras universidades, e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível, para acesso público, na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não-cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:
www.nescon.medicina.ufmg/agora

Apresentação da Unidade Didática II

Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) está formada por módulos optativos, entre os quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar – completando as 150 horas cursadas na Unidade Didática I, o mínimo de 360 horas, ou 24 créditos –, necessário à integralização da carga horária total do CEABSF.

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

O leque de ofertas é amplo, envolvendo tópicos especiais como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente: aspectos básicos, saúde do adulto, saúde do trabalhador, saúde bucal: aspectos básicos e saúde mental.

Alguns módulos são ofertados complementando os aspectos básicos relacionados à criança e adolescente – os módulos de doenças respiratórias e agravos nutricionais; em saúde bucal, os módulos de saúde bucal: atenção ao idoso e saúde bucal: atenção à criança e ao adolescente.

Endemias e epidemias serão abordadas em módulos que deverão desenvolver aspectos da atenção básica para leishmaniose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, tuberculose e hanseníase, entre outros.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais, saúde ambiental e acidentes e violência também estão abordadas em módulos específicos. Família como foco da atenção primária compõe um dos módulos da Unidade Didática II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço de atuação das equipes de Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática, três módulos terão, além de oferta à opção de todos os alunos, o material impresso distribuído a todos os profissionais matriculados: Iniciação à metodologia científica; Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço; e Projeto social: educação e cidadania.

A experiência acumulada confirma a necessidade de novos temas, entre os quais se destacam urgências, problemas dermatológicos e atenção a pessoas com necessidades especiais, todos tratados no contexto do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Esperamos que esta Unidade Didática II seja trabalhada no sentido de ser compreendida como parte de um curso que representa apenas mais um momento de um processo de desenvolvimento e qualificação constantes.

A coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam optar por módulos não-cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Introdução ao módulo

Saúde mental

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

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

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

Como forma de discutir os problemas de saúde mental mais significativos e prevalentes na população adulta, optamos por apresentar algumas situações clínicas em diferentes circunstâncias da atenção básica. Além disso, você terá a oportunidade de discutir situações reais, de seu território de atuação.

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

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

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

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

Este módulo é composto de três seções. A primeira apresenta revisão teórica que procura fundamentar as ações de saúde mental realizadas em seu território. A segunda discute as situações clínicas de maior ocorrência na atenção básica, o diagnóstico e as estratégias de atenção em saúde mental. Na seção 3 serão discutidos casos clínicos.

A seguir, o detalhamento dessas seções.

Seção 1 – Construção histórica, política e cultural da doença mental no Brasil

Parte 1 – Modelo de atenção em saúde mental

Parte 2 – História da loucura - algumas considerações

Parte 3 – Reforma Psiquiátrica Brasileira – breve relato

Seção 2 – Atenção em Saúde Mental – o cuidado e a clínica

Parte 1 – Cuidado em saúde mental

Parte 2 – Epidemiologia dos transtornos mentais na atenção básica

Parte 3 – Diretrizes gerais para a avaliação de problemas de saúde mental na atenção básica

Seção 3 – Casos clínicos

Caso 1 – Somatização ou queixas somáticas inexplicadas

Caso 2 – Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

Caso 3 – Transtorno depressivo com risco de suicídio

Caso 4 – Dependência química com abstinência alcoólica

Caso 5 – Transtorno psicótico

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

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

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

Médico

- Saber diagnosticar precocemente e instituir tratamento psicofarmacológico e/ou psicossocial inicial aos transtornos mentais mais frequentes na clínica geral: ansiedades, depressões, somatizações, reações agudas ao estresse, dependência química – enfoque no alcoolismo e no abuso de benzodiazepínicos, além da crise psicótica e abordagem do suicídio;
- delegar a outros técnicos da sua equipe as tarefas correspondentes às suas capacidades;
- encaminhar para os serviços especializados os pacientes que necessitem de investigação diagnóstica mais complexa ou não responderem bem ao tratamento instituído inicialmente pela atenção primária;
- gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com

outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados;

- organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde;
- realizar prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.

Enfermeiro

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

Cirurgião-dentista

- Saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação;
- conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais;
- instituir abordagem não-farmacológica, quando indicada, em conjunto com o médico de família e o enfermeiro;
- gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados;
- organizar a assistência à saúde bucal dos portadores de transtorno mental na unidade de saúde; capacitar e supervisionar técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal no acompanhamento a pacientes com transtornos mentais;
- fazer prevenção de doenças bucais e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.



Seção 1

Construção histórica, política e cultural da
doença mental no Brasil

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

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

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

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

Parte 1

Modelo de atenção em saúde mental

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

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

Em saúde mental precisamos saber, por exemplo, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e 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. Estes 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 Psiquiátrica Brasileira.



Atividade 1 - Mapa contextual

Com o intuito de introduzi-lo nas políticas de saúde mental e modelos assistenciais preconizados hoje pelo SUS, leia os capítulos 1 a 3 da linha-guia "Atenção à Saúde Mental" produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

O texto está disponível na plataforma do curso e no *site* <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>.

Após a leitura, escreva um texto que caracterize o modelo de atenção à saúde mental de seu município. Para auxiliá-lo, propomos as seguintes perguntas orientadoras:

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

Guarde seu trabalho no portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados.

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

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

Não podemos reduzir a saúde mental à ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Ela fornece a nossa identidade social, a nossa

Pense nisso...

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

possibilidade de transitar com autonomia pela vida. Nesse sentido, Merhy (2002, 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”.

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

Atenção!!!

Se você quiser saber mais sobre a interação entre os fatores relacionados ao desenvolvimento dos transtornos mentais, leia o capítulo 1 do “Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Atividade 2- Mapa contextual

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

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

Guarde o seu trabalho no portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados.



Parte 2

História da loucura – algumas considerações

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

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

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

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

Para esse autor, são características dessas instituições: o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a separação física e psíquica do internado com o mundo exterior; a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados pelo internado; a restrição na transmissão de informações pela equipe dirigente; a grande distância social entre internados e

dirigentes; a renúncia do internado à sua vontade em favor dos interesses da instituição; e, sobretudo, a detenção do poder pela equipe dirigente. Podemos citar como instituições totais os hospitais psiquiátricos de caráter asilar, os asilos, os campos de concentração, as prisões e os conventos.

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

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

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

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

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

Para Escorel (1999, p. 81):

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

Glossário

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

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

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

Para melhor compreensão de como funcionava o hospital psiquiátrico antes da Reforma Psiquiátrica, sugerimos que você assista ao curta-metragem – “Em nome da Razão” – do cineasta Helvécio Raton. Trata-se de um documentário importante, de muita repercussão artística e social, produzido no final da década de 70. A **instituição total** abordada é o Hospital Colônia de Barbacena. Essa instituição, atualmente, encontra-se bastante diferente do que é mostrada no filme, fruto de um intenso movimento de reforma do modelo assistencial ocorrido naquela cidade nos últimos 30 anos. Esse vídeo está disponível na biblioteca virtual do curso.

Parte 3

Reforma Psiquiátrica Brasileira – breve relato

No final da década de 70 foi organizado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

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

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

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

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

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

Em síntese...

Foi na década de 70 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, em 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.

Corroborando essa afirmação, Saraceno (1999, p. 18) afirma que “a cidadania do paciente 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”.

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 8.080/90 e 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 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 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. Reorientar esse modelo de atenção para fora dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes, criando novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade torna-se um grande desafio.

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

Percebemos, hoje, no país, desenvolvimento desigual das ações propostas pela Reforma Psiquiátrica nas diferentes regiões brasileiras, mas já fica evidente um modelo de atenção centrado cada vez menos no

hospital psiquiátrico. Os serviços substitutivos cresceram sobremaneira na última década, apesar de ainda serem insuficientes para atenderem à demanda existente. A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental tem como diretriz a “implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO. et al., 2001, p. 10).

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

Desviat (1999, p. 150) enfatiza que a originalidade da reforma 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 a loucura na cidade, nos bairros, nas ruas, nas escolas, nas famílias. Enfim, em todos os lugares que dizem respeito ao sujeito e à sua vida.

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 DA SAÚDE, 2001, p. 136).

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 pacientes dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pela equivalente transferência de verbas para a criação dos serviços substitutivos que vêm acontecendo em ritmo lento, devido, sobretudo, à crise de financiamento do sistema de saúde.

Para refletir...

O processo de elaboração de uma política de saúde mental deve incluir ampla variedade de interessados (usuários, familiares, profissionais), fixando prioridades e definindo objetivos de acordo com as necessidades identificadas na comunidade e estabelecendo os recursos disponíveis. Esse levantamento das necessidades da comunidade deve: a) identificar os determinantes psicossociais dos transtornos psíquicos; b) realizar o levantamento dos recursos e dos serviços existentes; c) detectar os grupos vulneráveis que apresentam necessidades especiais de assistência em saúde mental (crianças, idosos, adolescentes, mulheres).

Pense nisso...

Embora o estigma e a discriminação acerca da doença 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.

Glossário

Desinstitucionalização – redirecionamento do modelo de atenção à saúde do hospital para a comunidade, desconstruindo saberes, propondo novas formas de atenção, reconhecendo a comunidade como o *locus* preferencial de intervenção, devolvendo ao sujeito o direito à vida, à liberdade e à cidade.

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 pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos. Acreditou-se, no início da reforma, que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício e com o tratamento na comunidade. Entretanto, o que se observou foi a manutenção de um núcleo rígido, resistente aos programas de reabilitação e carente de um meio protegido de vida, que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma moradia assistida;
- a sociedade não está preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e muito poucos para a modificação das crenças e preconceitos da sociedade em relação ao doente mental;
- o planejamento é deficiente e inexistente uma gestão unificada dos recursos públicos. É importante salientar que a Reforma 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 substitutivos 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 pacientes, são carentes.

Atividade 3 - Fórum



Alguns municípios brasileiros conseguiram enfrentar o desafio da desinstitucionalização a partir da criação de uma rede de cuidados que articula a rede básica com os serviços de saúde mental.

Leia o texto:

PEREIRA, A. L.; VASCONCELOS, G.; ANDRADE, L. O. M. *A desconstrução do manicômio: a experiência de Sobral/CE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

e assista ao vídeo sobre a experiência de Sobral disponíveis na plataforma do curso, que exemplifica a implantação de uma proposta assistencial voltada para a atenção comunitária, com forte integração com a atenção primária.

Após ler o texto e assistir ao vídeo, faça um texto comparativo entre a situação que existia naquele município com a situação existente em seu município.

Explícite quais as atividades que você proporia para sua equipe desenvolver, tendo como objetivo restabelecer a identidade social e dignidade humana dos portadores de transtornos mentais, com envolvimento da comunidade.

Vamos discuti-las no fórum.

Resumindo

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



Seção 2

Atenção em saúde mental – o cuidado
e a clínica

Nesta seção apresentaremos algumas ferramentas práticas para que você, juntamente com sua equipe, possa atuar resolutivamente no enfrentamento dos principais problemas de saúde mental do seu território.

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

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

Parte 1

Cuidado em saúde mental

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

Alguns dicionários de filologia informam que a origem da palavra cuidado é o latim *cura*, utilizada para descrever um contexto de relações de amor e amizade marcadas por atitudes de atenção, desvelo e preocupação com um objeto ou pessoa querida. Outros estudiosos derivam a palavra cuidado de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*, que tem o mesmo significado de *cura*: pensar, colocar atenção, mostrar interesse, desvelo e preocupação. Para Boff (2000, p. 91-2), o “cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro”.

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

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

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

No dia-a-dia...

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

A assistência à doença mental, em toda a sua história, sempre registrou a impossibilidade da família estar junto, conviver e cuidar do doente mental. 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.

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. Isto não significa que no manejo da crise possamos prescindir de ajuda especializada e acesso aos serviços de saúde. Eles são, sem dúvida, o grande suporte que o familiar necessita para poder cuidar.

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

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

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

Não podemos reduzir a amplitude de um serviço a um local físico e aos seus profissionais, mas a toda a gama de oportunidades e lugares que favoreçam a reabilitação do paciente. 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. Desta maneira, a família pode se tornar não só a protagonista das estratégias de cuidado e de reabilitação propostas pelo serviço, mas também uma protagonista conflituosa dessas mesmas estratégias.

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

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

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

Essa passagem é norteadada por uma forte resistência cultural, social e econômica à transformação da assistência em saúde mental. A **abordagem psicossocial** acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e 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, usuários, familiares e sociedade frente à doença mental, as políticas de saúde mental transformadoras do modelo hegemônico

Para refletir...

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

de assistência, a indignação frente às diretrizes sociais e técnicas que norteiam a exclusão das minorias, dos diferentes. É, portanto, “uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais” (PITTA, 1996, p. 21).

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

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

O processo de reabilitação tem muito a ver com a casa, com o lugar que acolhe o indivíduo, que atende às suas necessidades materiais e afetivas. Esse autor destaca uma diferença fundamental entre **estar 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 como 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 paciente, 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 cenário importante para o processo de reabilitação é o **trabalho como valor social**. Não o trabalho que apenas entretém o usuário, mas o que gera lucro e insere o indivíduo socialmente. Em uma sociedade ditada pelo capital, pouco permeável às diferenças que existem entre os seres humanos, transformar as relações que existem entre ela e o portador de transtorno psíquico é um dos grandes desafios a serem enfrentados pela Reforma Psiquiátrica.

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

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

Pense nisso...

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

Atividade 4 - Rotinas

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

Guarde seu trabalho no portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados.



Ainda na perspectiva do cuidado, e reafirmando a importância da atenção ao usuário em seu *habitat*, faz parte da política nacional de atenção à saúde mental a criação de equipes de apoio matricial. O apoio matricial ou **matriciamento** constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, profissionais externos à equipe compartilham alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes de Saúde da Família de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização que pode se efetivar a partir de discussões de casos, conjuntas intervenções às famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade 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 volante. Com a implantação, pelo Ministério da Saúde, de **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)**, espera-se, no futuro, que parcela significativa do matriciamento em saúde mental seja realizada por profissionais de saúde mental ligados a esses núcleos.

Na Parte 2 desta seção estudaremos os problemas de saúde mental mais frequentes na atenção básica e a forma como eles se apresentam.

Para saber mais...

Para mais detalhes sobre os NASFs, consulte a Portaria GM 154 de 25 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008)

Parte 2

Epidemiologia dos transtornos mentais na atenção básica

Segundo Rodrigues (1996), os primeiros estudos de prevalência de transtornos psiquiátricos no âmbito da atenção primária à saúde foram conduzidos a partir da década de 60, na Inglaterra, por Shepherd et al (1984). Com o crescente aumento dos países que passaram a dar importância à atenção primária como estratégia de organização dos serviços de saúde, estudos sobre saúde mental relacionados aos cuidados primários de saúde têm se mostrado cada vez mais presentes na comunidade científica, como bem demonstra a revisão de estudos epidemiológicos conduzida por Fortes (2004).

Segundo essa autora, a demanda de saúde mental presente na atenção geral à saúde tem sido objeto de numerosas pesquisas, especialmente a partir da década de 80. Nos EUA, o *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) revelou que 40 a 60% da demanda de saúde mental estavam sendo atendidos na atenção primária por médicos generalistas (GOLDBERG; BRIDGES, 1985; KIRMAYER; ROBBINS, 1991; LOBO et al., 1996; WEICH, 1995.) demonstraram como é alta a prevalência de transtornos mentais na atenção primária.

A realização de uma investigação multicêntrica patrocinada pela Organização Mundial de Saúde no início dos anos 90, denominada "*Psychological Problems in General Health Care*" (PPGHC/OMS), desenvolvida em 15 países diferentes, inclusive o Brasil (GUREJE, 1997; PICCINELLI. ET AL., 1997; USTÜN; SARTORIUS, 1995; VILANO, 1998), confirmou essa alta prevalência de transtornos mentais entre os pacientes de unidades básicas de saúde. Representam uma demanda específica que busca tratamento com médicos generalistas e que tem características diferentes daquela atendida em ambulatórios de saúde mental. São, em média, 24% dos pacientes dos ambulatórios de clínicas gerais nos vários centros estudados no PPGHC/OMS (USTÜN; SARTORIUS, 1995).

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

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

Frequentemente seu quadro clínico não corresponde aos sintomas essenciais para preenchimento de critérios diagnósticos em classificações tradicionais como a Classificação Internacional das Doenças, em sua 10ª. versão (CID-10) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). 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 primária, a CID-10-AP (1998), bem como a readequação da apresentação do DSM-IV para sua utilização na atenção primária, o DSM-IV-PC (APA, 1995).

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

No Brasil, ainda são poucas as investigações sobre transtornos mentais proveniente de pacientes que frequentam as unidades básicas de saúde e, em particular, as unidades vinculadas à estratégia Saúde da Família. No Quadro 1 destacamos os principais estudos de prevalência de transtornos mentais em unidades básicas de saúde realizados no país.

Quadro 1. Prevalência de transtornos mentais em unidades de atenção básica à saúde no Brasil

Autor	Ano	Local	Instrumento	Resultados
Busnello et al.	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%
Lacoconi	1989	Centro de Saúde	SRQ20	TMC: 53%
Villano	1995	Ambulatório Medicina Integral (Geral) em Hosp. Universitário	GHQ-12 CIDI	TMC: 20,9 a 41,8% TMM: 38%
Fortes	2004	Unidade de Saúde da Família	GHQ12 CIDI	TMC: 56% TMM: 33%

Fonte: Adaptado de Fortes (2004).

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

Entre os estudos apresentados, o de Fortes (2004) merece uma apresentação detalhada, já que foi o único que ocorreu no atual cenário da estratégia Saúde da Família. Foram avaliados 714 pacientes atendidos em cinco unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, entre agosto e dezembro de 2002. A prevalência geral de transtornos mentais comuns (TMC) foi obtida com base no *General Health Questionnaire* (GHQ12), com ponte de corte 2/3 em geral e 4/5 para transtornos graves. O perfil nosológico de 215 pacientes positivos ao rastreamento foi realizado por meio do CIDI2:1. O perfil sociodemográfico e econômico e as informações sobre a rede social desses pacientes foram obtidos a partir de um questionário geral. A análise dos fatores associados aos TMC foi feita com regressão logística no programa SPSS. Detectou-se prevalência média de 56% de transtornos mentais comuns nos pacientes, sendo que 33% do total eram de quadros graves, constituindo-se principalmente de transtornos depressivos e ansiosos, destacando-se também os transtornos somatoformes e dissociativos. Aproximadamente

56% dos pacientes positivos ao GHQ apresentavam comorbidade ao CIDI. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre ser portador de TMC e ser mulher (OR=2,90), ter menos de 45 anos (OR=1,43), ter renda *per capita* familiar inferior a R\$120,00 (OR=1,68) e não ter companheiro (OR=1,71). Quanto à rede de apoio social, frequentar regularmente a igreja (OR=0,62) e participar de atividades esportivas ou artísticas (OR=0,42) exercia efeito protetor contra TMC, assim como ter pelo menos quatro familiares íntimos (OR=0,53). A conclusão do estudo confirma a alta prevalência de TMC na clientela da equipe de Saúde da Família, que se apresenta principalmente a partir de transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Esses resultados reforçam a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo as não-medicamentosas, e a necessidade de se capacitarem as equipes de Saúde da Família para a abordagem dos problemas psicossociais desses indivíduos. Essa autora também comenta que, embora frequente, a doença mental nos pacientes atendidos na rede básica de saúde costuma passar despercebida no atendimento. Segundo alguns estudos internacionais, é pouca a eficiência do atendimento a esses pacientes nesse nível do sistema de saúde (KIRMAYER et al., 1993; PEVELER et al., 1997). Um dos fatores que diminuem a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente diagnosticar e tratar as enfermidades mentais presentes na sua clientela habitual.

Entre as dificuldades encontradas pelos profissionais da atenção primária para corretamente diagnosticar e tratar esses pacientes, destaca-se a forma de apresentação do sofrimento mental nesses casos. Como já foi dito, predomina nesses indivíduos a apresentação de sintomas físicos associados às doenças mentais e estes não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de transtorno mental (KIRMAYER et al., 1993). Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, contumazes usuários de serviços médicos (LLOYD, 1986).

Atividade 5 - Mapa contextual



Com o intuito de definirmos prioridades de ações em saúde mental no território, é importante que conheçamos de perto os nossos problemas reais. Utilizando o roteiro de indicadores para auxiliar o diagnóstico em saúde mental (Quadro 2), você deve fazer um levantamento de dados que possibilitem a construção do diagnóstico de saúde mental da comunidade de seu território. Sugerimos que você utilize as seguintes estratégias para levantamento dos dados: reunião de equipe, análise da demanda da população por medicação psiquiátrica (avaliar o perfil de medicamentos prescritos) e anotações de prontuários.

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

Guarde o seu trabalho no portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados.

Quadro 2 – Roteiro de indicadores para auxiliar o diagnóstico em saúde mental

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

Parte 3

Diretrizes gerais para a avaliação de problemas de saúde mental na atenção básica

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

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

Atenção !!!

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

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

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

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

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

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

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

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

- Estado clínico geral: investigue se há alguma doença clínica de base que possa justificar a alteração de comportamento atual, ex.: hipo ou hipertireoidismo, descompensação metabólica;

- história recente de queda com perda da consciência e episódios convulsivos: podem indicar doença de base neurológica;
- padrão do uso de álcool e outras drogas: investigar quais substâncias, quantidade e frequência do consumo para auxiliar na tipificação de possível intoxicação, uso abusivo ou quadro de dependência química;
- história atual de uso de medicação clínica, neurológica ou psiquiátrica: efeitos colaterais de diversas medicações podem provocar alterações comportamentais.

Para saber mais...

Para aprofundar conhecimentos sobre os vários aspectos desta relação, você deve ler o texto “Saúde Mental na Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessário” (BRASIL, 2007).

No dia-a-dia...

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

3.3 | Relação das equipes de Saúde da Família com as equipes de Saúde Mental

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

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

Nível1: caracteriza-se pelos casos mais prevalentes em saúde mental, aproximadamente 17% da população assistida. Geralmente composto de pessoas com autonomia para buscarem e gerenciarem o próprio tratamento. Trata-se de um grupo que apresenta sofrimento psíquico 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 deste grupo apresentam melhora clínica espontânea ou buscam recursos na comunidade (religião, grupos comunitários, esporte, lazer, atividades culturais, amigos e parentes), que acabam sendo utilizados de forma terapêutica, com bons resultados. Por isso mesmo, o encaminhamento para serviços de saúde mental não deve ser encorajado. Para a maioria desses problemas uma

solução satisfatória pode ser proposta e encaminhada com a ajuda das equipes da Atenção Básica utilizando-se de recursos existentes na própria comunidade. O emprego de psicofármacos deve ser feito com parcimônia, sempre que possível de forma intermitente e restrita aos casos mais disfuncionais. Normalmente não é necessária a organização de busca ativa nesses casos.

Nível 2: 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 buscarem e gerenciarem o próprio tratamento, esse grupo possui doença psiquiátrica mais evidente. São provenientes de grupos familiares mais adoecidos e que possuem menos recursos pessoais para lidar com as adversidades da vida. Os recursos comunitários na organização do tratamento, especialmente se considerarmos a perspectiva da inclusão social, são extremamente desejáveis, mas muitas vezes não são suficientes. Os usuários, a família e, por vezes, a própria comunidade necessitam do apoio das equipes de saúde para tornar a convivência possível. O papel da medicação ganha aqui *status* de necessidade e sua ausência pode representar sofrimento e risco de internação hospitalar. A avaliação pelo serviço de saúde mental, sempre que disponível, deve ser indicada. Muitas vezes, é a própria equipe de Saúde Mental que irá conduzir esses casos, seja em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em ambulatórios de saúde mental. A inserção territorial privilegiada das equipes da Atenção Básica e a atenção domiciliar, principalmente executada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), é um recurso muito rico na abordagem desses problemas, já que o tratamento exige monitoramento contínuo, cuidadoso e criativo no sentido de inserir o usuário na sua comunidade. Visitas domiciliares dos demais profissionais da equipe, além dos ACSs, são recomendadas.

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

No Quadro 03 estruturamos uma orientação esquemática que procura organizar a responsabilidade assistencial de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, levando em conta a expectativa de resolução dos problemas de saúde mental e tendo como referência a divisão apresentada anteriormente.

Quadro 3 - Resolubilidade presumida da assistência em saúde mental de acordo com o tipo de problema apresentado

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

É importante considerarmos que em municípios muito pequenos, onde quase nunca há profissionais de saúde mental, parcela significativa das ações nesse setor será de responsabilidade direta das equipes da Atenção Básica. Nesse caso, procure estabelecer parcerias com as equipes de Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou ambulatórios de saúde mental mais próximos da sua cidade. Considere a possibilidade de discutir casos por telefone, pela internet ou em visitas aos serviços especializados. Leia o texto “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2007).

Atividade 6 - Fórum

Considerando os problemas de saúde mental mais prevalentes no seu território e as demandas assistenciais relacionadas, pense em ações que você considera que devam ser desenvolvidas pela sua equipe, tendo como foco a saúde mental da comunidade de sua área de abrangência. Utilize, como referência, o diagnóstico que você realizou na atividade 5 e procure relacionar as ações que poderiam ser realizadas pelos membros da equipe (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico de enfermagem, técnico de higiene dental, atendente de consultório dentário e agentes comunitários de saúde) e outros profissionais que porventura façam parte da equipe.

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





Seção 3

Casos clínicos

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

Caso 1

Somatização ou queixas somáticas inexplicadas

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

Comentários

Problema: somatização ou queixas somáticas inexplicadas

Como já foi discutido na apresentação sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, é comum que a manifestação do sofrimento mental, na atenção primária, ocorra através de sintomas físicos. Por isso mesmo, é

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

Atenção!!!

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as "Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas", em PEREIRA (2009).

Caso 2

Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

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

Comentários

Problema: transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

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

Atenção!!!

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes da intervenção quanto à mudança de comportamento: a entrevista motivacional”; as “Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas”; e as “Diretrizes de orientação psicoterápica para a atenção primária”, em Pereira (2009).

Caso 3

Transtorno depressivo com risco de suicídio

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

Comentários

Problema: transtorno depressivo com risco de suicídio

Nos últimos anos, o termo depressão tem sido banalizado e é constantemente usado para descrever um estado emocional normal. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos interpessoais e fazem parte da experiência cotidiana, caracterizando estado emocional não-patogênico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, que melhoram com o tempo. Na maioria dos casos o papel dos profissionais de saúde deve ser acolher

o sofrimento e oferecer algum suporte de escuta e aconselhamento, sem necessidade de prescrição medicamentosa. Em todo caso suspeito de depressão, é muito importante que pesquisemos o intuito de conduta suicida. Uma abordagem ativa por parte do profissional de saúde pode prevenir tentativas de suicídio, contribuindo, assim, para a diminuição dos óbitos por esse tipo de agravo. Nem toda ideação suicida necessita de encaminhamento urgente para as equipes ou serviços de saúde mental. Quase sempre, as pessoas que pensam em se matar não desejam realmente fazê-lo, especialmente se não apresentam transtorno psiquiátrico evidente. Quando pensam em suicídio é porque estão se sentindo desesperados, não veem saída para algumas situações impostas pela vida. Neste caso, é fundamental adequada avaliação de risco para definição de uma possível emergência psiquiátrica (alto risco) ou se o caso poderá ser conduzido na atenção básica (baixo risco). No evento em questão, pela presença dos sintomas clássicos de depressão - profundo sofrimento e alto risco de autoextermínio -, estamos diante de um paciente com transtorno depressivo grave. A equipe da Atenção Básica deverá estabelecer contato franco e aberto com o paciente e seus familiares, organizar uma estrutura de proteção continuada (na residência, Centro de Atenção Psicossocial, hospital geral ou psiquiátrico) até que um parecer psiquiátrico possa ser providenciado. Aqui, há clara indicação de tratamento medicamentoso com a introdução de antidepressivo e/ou mesmo de benzodiazepínico, que poderá ser utilizado para reduzir a angústia e ajudar na regulação do sono nas primeiras semanas de tratamento. A indicação de internação hospitalar ou em CAPS que possuem leitos noturnos deverá ser instituída sempre que houver ideação de autoextermínio persistente, especialmente se há transtorno psiquiátrico ou comportamental grave associado, como, por exemplo, pacientes com depressão grave, psicóticos em crise, dependentes químicos e indivíduos com impulsividade evidente. Devemos sempre suspeitar de **depressão** quando estão presentes: humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, falta de esperança, ideação de autoextermínio.

Atenção!!!

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as "Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas," em Pereira (2009). E também a publicação "Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de Saúde Mental" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

Caso 4

Dependência química com abstinência alcoólica

Pedro, 37 anos, solteiro, completou o ensino médio e chegou a frequentar a Faculdade de Administração por um ano, mas abandonou o curso quando sua namorada ficou grávida. Pedro então foi trabalhar na pequena mercearia do pai, que também funciona como bar. Depende financeiramente da família para tudo, reside com os pais e o irmão mais novo de 25 anos. Hoje, os pais de Pedro conseguiram trazê-lo à unidade de saúde porque começou a passar mal ontem. Está insone, ansioso, inquieto, queixando-se de dor em queimação na região abdominal. Ao exame observou-se que ele estava com consciência clara e informava seus dados adequadamente. Presença de um tremor fino nas mãos, sudorese evidente, pulso acelerado, afebril, PA: 150 x 90 mmHg. Após a avaliação física, os pais solicitaram conversar com os profissionais de saúde a sós. Relataram que nos últimos 10 anos Pedro fazia uso abusivo de álcool quase que diariamente e uso eventual de maconha. Passa o dia conversando com amigos, à noite costuma beber e fica pelos bares, alcoolizado. Em várias vezes ligou para o pai solicitando que pagasse suas contas de bar e era prontamente atendido. Já teve problemas com a polícia devido a badernas, mas o pai sempre convencia as pessoas a retirarem as queixas. Os atritos em casa são frequentes. A mãe, extremamente protetora, atua sempre como mediadora dos conflitos gerados pelo filho com o pai e o irmão. Alega ter receio de que aconteça “algo pior em casa”. Os pais já tentaram levar o filho para serviços de saúde, mas Pedro nunca se mostrou legitimamente interessado, já que não retornava após a primeira consulta. Assim, a mãe passou a frequentar grupos de autoajuda para familiares de dependentes químicos. Há três meses, devido à intensa desorganização de comportamento, Pedro aceitou a ir a um hospital psiquiátrico da região para um período de desintoxicação, onde passou 10 dias. Sua mãe resolveu retirá-lo 30 dias antes do tempo estabelecido pela equipe de saúde, após ter recebido vários telefonemas do filho, que

alegava não estar mais suportando o sistema de confinamento. Durante toda a entrevista, os pais demonstraram profundo afeto pelo filho; choram e manifestam sentimentos de culpa em relação a Pedro. Alegaram que sempre fizeram de tudo por ele, nunca lhe negaram nada e não sabem mais o que fazer.

Comentários

Problema: dependência química com abstinência alcoólica

Os quadros de dependência química geralmente trazem, além das repercussões negativas sobre a saúde do usuário, graves reflexos no âmbito sociofamiliar. Entre esses problemas está a chamada codependência da família, ilustrada no caso presente. Em situações como essa, os membros da família perdem a autonomia em relação às suas vidas e passam a viver exclusivamente voltados para os problemas gerados pelo dependente químico. Geralmente esse tipo de conduta gera muito sofrimento familiar e ajuda pouco o usuário de álcool ou drogas. A família necessita ser orientada e apoiada no sentido de constituir-se em um grupo que deve acolher o dependente químico, mas não a qualquer custo. Os membros da família devem ser estimulados a falar de seus sentimentos em relação ao problema e encorajados a retomar seus projetos de vida sem clima de culpabilização, muito frequente nessas circunstâncias. Reuniões familiares regulares na própria unidade de saúde e indicação para participação em grupos de autoajuda como o AL-Anon (grupos para familiares e amigos de alcoólatras) são ações recomendadas. Nos casos semelhantes, em que o paciente não apresenta demanda clara para o tratamento, os profissionais de saúde devem compreender que ele ainda está na fase de negação do problema ou não consegue perceber os prejuízos que o envolvimento com a droga tem causado para si e para as pessoas de sua convivência. Em relação a Pedro, ele está apresentando sinais e sintomas de abstinência alcoólica moderada. O tratamento poderá ser instituído ambulatorialmente com o uso de benzodiazepínicos, reposição de tiamina, repouso e hidratação oral. Deverão ser agendados retornos a cada dois ou três dias até a remissão do quadro, momentos em que se deve tentar abordar o problema da dependência de álcool. Para abstinência alcoólica grave ou *delirium tremens*, o local de tratamento indicado é o hospital geral, por tratar-se de emergência clínica. Uma postura considerada adequada é a equipe se disponibilizar a acolhê-lo sempre que ele tiver alguma complicação com o uso da droga ou que ele queira discutir alguma coisa sobre o tratamento do problema. Nessas ocasiões, sem emitir juízo

de valor sobre as ações do paciente, deve-se procurar refletir com ele sobre sua vida, a família e sua relação com as drogas. O encaminhamento para grupos de autoajuda como os Alcoólatras Anônimos (AA) ou Neuróticos Anônimos (NA) e dispositivos comunitários de tratamento como os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) deve ser sempre encorajado. A ida para comunidades de tratamento terapêutico ou clínicas de reabilitação de dependentes químicos, onde os pacientes ficam restritos do contato social e familiar por semanas ou meses, deve ser indicada apenas para aqueles que fracassaram nas estratégias de tratamento ambulatorial, que não possuem outros transtornos psiquiátricos graves e que aceitem passar por um regime de confinamento prolongado. No tratamento da dependência química, o ideal é que a equipe da Atenção Básica possa prover informações úteis para os usuários de drogas e seus familiares e oferecer várias opções de tratamento, já que cada usuário poderá se beneficiar de recursos diferentes de acordo com seus interesses e necessidades em um dado momento do seu tratamento.

Devemos sempre suspeitar de **dependência química** quando estão presentes pelo menos três dos elementos que se seguem: compulsão para consumir a substância, dificuldades de controlar o consumo da substância, evidências de estado de abstinência ou tolerância da substância, abandono progressivo de outras atividades ou interesses em favor do uso da substância, persistência no uso a despeito de evidência clara dos prejuízos físicos, econômicos e sociofamiliares envolvidos.

Atenção!!!

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais para tratamento da síndrome de abstinência alcoólica” e as “Diretrizes da intervenção quanto à mudança de comportamento: a entrevista motivacional”, em Pereira (2009).

Caso 5

Transtorno psicótico

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

Comentários

Problema: transtorno psicótico

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

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

Atenção!!!

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais para contenção química”, em Pereira (2009).



Atividade 7 - Fórum

Para cada caso clínico descrito e comentado anteriormente, apresentamos, a seguir, como foi a abordagem de uma equipe de Saúde da Família (situação). Reflita sobre as condutas tomadas e comente-as no fórum de discussão de casos clínicos.

Algumas questões que podem estimular o debate de cada caso: você considera que a conduta foi adequada? Em sua realidade, você e sua equipe conduziram os casos de forma diferente? Comentem à vontade!

Situação 1 – Francisco, 42 anos, trabalhador rural.

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

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

A equipe de Saúde da Família do município de Patópolis, com 130.000 habitantes, na zona urbana, com cobertura de Centro de Apoio Psicossocial I (CAPS I), estava acompanhando o caso. A enfermeira que acolheu o caso pela primeira vez observou que a paciente apresentava importante dependência dos benzodiazepínicos e algum tipo de alteração psiquiátrica, possivelmente um quadro de ansiedade. Ela solicitou uma conversa com o agente comunitário de saúde (ACS) para aprofundar a identificação de problemas de âmbito sociofamiliar e agendou uma consulta com o médico da equipe para reavaliação da medicação. O médico avaliou que a paciente apresentava perfil ansioso, muito apegado à medicação psicotrópica e

com muita dificuldade de controle da pressão arterial, por conta de seus problemas psíquicos. Após contato telefônico com o psiquiatra do CAPS, o médico da equipe propôs a introdução de uma nova medicação, sertralina® 50 mg/dia e manutenção do diazepam® até o próximo encontro, em duas semanas, já que a paciente estava muito resistente a diminuir a dose do benzodiazepínico. Em reunião de equipe, ficou decidido que ela seria estimulada semanalmente a comparecer ao grupo de cuidados da saúde pelo ACS e que uma visita seria programada para possível entrevista com o marido, já que ele se recusava a vir à unidade de saúde.

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

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

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

A equipe de Saúde da Família de Bandeirantes, com 250.000 habitantes, que possui Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), foi quem recebeu Pedro na unidade básica de saúde. Por se tratar de um caso complexo, após o atendimento clínico o médico da equipe resolveu se reunir rapidamente com a enfermeira, o técnico de enfermagem, o dentista e o agente comunitário de saúde (ACS) da área para planejarem o acompanhamento ao paciente. Os objetivos das intervenções seriam: a) tratar a síndrome de abstinência alcoólica; b) sensibilizar o paciente para a necessidade de acompanhamento em serviço especializado de dependência química; e c) dar apoio regular e orientações úteis para a família.

O médico iria se responsabilizar pelos dois primeiros objetivos, enquanto a enfermeira e o ACS se encarregariam do último. As medidas instituídas serão discutidas na reunião semanal de equipe para acompanhamento dos progressos realizados. O serviço estaria aberto para acolhimento do caso e dos familiares, sempre que necessário, e os pais foram encorajados a continuar frequentando grupos de autoajuda na comunidade ou a participar do grupo de orientação familiar do CAPS AD.

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

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

Conclusão do módulo

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

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

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

Apostamos na potencialidade de uma relação sinérgica entre a atenção básica e a referência em saúde mental, já que seus princípios assistenciais convergem para pontos muito semelhantes: atenção focada na comunidade, prática do acolhimento, respeito às diferentes necessidades das pessoas, inclusão social, atenção à saúde de forma ativa, territorializada e com atuação interdisciplinar. Ambos, atenção básica e 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 chama 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 onde o tratamento demonstra ser mais viável, seja na atenção básica, nos serviços especializados ou em ambos. Ali se constituirá o ponto de referência sem que os outros agentes lavem suas mãos. Assim, todos seremos responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade.

Afinal, o SUS somos todos nós!

Boa sorte!

Referências

Leitura obrigatória

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

Comentário: texto organizado pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais com o objetivo de orientar os profissionais de saúde do ponto de vista clínico e das políticas de saúde mental úteis para todos os níveis da assistência à saúde.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Prevenção do suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Ministério da Saúde: Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 16 jun. 2009.

Comentário: Trata-se de manual concebido pela OMS para avaliação de risco e manejo de conduta suicida para profissionais de saúde em geral

PEREIRA, A. A (Ed.). *Diretrizes para saúde mental em atenção básica*. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2009.

Comentário: essa publicação eletrônica apresenta diretrizes de autoria do editor e de Rute B. Dias, para abordagens em atenção básica: Diretrizes gerais para contensão química, Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, Diretrizes gerais para tratamento da síndrome de abstinência alcoólica, Diretrizes da intervenção quanto á mudança de comportamento: a entrevista motivacional, Diretrizes de orientação psicoterápica para a atenção primária.

PEREIRA, A. L.; VASCONCELOS, G.; ANDRADE, L. O. M. *A desconstrução do manicômio: a experiência de Sobral/CE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Comentário: O município de Sobral está situado na região noroeste do Estado de Ceará, distando 224 Km da capital, Fortaleza. É parte integrante da Área de Desenvolvimento Regional - ADR - Sobral/Ibiapaba. Esta ADR, constituída por 25 municípios, apresenta uma área territorial de 11.963 Km, o que corresponde a 8,1 da área total do estado do Ceará e onde moram cerca de 530.000 habitantes. O município de Sobral conta com uma área de 2.119 Km, sendo, entre os municípios cearenses, o décimo nono no que se refere a maior dimensão territorial e o quinto em população.

Leitura recomendada

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário*. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. 22 p.

Comentário: texto do Ministério da Saúde que resume as diretrizes gerais das ações de saúde mental na atenção básica, com detalhamento do processo de matriciamento em saúde mental.

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.

Comentário: texto do Ministério da Saúde que descreve a atuação dos CAPS e sua relação com a atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003 – 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 154 de 25 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm> . Acesso em: 26 jun. 2009.

DELGADO, P. G. G. et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil. In: *Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 9-15.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf. Acesso em: 16 jun. 2009.

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

IACOPONI, E. *The Detection of emotional disorders by Primary Care Physicians – a Study in São Paulo, Brazil* (PH.D) – University of London, London, 1989.

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

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

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

Comentário: há uma versão completa da referência em inglês, de 2004, que inclui mais detalhamento de transtornos mentais infantis e problemas neurológicos mais prevalentes. <http://www.mentalneurologicalprimarycare.org>.

RIBEIRO, M. S. (Org). *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2007. 294 p.

Comentário: Livro texto que orienta clinicamente profissionais da rede básica para atuação em saúde mental .

VILLANO, L.A.B.; NANHAY, A. L. G. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações atendidas em locais de cuidados gerais de saúde no Brasil: revisão dos estudos nos últimos vinte anos. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *O uso racional de medicamentos psiquiátricos*. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Rio de Janeiro: OMS, 1997.

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.

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.

Comentário: texto do Ministério da Saúde que descreve a atuação dos CAPS e sua relação com a atenção básica.

Outras Referências

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

AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma 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.

APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Primary care version*. 4th ed. Washington: APA, 1995.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *DSM IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1995.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

GUREJE, O. et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*, v. 154, n. 7, p. 989-95, 1997.

KIRMAYER, L. J. et al. Somatization and recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*, v. 150, p. 734-41, 1993.

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

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

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

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

LOPES, C. S. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró- Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 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*, v. 36, p. 101-7, 2001.

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artmed, 1993.

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: Editora Artmed, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana Da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo, 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.

PEREIRA, A. A. Propuesta educativa em salud mental para médicos y enfermeros de la atención primaria em Sobral – CE – Brasil (Dissertação). - Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba La Habana, Havana, 2006.

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*, 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*, 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.

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

ROSA, L. C. S. *E afinal, quem cuida dos cuidadores?* In: 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001, Brasília. Caderno de textos..., Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 154-8.

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*, 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*, v. 148, p.1494-1500, 1991.

TIMBÓ, E. C. Prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes que procuraram atendimento médico numa unidade básica de saúde de Sobralce, no período de 03 de setembro a 28 de dezembro de 2003. (Monografia). -Universidade Estadual Vale do Acaraú. Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2004.

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

VILANO, L. A. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: O Ambulatório de clínica geral. (tese). São Paulo, Universidade Federal de São Paulo/EPM, 1998.

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

Apêndice A

Endereços úteis na web

Sites de Saúde Mental voltados para o público em geral:

<http://www.ifb.org.br/> - eventos de saúde mental, capacitações e orientações voltadas para profissionais de saúde, pacientes e familiares de portadores de transtornos mentais no Brasil.

<http://www.adroga.casadia.org/> - ótimas informações sobre orientação familiar para usuários de droga.

<http://www.mentalhealth.com/> - em inglês.

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

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

Sites de Saúde Mental voltados para os profissionais de saúde:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp - sítio do Ministério da Saúde com publicações da área temática saúde mental.

<http://virtualpsy.locaweb.com.br/> - informações gerais sobre transtornos mentais e psiquiatria.

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php> - sítio governamental sobre a política de drogas no Brasil, com disponibilidade de cartilhas educativas sobre o tema de álcool e drogas, dirigido para a comunidade.

<http://www.supera.org.br/senad> - curso a distância de 80 horas, sobre dependência química, oferecido regularmente para profissionais de saúde.

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

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

ISBN 978-85-7825-019-5



9 788578 250195

Apoio



Ministério da Educação



Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde



Realização



CENTRO DE APOIO À EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UFMG

