

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

A Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Elza Bernardes Monier
Paola Trindade Garcia



A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

São Luís



2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dra. Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof.^a Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos; Prof.^a Dra. Michele Goulart Massuchin; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dra. Francisca das Chagas Silva Lima; Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire; Prof.^a Dra. Maria Mary Ferreira; Prof.^a Dra. Raquel Gomes Noronha; Prof. Dr. Ítalo Domingos Santirocchi; Prof. M.e Cristiano Leonardo de Alan Kardec Capovilla Luz

Projeto de design

Eurides Florindo de Castro Junior

Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

Marcio Henrique Sá Netto Costa

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva- 13ª Região Nº Registro 453

Revisão técnica

Deysianne Costa das Chagas; Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Revisão pedagógica

Lina Sandra Barreto Brasil; Regimarina Soares Reis

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

A saúde mental na atenção básica à saúde/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Elza Bernardes Monier; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2017.

113p.: il. (Cadernos de Saúde da Família, n. 8)

ISBN: 978-85-7862-624-2

1. Saúde pública. 2. Saúde mental. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Pessoa, Fabrício Silva. II. Silva, Mae Soares da. III. Garcia, Paola Trindade. IV. Título

CDU 613.86:614

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2017. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Fabício Silva Pessoa

Graduação em Medicina pela Escola Latino América de Medicina (2010) - Cuba. Pós-Graduação em Medicina de Família e Comunidade. Especialização em Residência médica (Pediatria) - UFMA. Tem experiência na área de Medicina com ênfase no Sistema Único de Saúde.

Mae Soares da Silva

Graduação em Psicologia (UFMA - 2005), mestrado em Saúde Coletiva (UFMA - 2013), com Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA- 2010) e especialização em Psicologia Clínica: teoria psicanalítica (PUC-Rio- 2006). Atualmente é psicóloga na Clínica Pleno Desenvolvimento Humano; docente do curso de Psicologia da Universidade Ceuma, onde também atua como supervisora técnica do estágio em Psicologia da Saúde, no contexto da Atenção Básica; e pesquisadora nos grupos: Método Psicanalítico e Novas Demandas Clínicas; Psicologia Social e Saúde.

Paola Trindade Garcia

Graduação em Fisioterapia. Mestrado em Saúde Coletiva (UFMA). Doutoranda em Saúde Coletiva (UFMA) com Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA). Especialização em Saúde da Família (CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA). Possui experiência profissional na área de Saúde Coletiva e em Fisioterapia, com ênfase na Atenção Básica à Saúde e afins. Experiência em educação a distância e em metodologias ativas. Docente da Universidade Federal do Maranhão e Coordenadora de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA.

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO..... 13
2	A SAÚDE MENTAL NOS DIAS DE HOJE..... 15
2.1	Definindo conceitos em saúde mental 15
2.1.1	Retardo mental versus transtorno mental
2.1.2	Transtornos orgânicos versus psicoses/neuroses.....
2.2	Saúde mental e a Reforma Psiquiátrica Brasileira 19
2.3	A legislação em saúde mental..... 23
2.4	A organização da assistência em saúde mental..... 29
2.4.1	Saúde mental na Atenção Básica
2.4.2	A Rede de Atenção à Saúde Mental
2.4.3	O matriciamento em saúde mental às equipes da Atenção Básica.....
2.5	Indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica 39
	REFERÊNCIAS.....
3	SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL 53
3.1	Políticas públicas atuais para os cuidados de pessoa em sofrimento mental..... 53
3.2	Concepção de reabilitação psicossocial 56
3.3	Abordagens terapêuticas e trabalhos com grupos 57
3.4	Práticas clínicas e medicalização na Atenção Psicossocial 60
3.5	Ética e Bioética na Atenção Psicossocial 61
3.6	O controle social em saúde mental..... 63
3.7	Acolhimento aos usuários com agravos de saúde mental na Atenção Básica à Saúde 65
3.7.1	A chegada do usuário na unidade básica de saúde.....
3.7.2	Ferramentas e recomendações na abordagem familiar.....
3.7.3	Abordagem à saúde mental

3.7.4	Avaliação da saúde mental.....	71
3.7.5	Grupos de alto risco para doença psiquiátrica.....	73
3.7.6	Sinais e sintomas em saúde mental	75
	REFERÊNCIAS.....	79
4	A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA: RASTREAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	83
4.1	Principais agravos em saúde mental e sua abordagem.....	83
4.1.1	O sofrimento mental.....	84
4.1.1.1	Depressão	87
4.1.1.2	Ansiedade	89
4.1.1.3	Alcoolismo.....	90
4.1.1.4	Tabagismo	92
4.2	Rastreamento em saúde mental.....	93
4.2.1	Rastreamento de depressão	93
4.2.2	Rastreamento de ansiedade	93
4.2.3	Rastreamento de tabagismo	95
4.2.4	Rastreamento de abuso de álcool.....	99
4.3	Principais medicamentos da saúde mental na Atenção Primária à Saúde	101
4.4	Considerações sobre saúde bucal	107
	REFERÊNCIAS.....	109

PREFÁCIO

Peço licença a Oswaldo Montenegro para fazer uso de trechos do seu poema “Metade”, para apresentar a temática deste livro. *“Que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que anseio. Que a morte de tudo em que acredito não me tape os ouvidos e a boca, porque metade de mim é o que eu grito, mas a outra metade é silêncio”*. O poema em questão já traz em seu início notícias do conflito vivenciado pelo homem ao tentar sobreviver de forma autêntica diante dos limites que o social lhe impõe. Este último, referente à forma como a sociedade se organiza, depende de fatores como o momento histórico, a política, a economia, que ajudam a explicar as formas de pensar e de se comportar presentes no conjunto de indivíduos que partilham de uma mesma cultura. O que tais relações têm em comum com este livro? Bom, vamos tratar aqui de saúde mental, e esta é fortemente influenciada pelo social e suas noções de normal, anormal e patológico.

Mas, afinal, do que se trata a saúde mental? Refletir sobre esta pergunta, considerando sua multideterminação, permite que sejam compreendidos os modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, não somente na perspectiva dos profissionais que os executam, mas também na daqueles que serão assistidos e/ou serão peças importantes para a resolutividade dessa assistência.

A necessidade da elaboração deste material traz outra questão importante, que é a da formação de equipes de serviços da Atenção Básica à Saúde. Este nível de complexidade, tão rico em potencialidades e fértil para intervenções no campo da saúde mental, ainda é pouco compreendido em sua magnitude. As reformas psiquiátrica e sanitária têm na Atenção Básica seu ponto em comum mais importante: é na comunidade que a saúde se manifesta enquanto fenômeno e é nela que devem ser acolhidas, assistidas e coordenadas as demandas de saúde.

Para dar conta dessa empreitada, este livro apresenta o cenário da saúde mental nos dias de hoje, enfatizando o lugar que a Atenção Básica deve ocupar na rede de assistência em saúde mental e algumas possibilidades de abordagem, rastreamento e acompanhamento. Ao mesmo tempo não encerra a temática em suas páginas, mas dá direcionamentos para uma prática que deve ser reflexiva e contextualizada, favorecendo a autonomia e valorizando o nível potencial de funcionamento independente dos sujeitos. E *“que a arte nos aponte uma resposta, mesmo que ela não saiba. E que ninguém a tente complicar, porque é preciso simplicidade pra fazê-la florescer”*.

A estratégica função dos profissionais das equipes de Saúde da Família na assistência em saúde mental é aqui destacada, mas este livro faz um convite para além de uma leitura técnica, devendo ser priorizados os sujeitos para quem as políticas aqui apresentadas foram feitas. Que todos tenham uma boa leitura, lembrando que para ser possível a oferta de uma assistência humanizada, deve-se ouvir a voz de quem (a) pede *“que a minha loucura seja perdoada. Porque metade de mim é amor e a outra metade também”*.

Mae Soares da Silva
Mestra em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

1 INTRODUÇÃO

Esta obra traz três capítulos que irão ajudar a compreender algumas características dos transtornos mentais, métodos e ações em saúde mental, bem como o contexto histórico no qual a Reforma Psiquiátrica Brasileira aconteceu. O capítulo intitulado “A saúde mental nos dias de hoje” aborda as características dos transtornos mentais, abordando dados epidemiológicos e fundamentação legal da saúde mental no Brasil. Na sequência, o capítulo “Saúde mental e a saúde da família: abordagem à saúde mental” trata da discussão dos métodos de abordagem e o acolhimento do usuário no âmbito da saúde mental. Por fim, o capítulo “A saúde mental e a saúde da família: rastreamento e acompanhamento em saúde mental” apresenta ações atribuídas à equipe de Saúde da Família no âmbito de atuação em saúde mental.

Ementa: Definição dos conceitos em saúde mental. Saúde mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira. Legislação em saúde mental. Organização da assistência em saúde mental. Indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica. Políticas públicas atuais para os cuidados de pessoa em sofrimento mental. Concepção de reabilitação psicossocial. Abordagens terapêuticas e trabalhos com grupos. Práticas clínicas e medicalização na Atenção Psicossocial. Ética e bioética na Atenção Psicossocial. O controle social em saúde mental. Acolhimento aos usuários com agravos de saúde mental na atenção básica à saúde. Principais agravos em saúde mental e sua abordagem. Rastreamento em saúde mental. Principais medicamentos da saúde mental na APS.

2 A SAÚDE MENTAL NOS DIAS DE HOJE

*Mae Soares da Silva
Paola Trindade Garcia*

O objetivo deste capítulo é descrever as características dos transtornos mentais, abordando dados epidemiológicos e fundamentação legal da saúde mental no Brasil.

O bem-estar físico, mental e social estão todos integrados para definir um conceito de saúde mais abrangente. O cuidado que se relaciona com a saúde mental envolve o subjetivo, por isso talvez seja tão difícil de se trabalhar e gere tantas dúvidas entre os profissionais da saúde.

Durante este capítulo você entenderá que a assistência à saúde mental sofreu diversas modificações nas últimas décadas e que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi produto de uma luta histórica para garantir os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva de manicômios no país. E que a partir da consolidação dessa reforma como política de governo e das diversas iniciativas e documentos em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, o modelo assistencial em saúde mental foi reorganizado, priorizando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária.

Entretanto, garantir uma adequada assistência à saúde mental ainda é um grande desafio e desejamos que o conteúdo aqui disponibilizado estimule-o em suas práticas cotidianas de trabalho e conduza-o a querer saber mais sobre esse assunto.

2.1 Definindo conceitos em saúde mental

A definição de saúde mental é tarefa difícil de ser feita, especialmente se levarmos em consideração as diferenças culturais, a influência dos julgamentos subjetivos e as diversas teorias nesse campo de estudo. Assim, de início podemos afirmar que o conceito de saúde mental está para além da ausência de transtornos mentais e depende de

uma multiplicidade de fatores, considerando aspectos:

Figura 1 - Fatores relacionados à saúde mental.



A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição “oficial” de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a “saúde mental” é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de saúde mental é mais amplo que “a ausência de transtornos mentais” (WHO, 2002).

Considerando a pluralidade de fatores que devem ser levados em conta ao se falar em saúde mental, temos então um campo que exige uma atuação transdisciplinar e intersetorial, que ultrapassa o âmbito dos programas de assistência.

Isso implica que os profissionais da área desenvolvam práticas que atravessem diferentes setores e segmentos da sociedade, valorizando a importância:

- Da inclusão e participação social;
- Do lazer;
- Da qualidade das redes sociais;
- Do acesso igualitário aos serviços de saúde;
- Da possibilidade de trabalhar e estar satisfeito com o trabalho.

Em suma, é fundamental reconhecer a emancipação dos sujeitos e de políticas públicas que viabilizem esse processo.

2.1.1 Retardo mental *versus* transtorno mental

Para aprofundarmos a discussão precisamos entender alguns conceitos usualmente utilizados no campo da saúde mental. Vejamos abaixo os conceitos de retardo mental e transtorno mental:

Retardo mental

- A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 apresenta o retardo mental como parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social (OMS, 1997).

Transtorno mental

- Segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e comportamentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Defende, ainda, que a incidência de comportamentos anormais só pode ser considerada como transtorno quando as anormalidades forem sustentadas ou recorrentes e resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida. Não se trata da insuficiência de uma capacidade mental, mas da alteração ou perda de capacidades, que pode ter diferentes graus de gravidade (WHO, 2002).

2.1.2 Transtornos orgânicos *versus* psicoses/neuroses

Além dos conceitos também é importante no estudo da saúde mental verificar as diferenças entre algumas patologias. No quadro 1 é possível observar as principais diferenças entre transtorno orgânico e psicose/neurose:

Quadro 1 - Características dos transtornos orgânicos e psicoses/neuroses.

Característica	Transtorno Orgânico	Psicose/Neurose
• Fundamento orgânico	Conhecido	Não identificável
• Esfera cognitiva	Comprometimento primário	Sem comprometimento primário; pode ter comprometimento secundário a outras alterações psíquicas.
• Lesão orgânica, alteração metabólica ou tóxica	Sim	Não
• Quadros neuropsiquiátricos devidos a causa médicas gerais ou relacionados a intoxicação/abstinência por droga psicoativa.	Sim	Não

Fonte: Adaptado de: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

Verifique também as principais características clínicas das neuroses e psicoses:

Neuroses
<ul style="list-style-type: none"> São psicologicamente compreensíveis (Jaspers). Apresentam em grau e frequência exacerbados, vivências experimentadas pelo psiquismo dito normal (ansiedade, tristeza, medo, ideias obsessivas etc). Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência. Formas principais: Neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos, na CID-10), Neurose histérica (transtornos somatomorfos e dissociativos, na CID-10), Neurose obsessiva (transtornos obsessivo-compulsivos, na CID-10) e Episódios depressivos em neuróticos (episódios depressivos leves e moderados, e outros na CID-10) (MINAS GERAIS, 2006).

Psicoses

- São psicologicamente incompreensíveis (Jaspers). Apresentam vivências bizarras, de forma anômala, como delírios, alucinações, alterações da consciência do eu. Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência. Formas principais: **esquizofrenia**, **paranoia** (transtorno delirante persistente, na CID-10) e **transtornos graves do humor** (a antiga psicose maníaco-depressiva, hoje fragmentada na CID-10 em episódio maníaco, episódio depressivo grave e transtorno bipolar) (MINAS GERAIS, 2006).

Você é capaz de distinguir clinicamente esses conceitos? O que fazer quando se deparar com situações de transtorno ou retardo mental entre usuários da UBS? Como definir clinicamente quando um paciente possui um transtorno orgânico, uma neurose ou uma psicose?

O importante nessas situações é identificar se há alguma alteração com o usuário, até porque o diagnóstico diferencial pode ser mais bem trabalhado em outros âmbitos assistenciais, além de saber dar os encaminhamentos necessários para o cuidado integral em saúde mental.

2.2 Saúde mental e a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A história da assistência psiquiátrica no Brasil tem seu marco institucional com a inauguração do Hospital Psiquiátrico Pedro II, no ano de **1852**, na cidade do Rio de Janeiro (BARROS; EGRY, 1994). Nesse contexto, o modelo de atenção seguia o então praticado na Europa, na lógica da institucionalização e exclusão social (MINAS GERAIS, 2006).

Com o passar dos anos os hospícios foram ganhando má fama em razão das condições precárias apresentadas. O número de institucionalizados era superior ao que os hospitais podiam receber, tornando-se escassos a alimentação e o vestuário para os doentes, além do fato de a atenção dispensada não ter sido humanizada.

Esse cenário possibilitou o investimento da iniciativa privada

no campo da saúde mental, especialmente no período em que o país passava pela **ditadura militar**. A industrialização da loucura era reforçada pelos convênios entre clínicas psiquiátricas privadas e o poder público, resultando em altos gastos públicos com internações sem protocolo definido.

Essa situação provocou incômodo em diversos segmentos da sociedade e marcou a crise do modelo de atenção centrado na hospitalização. Assim, nos **anos 70**, movimentos pelos direitos dos pacientes psiquiátricos clamavam por uma reforma psiquiátrica. No ano de **1978**, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (BRASIL, 2005), inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria, do psiquiatra Franco Basaglia, que fundou o movimento antipsiquiátrico, denominado de Psiquiatria Democrática (PINTO; FERREIRA, 2010).

O MTSM era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que passaram a denunciar a violência dos manicômios; a comercialização da loucura; a supremacia de uma rede privada de assistência; e a criticar o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A partir da **década de 90**, por iniciativa de movimentos sociais, foram aprovadas, em diversos estados brasileiros, leis que determinavam a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Nesse contexto, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Também nesse período foram instauradas normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária. No entanto, o crescimento e distribuição desses serviços no país, representados pelos CAPS e NAPS, deu-se de forma descontínua e desigual (BRASIL, 2005).

Em **2001**, quando finalmente a Lei Paulo Delgado foi sancionada, é que o país passou a ter uma Política de Saúde Mental. A Lei Federal nº 10.216 redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando a

oferta de tratamentos em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004a). No fim do ano 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares. Nessa Conferência, foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Foram conquistas da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002):

- A consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo.
- A atribuição aos CAPS de valor estratégico para a mudança do modelo de atenção.
- A defesa da construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas.
- O estabelecimento do controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

Compreendida como um “conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005).

Esse cenário possibilitou o investimento da iniciativa privada no campo da saúde mental, especialmente no período em que o país passava pela **ditadura militar**. A industrialização da loucura era reforçada pelos convênios entre clínicas psiquiátricas privadas e o poder público, resultando em altos gastos públicos com internações sem protocolo definido.

Acompanhe abaixo um resumo dos principais acontecimentos do processo de reforma psiquiátrica brasileira:

Figura 2 - Acontecimentos do processo de reforma psiquiátrica brasileira.



Fonte: Adaptado de: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>.

PARA SABER MAIS!

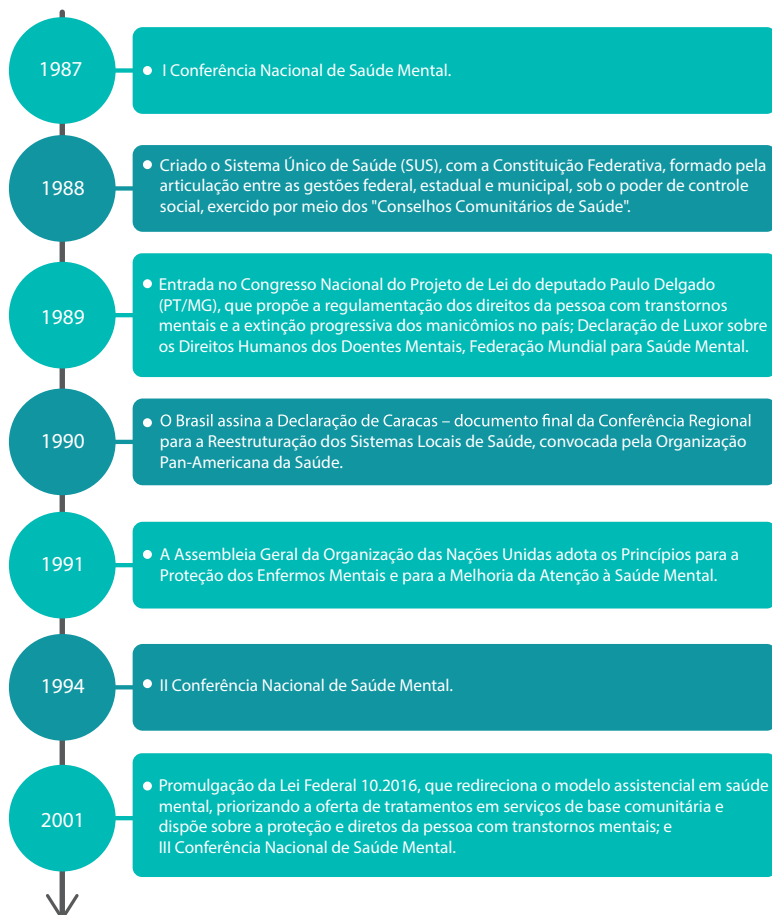
Assista ao documentário de Helvécio Ratton, “Em Nome da Razão”, filmado em Barbacena, Minas Gerais, em outubro de 1979, no hospital psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O filme denuncia a situação precária e os tratamentos inadequados a que eram submetidos os internos de hospitais psiquiátricos. Aborda o preconceito da sociedade para com essas pessoas ditas anormais em entrevista com internos, familiares e funcionários do hospital.

Leia também o Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial do ano de 2010.

2.3 A legislação em saúde mental

Entre a década de 80 e 90, ocorreram diversas iniciativas e documentos em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Destacaremos aqui algumas delas:

Figura 3 - Iniciativas e documentos em defesa dos pacientes psiquiátricos.



Fonte: Adaptado de: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>.

Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental como parte da estratégia para consolidação dessa política (WHO, 2003). Além da defesa dos direitos, a legislação pode dar conta da regulação do sistema de atendimento em saúde mental: seu financiamento, credenciamento dos técnicos e serviços, padrões mínimos de qualidade etc. (MATEUS, 2013).

Uma das principais estratégias no Brasil para a implementação da política de saúde mental é a regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010a, b).

Ilustraremos no quadro abaixo algumas dessas leis, decretos e portarias referentes à Saúde Mental no Brasil:

Quadro 2 - Leis, decretos e portarias referentes à saúde mental no Brasil.

LEIS
<p>Lei Nº 9.867, de 10 de novembro de 1999</p> <p>Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica.</p>
<p>Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001</p> <p>Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p>
<p>Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003</p> <p>Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.</p>

Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

DECRETOS

Decreto Nº 5.912, de 27 de setembro de 2006

Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e dá outras providências.

Decreto Nº 6.488, de 19 de junho de 2008

Regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito.

PORTARIAS

Portaria Nº 52, de 20 de janeiro de 2004

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004.

Portaria Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004

Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Portaria Nº 245, de 17 de fevereiro de 2005

Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.

Portaria Nº 246/GM, de 17 de fevereiro de 2005

Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.

Portaria Nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005

Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta portaria.

Portaria MS/GM Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006

Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011(*)

Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011(*)

Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Portaria Nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011

Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012

Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria Nº 123, de 25 de janeiro de 2012

Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012

Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012

Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria Nº 132, de 26 de janeiro de 2012

Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012

Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria Nº 349, de 29 de fevereiro de 2012

Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria Nº 1.615, de 26 de julho de 2012

Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria Nº 856, de 22 de agosto de 2012

Inclui, na tabela de tipos de estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - Unidade de Atenção em Regime Residencial.

Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013

Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

* Ressalta-se a importância de verificar periodicamente a atualização e republicação das portarias destacadas.

PARA SABER MAIS!

Leia as publicações ministeriais “Legislação em saúde mental: 1990 a 2004” e “Legislação em Saúde Mental: 2004 a 2010” que apresentam as peças normativas produzidas pelo campo da saúde mental de 1990 até o ano de 2010.

REFLETINDO!

Mas por que, eu, profissional da área da saúde, preciso conhecer as leis, decretos e portarias que envolvem a saúde mental?

Essas leis, decretos e portarias determinam muitas ações específicas que visam garantir o cuidado integral, e desconhecer essas ações pode resultar em negligência ao atendimento, informações desencontradas entre profissionais e usuários, o que prejudicará consideravelmente à assistência à saúde.

2.4 A organização da assistência em saúde mental

2.4.1 Saúde mental na Atenção Básica

De acordo com a WHO (2002, p.8), o manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita maior número possível de pessoas terem acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Falar de inclusão da saúde mental na Atenção Básica à Saúde (ABS) é, antes de tudo, reconhecer que esse campo perpassa por todos os níveis de complexidade. Na realidade o sofrimento mental se dá em qualquer lugar, em qualquer serviço. Por isso, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com o transtorno mental no seu cotidiano de trabalho.

Se a ABS é a porta de entrada da rede integrada de serviços de saúde, nada mais natural que o paciente de saúde mental entre por ela. E como em todas as áreas de atenção à saúde, a assistência nesse nível de complexidade pode contribuir para a diminuição de exames e tratamentos indevidos ou não específicos, além de proporcionar melhor atenção ao paciente e sua família no acolhimento da demanda e direcionamento e acompanhamento do caso na rede de serviços. Para tanto, a saúde mental deve fazer parte dos temas de atualização da educação permanente, além de ser incluída nos programas de formação.

É importante também as equipes da ABS receberem apoio matricial dos serviços de referência, uma vez que são responsáveis pelo acompanhamento das condições gerais de saúde da população.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta organizadora da ABS, na qual atuam equipes multiprofissionais cujo trabalho é organizado a partir da realidade de um território bem definido e em torno das visitas domiciliares.



Essa peculiaridade do trabalho das equipes de Saúde da Família marca uma relação profissional-usuário bem diferente da estabelecida em outros níveis de complexidade, pois o contato é mais direto e alcança diferentes aspectos da vida das pessoas.

A atenção na comunidade tem efeito positivo sobre a estigmatização das pessoas em tratamento de transtorno mental, além de possibilitar a detecção e o desenvolvimento de ações de intervenção precoce, assim como o encaminhamento desses pacientes para tratamento.



A possibilidade de trabalho nesse campo envolve: a escuta, o acompanhamento e suporte no enfrentamento do problema e o manejo criterioso e adequado da medicação. E para isso, os profissionais precisam receber melhor preparação para atender aos pacientes com problemas de saúde mental e para orientar seus familiares e cuidadores, atuando de forma integrada aos demais programas de saúde.

Entretanto, uma revisão dos principais temas da literatura científica brasileira sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família verificou entre os estudos revisados que problemas como visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, predominância da lógica manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias e de integração em rede ainda são problemas a serem superados (SOUZA et al., 2012).

Noções básicas de saúde mental devem ser incluídas nos cursos de graduação e nas capacitações frequentemente dispensadas pela educação

permanente, garantindo que os profissionais entendam a sua função em cada peça do sistema de saúde. É preciso também que o serviço respeite o princípio da equidade no seu cotidiano, priorizando o atendimento aos casos mais graves e que precisam de acompanhamento mais próximo e assumindo o acompanhamento daqueles, cujo grau de complexidade e de recursos necessários para o cuidado sejam menores.

As equipes da ESF precisam compreender o seu importante papel no atendimento em saúde mental, mas também reconhecer os limites da sua atuação. Isso implica dizer que é fundamental conhecer a rede de atenção à saúde mental, assim como dialogar constantemente com a equipe de saúde mental que dá suporte para a sua UBS ou mesmo para a mais próxima.

O trabalho na ABS é, antes de tudo, intersetorial. Isso implica no estabelecimento de parcerias que podem ajudar a apontar para essas possibilidades para além dos muros das unidades de saúde, na lógica da inclusão social.

PARA SABER MAIS!

Para aprofundar a discussão sobre saúde mental na atenção básica, leia os textos abaixo:

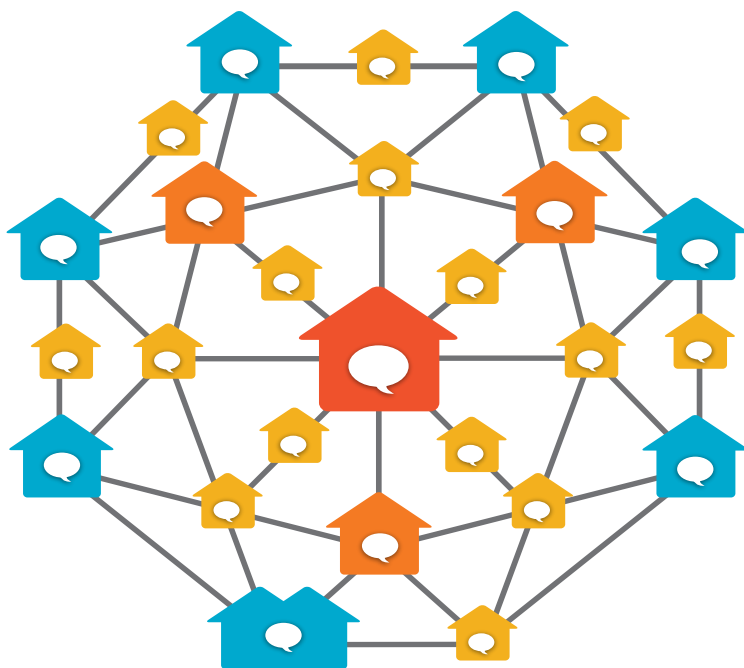
- Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário.
- Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família.
- Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental.
- A saúde mental no Programa de Saúde da Família.

2.4.2 A Rede de Atenção à Saúde Mental

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde Mental pode ser constituída de diversos dispositivos assistenciais que permitam a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, podendo contar com ações de saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência (Cecos), as enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, entre outros (BRASIL, 2011a, b, c, d).

A organização da rede deve seguir critérios populacionais e as necessidades específicas de cada município e deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação. Observe na figura abaixo como se estrutura a Rede de Atenção à Saúde Mental.



Figura 4 - Estrutura da Rede de Atenção à Saúde Mental.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>.

Segue abaixo um quadro esquemático para facilitar a compreensão das ações desenvolvidas por cada um dos serviços presentes na Rede de Atenção à Saúde Mental:

Quadro 2 - Ações desenvolvidas na Rede de Atenção à Saúde Mental por tipo de serviço.

DISPOSITIVO	AÇÕES DESEMPENHADAS
<p>Ações na Atenção Básica à Saúde</p>  <p>Saúde da Família</p>	<p>As ações de Saúde Mental na ABS podem ser organizadas por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujas equipes devem contar com pelo menos um profissional de saúde mental, para realizar as ações de matriciamento que visam potencializar as ESF (BRASIL, 2008a, b; BRASIL, 2014).</p>
<p>Centro de Atenção Psicossocial</p> 	<p>Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.</p> <p>Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004c).</p>

**Serviço Residencial
Terapêutico (SRT)**

O SRT ou residência terapêutica são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

O número de usuários pode variar desde uma até no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2004d).

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade (BRASIL, 2013).

**Leitos em hospitais
gerais**

O hospital geral é constituinte da rede de serviços substitutos criados pelas políticas públicas e esse seria um método de garantir a desinstitucionalização, não modificando os vínculos dos usuários com seus familiares e comunidade.

A internação em hospitais gerais se dá quando o tratamento ambulatorial não consegue conter o paciente (BRASIL, 2012a, b, c, d).

Programa de Atenção ao Álcool e Outras Drogas



A política de atenção a álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os CAPS-AD e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Esses serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos, como eixo central ao atendimento aos usuários/ dependentes de álcool e outras drogas.

Os principais objetivos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas são o atendimento de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas (síndrome de abstinência alcoólica, overdose etc.) e a redução de internações de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a, b).

PARA SABER MAIS!

No site do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/>) é possível ver o passo a passo de como organizar a rede de saúde mental de um município.

2.4.3 O matriciamento em saúde mental às equipes da Atenção Básica

O conceito de apoio matricial foi proposto pelo médico Gastão Wagner S. Campos, significando uma reforma das organizações e do trabalho em saúde. O termo implica em uma metodologia de gestão do cuidado adotada, atualmente, em diferentes serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). De acordo com Chiaverini (2011, p. 13), “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou

mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”.

A lógica do apoio matricial vem de encontro à lógica tradicional dos sistemas de saúde comumente organizados de forma vertical. Seu propósito é promover ações horizontais, ou seja, que integrem os diferentes atores presentes nos serviços de saúde e os seus saberes, nos diferentes níveis assistenciais. Segundo essa proposta, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência, representada pelos profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde, e equipe de apoio matricial, representada pelos profissionais que irão fornecer retaguarda especializada.

No apoio matricial de saúde mental, podem ser elaborados projetos terapêuticos entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, voltados para um único indivíduo, uma família, uma rua ou mesmo toda uma área de abrangência. Chiaverini (2011) afirma que o Projeto Terapêutico é singular, pois leva em consideração todo o contexto social do caso em questão. Assim, ela propõe um roteiro de discussão de caso que deve ser considerado no momento da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em saúde mental (quadro 3).

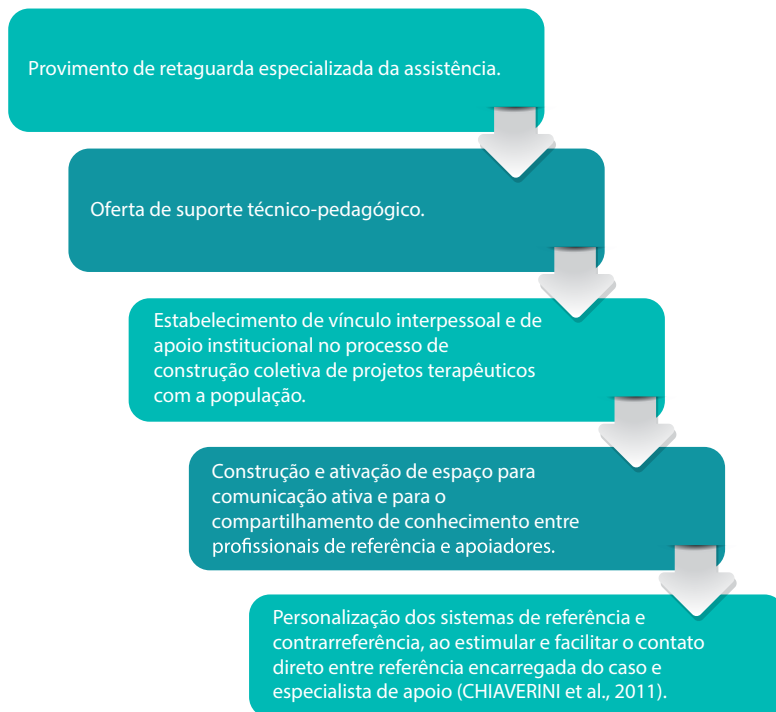
Quadro 3 - Roteiro para discussão de casos em apoio matricial de saúde mental.

• Motivo do matriciamento
• Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente
• Problema apresentado no atendimento <ul style="list-style-type: none">• nas palavras da pessoa• visão familiar• opinião de outros
• História do problema atual <ul style="list-style-type: none">• início• fator desencadeante• manifestações sintomáticas• evolução• intervenções biológicas ou psicossociais realizadas• compartilhamento do caso (referência e contrarreferência)
• Configuração familiar (genograma)
• Vida social <ul style="list-style-type: none">• participação em grupos• participação em instituições• rede de apoio social• situação econômica
• Efeitos do caso na equipe interdisciplinar
• Formulação diagnóstica multiaxial

Fonte: Adaptado de: CHIAVERINI, D.H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>>.

No contexto da ABS, as equipes da ESF funcionam com equipes de referência e a equipe de saúde mental como a equipe de apoio matricial. Entre as ações desempenhadas pela equipe de apoio matricial, destacam-se:

Figura 5 - Ações desempenhadas pela equipe de apoio matricial.



Campos; Domitti (2007) advertem que o apoio matricial e a equipe de referência são ao mesmo tempo metodologias de trabalho e arranjos organizacionais, que visam:

	<p>Facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais e diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da crescente especialização.</p>
	<p>Promover a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas.</p>

É importante lembrar que a construção do PTS, apesar de promover a integração de diferentes saberes, exige que cada profissional tenha o seu papel bem definido na atenção à saúde mental. O matriciamento não

retira da equipe de referência a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal do caso.

PARA SABER MAIS!

Leia os textos abaixo para aprofundar seu conhecimento sobre matriciamento:

- Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.
- Guia prático de matriciamento em saúde mental.

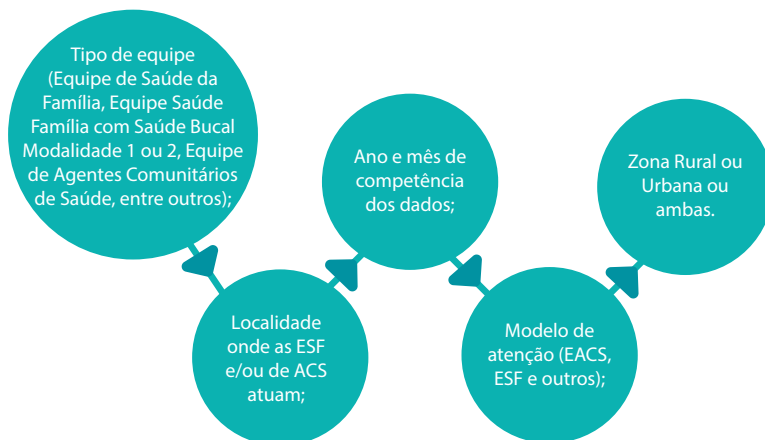
2.5 Indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica

O Sistema de Informação da Saúde para a Atenção Básica (SISAB) reúne dados gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família, que a partir de visitas domiciliares sistematizadas fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Os procedimentos realizados pelas equipes de Saúde da Família na UBS ou no domicílio são consolidados mensalmente pelas coordenações municipais de Atenção Básica, que os enviam para as regionais de saúde.



A consolidação final é feita pelas secretarias estaduais, que enviam mensalmente para o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (<http://datasus.saude.gov.br/>), quando então é consolidada a base nacional. Por meio da internet, o DATASUS disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as bases de dados do SISAB, de acordo com a base de dados recebida, sem críticas. É possível selecionar os dados por:

Figura 6 - Fluxograma das informações processadas no DATASUS.

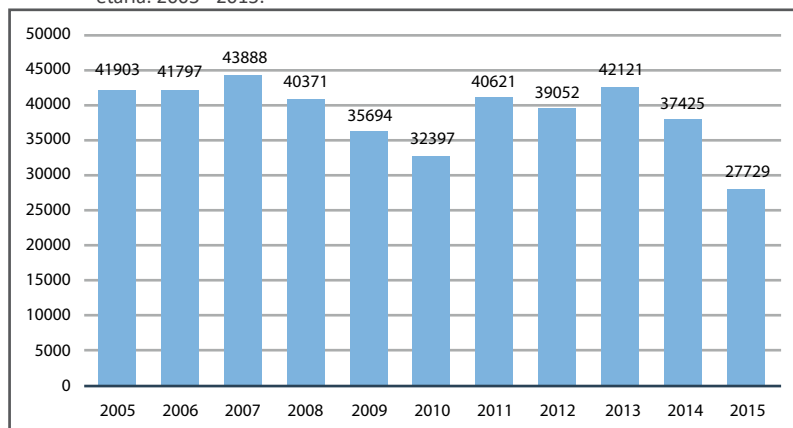


Fonte: Adaptado de: PORTAL DA SAÚDE. **DATASUS por dentro 2.0**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 1 nov. 2016>.

Com o SISAB, portanto, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (SISAB, 2016).

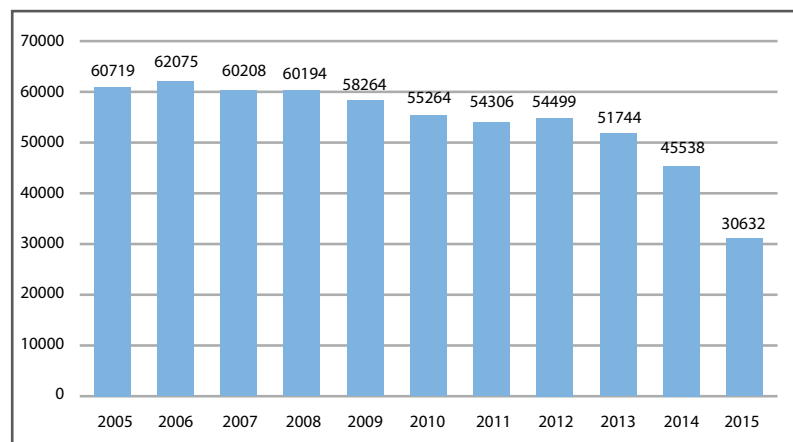
Nos gráficos 1 e 2 é possível observar o número de indivíduos hospitalizados por abuso de álcool e hospitalizações psiquiátricas no Brasil nos últimos dez anos. Os dados do DATASUS mostram que entre os anos de 2005 e 2015 houve uma queda tanto no número de indivíduos hospitalizados por abuso de álcool (aproximadamente 33%) quanto nas hospitalizações psiquiátricas (aproximadamente 49%) (Figura 7 e 8).

Gráfico 1 - Hospitalizações por abuso de álcool no Brasil, independentemente de sexo e faixa etária. 2005 - 2015.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica**: situação de saúde: Brasil. DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSB.R.DEF>>.

Gráfico 2 - Hospitalizações psiquiátricas no Brasil, independentemente de sexo e faixa etária. 2005 - 2015.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica**: situação de saúde: Brasil. DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSB.R.DEF>>.

Esses dados indicam que as estratégias de regular o sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS, têm se mostrado efetivas, pois serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros

CAPS e SRTs, ao serem lançados como programa de governo, passaram a contar com normatização e financiamento garantidos pela legislação do SUS, provocando um crescimento desses serviços no país e redução dos números de internações hospitalares (MATEUS, 2013).

Entretanto, a carência de indicadores em saúde mental e a dominância no seu caráter quantitativo permite uma avaliação limitada dos dispositivos presentes na Rede de Atenção à Saúde Mental, além de conduzir, muitas vezes a noções e julgamentos equivocados de eficiência.

AGORA É COM VOCÊ!

Pesquise no DATASUS os indicadores em saúde mental mais prevalentes em sua região. E reflita qual a importância desses indicadores no planejamento em saúde de seu local de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo você conheceu o histórico da saúde mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, evidenciando o quanto evoluímos no cuidado à saúde de pessoas que sofrem de problemas mentais, embora ainda haja desafios a serem superados.

Além dos conceitos específicos dessa área de conhecimento, abordamos algumas leis, decretos e portarias a fim de auxiliar você a conhecer ações específicas que devem ser desenvolvidas para efetivar o cuidado integral à saúde de pacientes com problemas mentais. Também foram discutidas as ações de saúde mental na atenção básica e o matriciamento, que é uma importante ferramenta de apoio e fortalecimento para a equipe de referência, sobretudo, em situações complexas.

Finalmente, você aprendeu como pode acessar informações sobre indicadores em saúde mental por meio do Sistema de Informação da Saúde

para a Atenção Básica (SISAB). Essas informações ajudarão você a verificar quais os problemas mentais mais prevalentes em sua região e assim poder programar melhor suas ações de saúde. Todo o conhecimento aprendido neste capítulo auxilia você na prestação de uma atenção à saúde mental qualificada e humanizada.

REFERÊNCIAS

BARROS, S.; EGRY, E.Y. A Enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n1/07.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. 213p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008a. Seção 1, p. 47 - 49. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. _____. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 30 dez. 2011a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 232-233. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-3089-de-23-de-dezembro-de-2011/>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. _____. Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011c. Seção 1, p. 233-234. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_3090_2011_republicada_SRT.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 23 dez. 2011d. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-3099-2011>>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 15 abr. 2013b. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=424&Itemid=85>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. _____. Portaria GM Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 jan. 2012a.

_____. _____. Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 31 jan. 2012b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 349, de 29 de fevereiro de 2012. Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 mar. 2012c. Seção 1, p. 69. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-349-de-29-de-fevereiro-de-2012/>>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.615, de 26 de julho de 2012. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 26 jul. 2012d. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-1615-de-26-de-julho-de-2012/>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. _____. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf> Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 340 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. _____. _____. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. _____. _____. **Legislação em saúde mental: 2004 a 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2010a. 257p. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>>.

_____. _____. _____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010b. 210 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. _____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. _____. _____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. _____. _____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004d. 16p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. _____. _____. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica: situação de saúde: Brasil**. DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSB.R.DEF>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. _____. SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica: situação de saúde: Brasil**. DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSB.R.DEF>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 6.488, de 19 de junho de 2008. Regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jun. 2008b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6488.htm>. Acesso em: 31 out. 2016.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

CHIAVERINI, D.H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

CRP. **Linha do tempo**. São Paulo, SP, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/linha/expandir.aspx?id_ano=23>. Acesso em: 28 out. 2016.

DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p.

MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/12.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016

OMS. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v.1.

PINTO, A.T.M.; FERREIRA, A.A.L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a04v15n1.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016

PORTAL DA SAÚDE. **DATASUS por dentro 2.0**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **Mais sobre os serviços disponíveis em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-gente>>. Acesso em: 31 out. 2016.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão**. Barbacena, MG, 1979. 1 vídeo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WcSmiMZlnLg>>. Acesso em: 31 out. 2016.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, oct./dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400019>. Acesso em: 31 out. 2016.

SISAB. **Sobre o SISAB**. Ministerio da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 31 out. 2016.

WAIMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, oct. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/19.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

WHO. **Relatório mundial de saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2002. 207p. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. **Quality improvement for mental health**: mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization. 2003. 74p. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/resources/en/Quality.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

3

SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL

Mae Soares da Silva

O objetivo deste capítulo é discutir métodos de abordagem e o acolhimento do usuário no âmbito da saúde mental.

A equipe de Saúde da Família deve estar preparada para identificar situações de sofrimento mental, por isso abordaremos algumas estratégias para atuação da equipe que poderá auxiliar na condução dos casos identificados na comunidade. É fundamental a equipe de Saúde da Família estar preparada para lidar adequadamente com pacientes com sofrimento mental na comunidade. Nesse papel, a equipe deve quebrar paradigmas e preconceitos enraizados no tratamento, praticando os ideais propostos na Reforma Psiquiátrica Brasileira e garantindo um cuidado integral e humanizado a esses pacientes.

Aprofundar seus conhecimentos nas estratégias a serem abordadas permitirá contribuir para a melhora da qualidade de vida e ressocialização desses pacientes, bem como prestar suporte adequado às famílias que tanto sofrem nesse contexto.

3.1 Políticas públicas atuais para os cuidados de pessoa em sofrimento mental

A rede de assistência pública destinada ao enfrentamento de questões ligadas à saúde mental tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar (BRASIL, 2014).

A organização dos serviços de saúde apresenta alguns dispositivos que atuam direta ou indiretamente na assistência à saúde mental.

Figura 1 - Dispositivos que atuam na assistência à saúde mental.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	
 Saúde da Família	<p>Possibilita a existência de ponto de acolhimento e resgate territorial nas demandas, realizando busca ativa dos usuários por meio de instrumentos que possibilitem o rastreamento e identificação do indivíduo suscetível a sofrimento mental.</p>
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	
 NASF	<p>Constitui-se de equipes que possibilitam dar suporte a ampliar a abrangência e o escopo de ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e de regionalização.</p>
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL (NAPS)	
 CAPS	<p>Têm um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de Saúde. Podendo desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, dispensar medicamentos, encaminhar e acompanhar pacientes que moram em residências terapêuticas, dar apoio e retaguarda ao trabalho da equipe de Saúde da Família. Possibilita um atendimento individual, em grupos e para a família/comunidade. Os CAPS podem se organizar em: CAPS I, II e III (varia somente em números) populacionais e carga horária), CAPSi (para acompanhar crianças e adolescentes) e CAPS-AD (Álcool e Drogas).</p>
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PRONTOS-SOCORROS E HOSPITAIS DA REDE	
	<p>Visam à redução do número e do tempo de internações e devem racionalizar os critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos que tenham condições de remissão ou estabilização num prazo de 72 horas. Mesmo o tratamento de emergência deve reconduzir o paciente à comunidade, a não ser em casos especiais que necessitem de comprovada internação hospitalar.</p>

AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES



Onde o paciente recebe cuidado estritamente médico e de enfermagem.

HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS



Com número muito reduzido de leitos e períodos cada vez menores de internação.

UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS



Com finalidade de internações breves.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA (CECO)



Oferta oficinas e grupos de interesses cultural e profissional que reforçam a esfera social do atendimento integral.

SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA



São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

PROGRAMA “DE VOLTA PARA CASA”



Acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação).

UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM UNIDADE DE ACOLHIMENTO (UA)



Oferecem atenção residencial de caráter transitório, sendo parte da rede de assistência psicossocial. Organiza-se em unidade de acolhimento adulto e unidade de acolhimento infanto-juvenil.

CONSULTÓRIOS DE RUA



Modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>.

3.2 Concepção de reabilitação psicossocial

A reabilitação psicossocial é um importante processo na operacionalização da reforma psiquiátrica, sob o qual estão fundamentados serviços de saúde mental como o CAPS e o NAPS (PINTO; FERREIRA, 2010).

Em sua definição, estão contidos aspectos como reinserção social, treinamento de atividades diárias e suporte social, devendo ser combinada com adequada medicação e psicoterapia no manejo dos transtornos mentais e comportamentais (WHO, 2002).

Segundo a OMS (1997), a reabilitação psicossocial é classificada como um processo que proporciona aos indivíduos desabilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de alcançar o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade.

Nesse sentido, os serviços de saúde mental devem elaborar projetos terapêuticos que incluam a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário diante de sua vida (BRASIL, 2013a).

É importante que os profissionais de saúde compreendam a reabilitação psicossocial como criação de possibilidades de vida, afastando-se do entendimento de “reabilitação” enquanto “readaptação”. A proposta contida nesse conceito é a de permitir aos chamados “loucos” engajarem-se com a cidade, ou seja, fazerem parte da sociedade e não estarem “à margem” dela. É também reconhecer que o sujeito adoecido não é o único responsável por sua loucura e, por isso, faz-se necessária a articulação de diversos segmentos e setores para a criação de espaços existenciais para a loucura.

Assim, apresentamos aqui a concepção de reabilitação psicossocial como direito de cidadania, que implica um envolvimento ativo do sujeito nos diversos setores da rede social da qual fazem parte a família, trabalho, vizinhança, serviços de saúde, associações comunitárias etc.

REFLETINDO!

Como as pessoas entendem a doença mental na comunidade onde atuo? Como posso promover a criação de laço social entre o usuário de serviços de saúde mental e os espaços de vivência da comunidade? E como aumentar, em cada um desses espaços, o poder contratual e a participação do usuário?

Um ponto muito importante para o trabalho em saúde mental é que o profissional consiga compreender como cada indivíduo e suas famílias interpretam sua doença, isso facilitará o estabelecimento de laços entre o usuário e o serviço.

3.3 Abordagens terapêuticas e trabalhos com grupos

O conceito de reorganização do modelo assistencial em saúde mental tem como ponto central a desinstitucionalização. Dessa forma, o CAPS funciona como serviço estratégico da organização da rede de saúde

mental, de forma articulada com outros serviços, setores e associações comunitárias.

A mudança proposta pela reforma psiquiátrica não envolve apenas a estrutura física onde será prestada assistência em saúde mental, mas também uma mudança na abordagem ao usuário que envolva a dimensão psicossocial do sofrimento, a subjetividade humana, a inclusão social e a autonomia.

As novas abordagens terapêuticas priorizam o sujeito da doença e não a doença do sujeito, considerando o contexto social e familiar em que ele está inserido. E é nesse contexto que operam os serviços da ABS.

É necessária a atuação de equipes multiprofissionais e intersetoriais, que operem de forma interdisciplinar, priorizando abordagens coletivas e de grupos, que podem ser desenvolvidas tanto nas UBS quanto na comunidade.

Além dos princípios fundamentais propostos pela Política Nacional de Atenção Básica (territorialização, intersetorialidade, participação social etc.), as ações em saúde mental na ABS devem se dar fundamentadas na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013a).

O trabalho com grupos é uma estratégia de fácil operacionalização nas UBS se considerarmos que certos grupos de atenção (gestantes, idosos, crianças, adolescentes ou pessoas com doenças crônicas) frequentam diariamente o serviço de saúde.

No grupo terapêutico, os usuários podem compartilhar experiências; ampliar a sua rede social; trabalhar questões associadas ao seu sofrimento mental; identificar alternativas de apoio e suporte emocional; resignificar conceitos e construir possibilidades de vida, entendendo a necessidade de ajuda de todos.

A condução de um grupo é uma responsabilidade que pode ser compartilhada com as equipes de saúde mental de apoio à ABS.

O grupo pode tanto ser uma ferramenta de detecção precoce de problemas de saúde mental quanto pode ser desenvolvido priorizando casos como: pacientes com transtornos mentais severos e persistentes,



uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio e vítimas de violência doméstica intradomiciliar (BRASIL, 2013a).

É preciso acolher o sofrimento mental nas UBS e evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana. As equipes da ESF têm um papel fundamental nessa luta e, para isso, podem lançar mão do vínculo que possuem com a comunidade e desenvolver com ela ações de mobilização de recursos comunitários, que sirvam de espaço para a reabilitação psicossocial (centros de convivência, grupos de cultura e lazer, grupos de autoajuda, grupos de caminhada etc.).

É importante ressaltar a necessidade das equipes da ESF receberem capacitação para o atendimento em saúde mental, até mesmo para romper as barreiras erguidas com o tempo, que situavam a pessoa com sofrimento mental em serviços especializados e à margem da sociedade.

PARA SABER MAIS!

Para conhecer a abordagem a alguns grupos específicos, leia os textos abaixo:

- Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil.
- Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde.
- Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do Autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde: versão Consulta Pública.
- Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica.

3.4 Práticas clínicas e medicalização na Atenção Psicossocial

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (Machado de Assis, O Alienista, 1882).

No paradigma da reforma psiquiátrica, a prática clínica na assistência em saúde mental envolve a relação entre os profissionais de saúde e os usuários baseada na clínica ampliada e no enfoque do sujeito. Uma clínica que não tem muros e em que o tempo de duração do tratamento é o dia a dia da vida cotidiana.

A elaboração de um modelo terapêutico singular é um ponto de fundamental importância na clínica psicossocial, em que a vida conflitiva e o sofrimento do sujeito-usuário no mundo devem ter lugar de destaque no tratamento. O que se destaca aqui é o cuidado que se deve ter em não igualar a loucura, o transtorno ou o sofrimento a uma doença ou problema médico, cujos riscos podem ser manejados com a medicalização.

É importante promover no sujeito a autonomia, o que implica em ele saber sobre a sua condição e contribuir no seu tratamento. A medicalização, por si só, transforma sofrimentos e vivências em diagnósticos médicos que podem ser administrados e até mesmo prevenidos em uma lógica biomédica.

Nesse aspecto, podemos interpretar que a ESF representa um grande avanço na relação médico-paciente, ao estar fundamentada na longitudinalidade. Esse princípio reflete-se no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, ao longo do tempo, favorecendo o atendimento das demandas de forma mais eficiente e em conformidade com a realidade psíquica, social e cultural do sujeito.

Figura 2 - Esquema da rede de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde.



Fonte: Elaborada pela autora.

O campo da clínica psicossocial deve, então, ser fortalecido pela transversalidade de saberes e diversidade de práticas. Dessa forma, é possível evitar a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais a partir da criação de possibilidades de vida para o sujeito.

PARA SABER MAIS!

Leia o texto “Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família”, que discute a relação entre a prática do acolhimento na Atenção Básica à Saúde (Estratégia Saúde da Família) e o processo de medicalização social.

3.5 Ética e Bioética na Atenção Psicossocial

A ética, como reflexão crítica da moral, trata da possibilidade de refletirmos sobre a nossa



conduta perante a sociedade. Pensar a ética na Atenção Psicossocial é também refletir sobre a conduta, que nesse caso envolve um serviço de saúde e o usuário dele.

A ética que aborda questões relacionadas à vida humana é a bioética. Pautada na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em outros documentos de defesa da liberdade e autonomia do homem, a bioética suscita discussões sobre as situações causadas pelo progresso das ciências biomédicas. Dessa forma, questiona a conduta humana na área dos cuidados à saúde.

No panorama atual, a discussão que deve ser provocada nos serviços de saúde mental recai sobre a ética da inclusão social.

A ética aqui em questão não parte mais da prática asilar do doente, mas da construção diária do lugar social do doente na cidade. Uma inclusão que exige não apenas o habitar a cidade, mas estar nela com uma postura ativa, reconhecendo suas potencialidades, mas também suas limitações.

Partindo desse princípio, de que o sujeito “louco” é também um cidadão, como pensar em autonomia do sujeito em casos que a realidade psíquica não é a mesma compartilhada pela sociedade? Quais técnicas e estratégias estão sendo utilizadas pelos serviços para promover a inclusão do sujeito-usuário na sociedade e na sua família?



Temos aqui o ponto crucial da ética da inclusão, que reside na inclusão da diferença. Dirigir-se ao sujeito na sua diferença é permitir a ele construir possibilidades que sustentem o seu lugar no mundo. É criar possibilidades de vida. Transcreve-se, portanto, o pensamento de Antonin Artaud, na ocasião em que escreveu a “Carta aos diretores de asilos de loucos”:

“E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico como qualquer outra série de ideias e atos humanos.”

PARA SABER MAIS!

Veja os documentários que discutem o processo e os desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (figura 3).

Figura 3 - Documentários que tratam do processo e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

	<p>“Um Outro Olhar” é um manual audiovisual sobre os Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica. Trata-se de um documentário sobre a Reforma Psiquiátrica e os serviços de saúde mental prestados nos diferentes CAPS, realizado pela Fundação Universitária José Bonifácio (FUJB) e pelo Núcleo de Pesquisas em Saúde Mental – NUPPSAM/IPUB/UFRJ, com apoio do Ministério da Saúde.</p>
	<p>“A Casa dos Mortos” é um documentário sobre manicômios judiciais e o desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira, com direção e roteiro da antropóloga Débora Diniz. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/></p>

3.6 O controle social em saúde mental

O controle social é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, definido como a posição que a sociedade assume diante de seus governantes de interlocução. Tal posicionamento pode alternar a firmação de parcerias e momentos de embates,



tendo como pano de fundo a garantia de direitos humanos e da liberdade.

No campo da saúde mental, o movimento de reforma psiquiátrica,

a partir de sua interlocução com a reforma sanitária e sua efetivação/institucionalização no campo jurídico-político, tem produzido um debate fértil, no que se refere à participação social (GUIMARÃES et al., 2010). As ações de controle devem ser direcionadas para as políticas públicas de saúde que garantam serviços de saúde mental de qualidade. Dessa forma, devem incidir sobre o modelo assistencial assumido pelo poder público, em busca de uma assistência digna para todos e de espaços para diálogo entre a loucura e a sociedade.

Segundo estabelece a legislação que regulamenta a participação social no SUS, esta se dará em instâncias colegiadas, entre as quais se situam os conselhos e as conferências de saúde, os quais se configuram como instâncias legalmente reconhecidas para a efetivação da participação da população nos espaços políticos de intervenção do setor de saúde, proporcionando mecanismos de democratização do sistema (GUIMARÃES et al., 2010).

Os conselhos de saúde, que têm sua representação composta de forma paritária, 50% de representantes do segmento dos usuários – 25% para o segmento dos profissionais de saúde e 25% para o segmento de gestores e prestadores de serviços –, é um órgão permanente e deliberativo do SUS, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (federal, estadual, municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012).

As Conferências de Saúde Mental são dispositivos de importante contribuição ao debate, crítica e formulação de políticas públicas de saúde mental. Assim, fazem parte da luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do sistema de saúde brasileiro.

PARA SABER MAIS!

Para conhecer melhor como se dá o controle social em saúde mental, leia o Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial e o artigo “O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família”.

3.7 Acolhimento aos usuários com agravos de saúde mental na Atenção Básica à Saúde

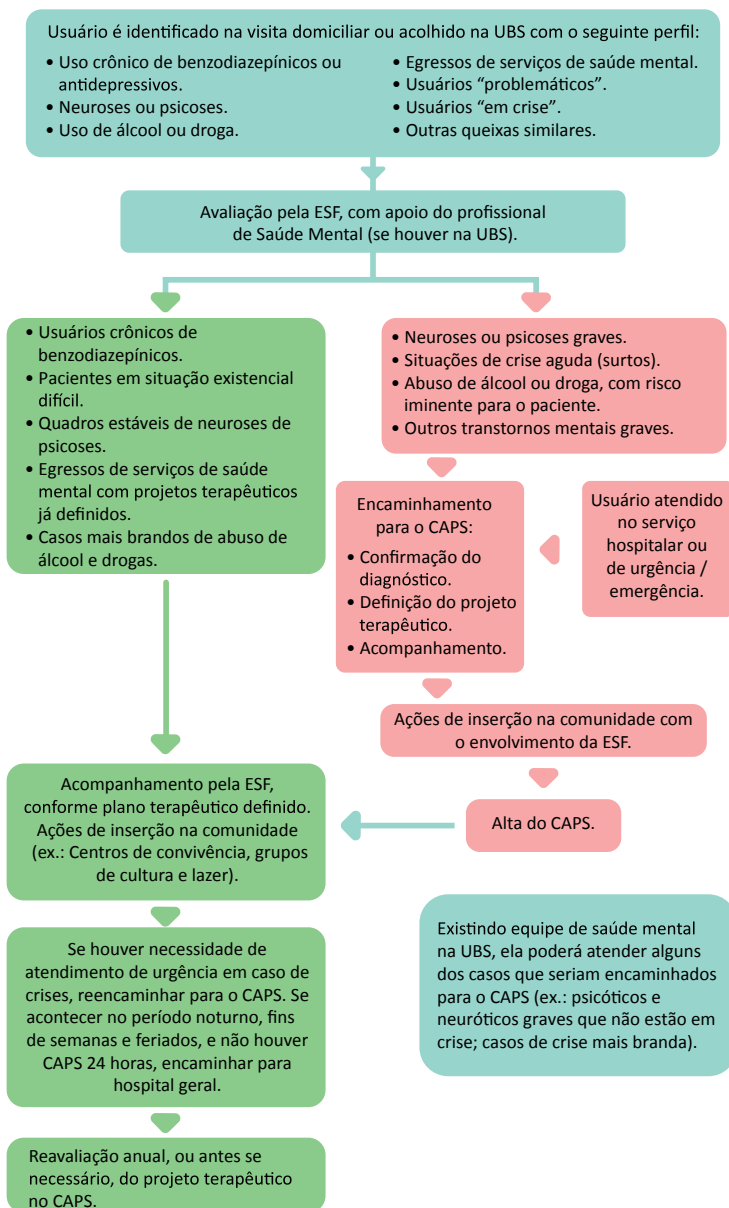
3.7.1 A chegada do usuário na unidade básica de saúde

A procura do usuário pelo serviço de saúde pode ocorrer por demanda espontânea ou agendamento, e a demanda espontânea pode ainda surgir de alguma situação de urgência ou emergência. Desse modo, todo profissional que faz parte da equipe de Saúde da Família deve estar capacitado para realizar um acolhimento adequado e humanizado.

Após a primeira abordagem, deve-se definir qual ou quais profissionais serão solicitados para o atendimento, a fim de identificar se o quadro apresenta gravidade suficiente para exigir uma avaliação específica da saúde mental. Essa análise deve ocorrer, preferencialmente, com a participação de diversos profissionais (SOUZA, 2011).

Acompanhe na figura 4 a sugestão de fluxograma de Atenção à Saúde Mental:

Figura 4 - Fluxograma da Atenção à Saúde Mental.



Fonte: Adaptado de: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>.

3.7.2 Ferramentas e recomendações na abordagem familiar

Em diversas sociedades a família é o pilar fundamental do indivíduo. A construção da personalidade, do equilíbrio mental, do sucesso em enfrentar problemas tem como base importantes elementos do contexto familiar e ambiental, havendo assim a necessidade de incorporar esse conhecimento na assistência diária da equipe de Saúde da Família. Sendo assim, seus profissionais devem estar preparados para desenvolver as seguintes especificidades:

Conceituar família e considerar sua complexidade.

Cuidar com base na experiência da família ao longo do tempo, ou seja, sua história pregressa, atual e perspectivas futuras.

Trabalhar com todos da família, tanto doentes como saudáveis.

Considerar que a família enquanto um sistema é afetada pela mudança de qualquer um de seus membros.

Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família também pode mudar com o tempo.

Promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família sempre que possível.

Levar em conta o contexto social e cultural da família na facilitação de suas relações com a comunidade (SOUZA, 2011).

Disponhamos de algumas ferramentas úteis no dia a dia da equipe de Saúde da Família que, segundo Brasil (2013a), possibilitam compreender melhor a estrutura, organização e dinâmica familiar, como:

Quadro 1 - Ferramentas utilizadas pela equipe de Saúde da Família.

Entrevista familiar

Objetiva realizar a caracterização do sistema familiar, estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, considerações materiais de vida, estado de saúde dos integrantes, rede social da família etc.

Genograma

O genograma familiar é uma representação gráfica da família. Identifica suas relações e ligações dentro de um sistema multigeracional (no mínimo três gerações). Instrumento amplamente utilizado na Terapia Familiar, na formação de terapeutas familiares, na Atenção Básica à Saúde e, mais recentemente, em pesquisas sobre família.

Ecomapa

O Ecomapa, tal como o Genograma, integra o conjunto dos instrumentos de avaliação familiar. Entretanto, enquanto o Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde ela vive. Foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman. É uma representação gráfica do *sistema ecológico* da família. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

F.I.R.O

Objetiva compreender melhor o funcionamento da família estudando as suas relações de poder, comunicação e afeto. A família é estudada nas dimensões de inclusão, controle e intimidade. Essa ferramenta é bastante útil quando a família se depara com situações que provocam crises familiares e demandam negociações e alterações de papéis entre os seus membros, tais como problemas de saúde, mudanças, doenças agudas e crônicas, hospitalizações etc. Também é utilizada na avaliação de problemas conjugais ou familiares, para entender como a família está lidando com alterações no ciclo da vida.

P.R.A.C.T.I.C.E

Objetiva a avaliação do funcionamento da família de um paciente específico. Fornece informações sobre a organização familiar e o posicionamento da família diante dos problemas enfrentados, possibilitando o manejo daquele caso específico. Essa ferramenta foca no problema, permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com a família, facilita a coleta de informações e a elaboração da avaliação com construção de intervenção.

- *Presenting problem* (problema apresentado)
- *Roles and structure* (papéis e estrutura)
- *Affect* (afeto)
- *Communication* (comunicação)
- *Time of life cycle* (fase do ciclo de vida)
- *Illness in family* (doença na família)
- *Coping with stress* (enfrentamento do estresse)
- *Ecology* (meio ambiente, rede de apoio)

Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional

Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional - discussão dos casos clínicos, estudo de caso etc.

Projeto terapêutico de cuidado à família

Permite conhecer e construir um projeto terapêutico de cuidado para a família. O Projeto Terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a partir da discussão em equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, e com a participação da família na sua elaboração.

PARA SABER MAIS!

A descrição completa de cada instrumento você encontra no Caderno de Atenção Básica 34: Saúde Mental.

3.7.3 Abordagem à saúde mental

Muito frequentemente os profissionais de saúde centram suas atenções e seus esforços na doença como algo a ser resolvido, cujos sintomas devem acabar. Por esse motivo, é comum que o profissional se sinta receoso e, muitas vezes, frustrado, no manejo das doenças aqui discutidas, pois nem sempre conseguirá corresponder com as expectativas de “cura” (BRASIL, 2013a, b).

A atual política brasileira de saúde mental foi fruto de uma mobilização iniciada na década de 1980, para mudar a realidade dos manicômios. Visa inserir esses pacientes na sociedade em vez de excluí-los em circuitos paralelos. Assim, em 2000 foi fortalecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e surgiram diversas entidades substitutivas aos manicômios: os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Cecos, as enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, entre outros (BRASIL, 2013a, b).

A maior parte da carga originada de transtornos neuropsiquiátricos se deve à depressão, ansiedade, às psicoses e aos transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool. Na Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, 7,6% dos adultos brasileiros referiram ter recebido, em algum momento da vida, diagnóstico prévio de depressão feito por médico ou profissional de saúde mental (STOPA et al., 2015).

Uma revisão sistemática de literatura que verificou os índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira (TMC; estados mistos de depressão e ansiedade) observou prevalência entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

3.7.4 Avaliação da saúde mental



A avaliação de pessoas com problemas mentais não é uma tarefa fácil, principalmente quando o objetivo é identificar se aquilo ao qual o indivíduo se refere é verdadeiramente uma doença mental. Desse modo, o profissional deverá estabelecer uma relação construtiva com a pessoa para permitir comunicação de forma efetiva e que sirva como base para qualquer relação terapêutica subsequente, avaliar as emoções e atitudes da pessoa, determinar se a pessoa tem um transtorno mental e, se for o caso, qual é ele, descobrir (quando possível) o que causou o transtorno mental, estabelecer como pode ser feito o tratamento (SIMON; EVERITT; VON DORP, 2013).

Diante do que foi apresentado acima, podemos perceber que o diálogo será fundamental para o sucesso de tudo referente ao restabelecimento do indivíduo com alguma doença mental.

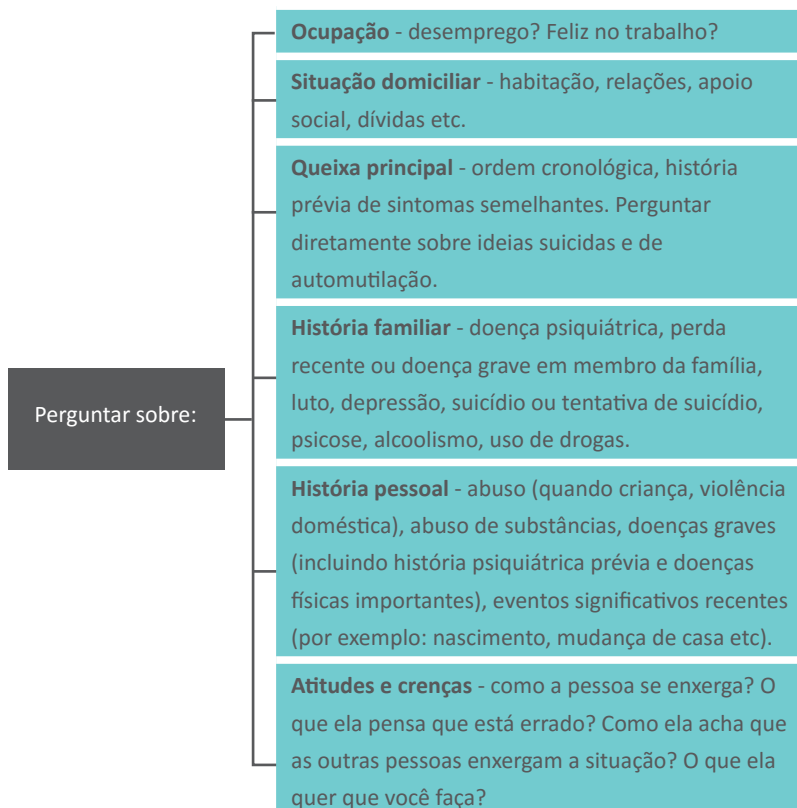
No dia a dia da equipe a informação a respeito de um transtorno mental pode ser levada à equipe de Saúde da Família por um familiar ou amigo preocupado. Desse modo, deve-se também conversar com o informante (embora se deva ter cuidado com a confidencialidade da pessoa), para definir as preocupações e circunstâncias e revisar o prontuário antes de ver a pessoa.

- **A consulta:**

Durante consulta, seja realizada no consultório, dentro da UBS, seja durante a visita domiciliar, recomenda-se o uso de questões abertas no início, ficando mais direto quando for necessário - esclarecer, refletir, facilitar, escutar. Deve-se ser receptivo e estar pronto para perguntar sobre suicídio, sexo, drogas etc.

Veja abaixo um esquema de quais questões devem ser abordadas na consulta:








Figura 5 - Questões a serem abordadas durante a consulta.



- **Exame do estado mental**

Simon; Everitt; Von Dorp (2013) recomendam considerar para o exame do estado mental:

Quadro 2 - Recomendações para realização do exame do estado mental.

Sinais de autonegligência ou desnutrição, atitudes, movimentos, interação social.	Espontaneidade, frequência, quantidade, continuidade (fuga de ideias, falta de associações).	Deprimido ou alegre demais. Considerar o rastreamento para depressão, por exemplo: questões de rastreamento de depressão para pessoas com doenças crônicas.
Aparência e comportamento 	Discurso 	Humor 
Forma, conteúdo, fluxo, posse.	Ilusões, alucinações, pseudoalucinações.	Rastreamento cognitivo.
Pensamento 	Percepção 	Cognição 
Compreensão da pessoa sobre sua doença, seus efeitos e sua necessidade de tratamento.		
Insight 		

Quando estamos trabalhando com a escuta devemos nos certificar de termos entendido o que realmente o usuário tentou explicar. Dessa forma, resuma a história de volta para a pessoa e oportunize-a a preencher alguma lacuna. Além disso, é importante fazer uma lista de problemas e plano de manejo com a pessoa e programar uma data de revisão.

Isso é importante, mesmo que o tratamento em si esteja sendo realizado por uma equipe de apoio, pois o segmento desse usuário será realizado pela ESF.

3.7.5 Grupos de alto risco para doença psiquiátrica

Vejamos abaixo os principais grupos de risco para doenças psiquiátricas (SIMON; EVERITT; VON DORP, 2013):

Quadro 3 - Principais grupos de risco para doenças psiquiátricas.

 Mulheres	São mais vulneráveis à depressão e aos transtornos alimentares. Durante a gestação e menopausa e no período pós-parto são as fases da vida da mulher que há maior chance de ocorrer problemas mentais.
 Homens	Maior risco de suicídio.
 Pessoas com problemas crônicos de saúde	Diabetes; cardiopatia; doença pulmonar crônica incapacitante; cânceres; distúrbios neurológicos incapacitantes: AVE, doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença do neurônio motor.
 Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas	No Brasil, nos anos de 2013 e 2012, o número de hospitalizações por abuso de álcool aumentou de 30.052 para 42.063 casos (PORTAL DA SAÚDE, 2008).
Pessoas que sofrem eventos vitais adversos	
 Luto	Luto; divórcio; desemprego; problemas financeiros.
 Minorias	Têm maior chance de sofrer problemas de saúde mental por privação social e econômica, isolamento de sua cultura habitual, racismo e exposição prévia a guerras ou torturas (>50% dos refugiados têm transtornos mentais).
 Cuidadores	Os cuidadores têm risco maior de desenvolver depressão (aproximadamente 40% dos cuidadores de vítimas de AVE são deprimidos).

Avaliar o cuidador é muito importante e deve ser iniciado logo após o começo dos cuidados. É boa prática:

- Identificar todos os cuidadores e marcar o seu registro.
- Verificar anualmente a saúde mental e física dos cuidadores.
- Informar aos cuidadores que eles estão aptos a uma avaliação de necessidades.
- Perguntar aos pacientes se é possível dividir algumas informações com os cuidadores.
- Informar aos cuidadores sobre grupos de apoio e centros de cuidadores (SIMON; EVERITT; VON DORP, 2013).

3.7.6 Sinais e sintomas em saúde mental

Os principais sinais e sintomas a serem observados na saúde mental são:

Confusão aguda

- Condição vista com frequência na prática diária. Pode ocorrer repetidamente ou estar superposta à confusão crônica da demência causando piora súbita da cognição.

Ansiedade

- A ansiedade só é considerada anormal quando ocorre na ausência de um evento estressante, prejudica o funcionamento físico, ocupacional ou social e/ou é excessivamente intensa ou prolongada.

Depressão

Questões de rastreamento para depressão:

- Durante o mês que passou você se incomodou por sentir-se deprimido ou desesperançado?
- Durante o mês que passou você se incomodou por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Se houver resposta positiva para alguma das questões, fazer avaliação minuciosa.

Crenças anormais

Decidir quando uma crença é normal no contexto da pessoa. Se não for o caso, decidir se ela tem:

- Delírio, isto é, crença que não parece ter uma base racional e contra a qual não é possível argumentar, ou
- Ideia supervalorizada, isto é, uma crença que é estranha, mas é compreensível no ambiente da pessoa.

Compulsões

- Comportamentos forçados, repetidos, apesar de serem inadequados, irracionais e associados a desconforto em resposta a uma obsessão, podem ser incapacitantes. Por exemplo, lavar as mãos repetidamente centenas de vezes ao dia.

Percepções (anormais)

Considerar:

- Ilusão: interpretações erradas de informações visuais ou de outro tipo, por exemplo, uma pessoa que vê a sombra de uma árvore se movendo ao vento pode interpretar como se fosse uma pessoa se mexendo. Isso pode acontecer em caso de diminuição do nível de consciência ou, algumas vezes, em caso de visão ruim.
- Alucinações: experiências sensoriais na ausência de estímulos. Podem ser visuais, auditivas, gustativas, olfativas ou táteis.
- Pseudoalucinações: percepção vívida que é reconhecida como não real.
- Despersonalização: sensação de ser irreal como um ator desempenhando o seu papel. Associa-se com ampla gama de doenças mentais.
- Desrealização: sensação de que tudo em volta é irreal, como se estivesse em um sonho. Costuma estar ligada à despersonalização.

Transtornos do pensamento

Considerar transtornos de:

Conteúdo

- Ideias de referência: a pessoa sente que é notada por todo mundo ao seu redor; o conteúdo de mídia, televisão ou rádio, refere-se a ela ou os outros estão pensando ou falando nela. Tornam-se delírios de referência quando o insight é perdido. Associam-se com esquizofrenia, estados depressivos e prejuízo cognitivo agudo e crônico.
- Delírios: crenças que são inabaláveis, apesar de evidências contrárias disponíveis e que são inesperadas considerando as circunstâncias e o ambiente. As crenças costumam ser (mas nem sempre são) falsas. Podem ser primários (crença completamente formada) e secundários (a crença surge com base na experiência).

Fluxo

- Fuga de ideias: salta de uma ideia para outra. Sempre há alguma associação entre as ideias, mas ela pode parecer estranha. Associa-se com doenças maníacas.
- Perseveração: persistência de um compromisso verbal ou de outro tipo além do que parece ser pretendido, esperado ou necessário. Associa-se com demência e lesão cerebral.
- Falta de associações: sequências de pensamentos que parecem muito pouco (ou nada) associados entre si. Associa-se com esquizofrenia.
- Bloqueio de pensamento: interrupção abrupta e completa da corrente de pensamento deixando a mente em branco. Associa-se com esquizofrenia.

Forma

- Preocupação: a pessoa pensa sobre um tópico com frequência, mas pode terminar o pensamento de forma voluntária. Sintoma comum em estados de ansiedade. Perguntar sobre preocupação com suicídio em pessoas deprimidas.
- Obsessão: o pensamento ou imagem se repete apesar de ser inadequado ou intrusivo e de estar associado com desconforto. O pensamento e os esforços para cessá-los podem ser incapacitantes.

Possessão

- Inserção de pensamentos: pensamentos que não pertencem à pessoa, mas são plantados por alguém. Um dos principais sintomas de esquizofrenia.

- Retirada de pensamentos: é o oposto da inserção. A pessoa percebe que está faltando um pensamento que foi retirado por alguém. Um dos principais sintomas de esquizofrenia.
- Transmissão de pensamentos: a pessoa acredita que seus pensamentos podem ser ouvidos por outras pessoas, diretamente ou por meio de jornais, rádios etc. Associa-se com esquizofrenia.

PARA SABER MAIS!

Entenda mais sobre a Política Nacional de Saúde Mental e o acolhimento desses agravos na atenção básica realizando a leitura do Caderno de Atenção Básica 34: Saúde Mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo evidenciamos algumas estratégias de intervenção em saúde mental, que envolvem práticas intersetoriais e recursos comunitários. Indicamos algumas publicações norteadoras da prática em saúde mental e das possibilidades de atuação na Atenção Básica, respeitando o escopo de ações que podem ser desenvolvidas nesse nível de complexidade.

Agora convidamos você a fazer a seguinte reflexão: como é feito o acolhimento ao paciente com sofrimento mental no serviço em que você faz parte? Sua equipe já identificou todos os usuários residentes na sua área de abrangência, na qual há alguma condição de sofrimento mental? Quais estratégias você e sua equipe têm desenvolvido para dar suporte a esses usuários?

Esperamos que o conteúdo trabalhado contribua para você e sua equipe aprimorarem as ações destinadas à atenção à saúde mental, traçando estratégias ainda mais eficazes a partir da organização e articulação com a Rede de Atenção à Saúde Mental da sua cidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-393, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/17.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. _____. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. _____. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do Autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde**: versão consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/autismo_cp.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

GUIMARAES, J. M. X. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400025>. Acesso em: 1 nov. 2016.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, apr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200017>. Acesso em: 1 nov. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

OMS. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.

PINTO, A.T.M.; FERREIRA, A.A.L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a04v15n1.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **DATASUS por dentro 2.0**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011>. Acesso em: 1 nov. 2016.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**.

Tradução de André Garcia Islabão e Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed. 2013.

SOUZA, D. M. M. (Org.). **A prática diária na estratégia Saúde da Família**.

Juiz de Fora: UFJF, 2011.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev bras epidemiol**, v. 18, supl. 2, p. 170-180, dec. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00170.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

WHO. **Relatório mundial de saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2002. 207p. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

4

A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA: RASTREAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Fabício Silva Pessoa

Mae Soares da Silva

O objetivo deste capítulo é analisar as ações que competem à equipe de Saúde da Família no âmbito de atuação em saúde mental.

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

Nesse contexto, a equipe de Saúde da Família é responsável pela população adscrita a essa equipe, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando houver necessidade de atenção em outros pontos do sistema de saúde. Por isso, é tão importante que os profissionais da equipe de Saúde da Família conheçam os principais agravos em saúde mental, compreendam o que é sofrimento mental e realizem o adequado rastreamento e intervenção para garantir a integralidade do cuidado em saúde mental.

4.1 Principais agravos em saúde mental e sua abordagem

Muito frequentemente os profissionais de saúde centram suas atenções e seus esforços na doença como algo a ser resolvido, cujos sintomas devem acabar. Por esse motivo, é comum que o profissional se sinta receoso e, muitas vezes, frustrado, no manejo das doenças aqui discutidas, pois nem sempre conseguirá corresponder com as expectativas de “cura” (BRASIL, 2013a).

4.1.1 O sofrimento mental

De acordo com Funk (2010), uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá uma condição de saúde mental na sua vida. Problemas de saúde mental são responsáveis por uma grande quantidade de mortalidade e incapacidade, sendo responsável por 8,8% e 16,6% do total da carga de doença em virtude das condições de saúde em países de baixa e média renda, respectivamente.

Defende-se que as manifestações mais comuns do sofrimento mental na atenção primária são parte de uma mesma síndrome clínica composta por três grupos de dimensões de sintomas: ansiedade, tristeza/desânimo e somatizações (sintomas físicos). Os três são queixas comuns dos usuários e, muito frequentemente, as queixas costumam surgir mistas, associadas. Costumam ser relatadas como tristeza, perda do prazer de viver, irritabilidade, ansiedade, medo, muitas vezes associadas à inapetência, distúrbios do sono, fadiga, palpitações, entre outros sintomas físicos.

O quadro 1 relaciona o sofrimento mental comum aos diagnósticos equivalentes na Classificação Internacional da Atenção Básica (CIAP2) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10):

Quadro 1 - Relação entre sofrimento mental comum e diagnósticos equivalentes na Classificação Internacional da Atenção Básica (CIAP2) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

Classificação Internacional da Atenção Primária (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
Tristeza/sensação de depressão (P03)	R45.2, R45.3
Inclui: sentir-se pouco à vontade, só, infeliz, preocupado. Exclui: perturbação depressiva P76. Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém mais ou menos normais – em relação a sentimentos que são tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.	

Perturbações depressivas (P76)	F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F41.2, F53.0
<p>Inclui: psicose afetiva Ne; neurose depressiva; psicose depressiva; misto de ansiedade e depressão; depressão reativa; depressão pós-natal/puerperal.</p> <p>Exclui: reação aguda ao stress P02.</p> <p>Critérios: distúrbio importante do estado de espírito no sentido da depressão. O estado de espírito, a energia e a atividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a autoestima e a confiança diminuem.</p>	
Sentir-se ou comportar-se de forma irritável ou zangada (P05)	R45.1, R45.4, R45.5, R45.6
<p>Inclui: agitação Ne, desassossego Ne.</p> <p>Exclui: criança hiperativa P21, irritabilidade de um elemento da família Z13.</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo doente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis - porém mais ou menos normais - para sentimentos que são tão perturbadores para o paciente que este procura ajuda de um profissional.</p>	
Sensação de ansiedade, nervosismo e/ou tensão (P01)	R45.0
<p>Inclui: ansiedade Ne, sentir-se ameaçado.</p> <p>Exclui: perturbação de ansiedade P74.</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém, mais ou menos normais – em relação a sentimentos tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.</p>	
Distúrbio ansioso, estado de ansiedade (P74)	F41.0, F41.1, F41.3, F41.9
<p>Inclui: neurose ansiosa, pânico.</p> <p>Exclui: ansiedade com depressão P76, ansiedade Ne P01.</p> <p>Critérios: ansiedade clinicamente significativa que não se restringe a nenhum ambiente ou situação específica. Manifesta-se como episódios de pânico (ataques recorrentes de extrema ansiedade não limitada a nenhuma situação, com ou sem sintomas físicos) ou como uma ansiedade generalizada e persistente, não associada a nenhuma situação específica e com sintomas físicos variáveis.</p> <p>Considere: ansiedade, nervosismo, tensão P01.</p>	

Fobia e perturbação compulsiva (P79)	F40, F42, F48.1, F48.8, F48.9
<p>Inclui: fobias, perturbações obsessivo-compulsivas.</p> <p>CrITÉRIOS: a ansiedade fóbica exige a expressão dessa ansiedade em voz alta, feita apenas em situações bem definidas e não consideradas perigosas: o paciente tenta evitar estas situações ou suporta-as com terror. A perturbação obsessivo-compulsiva requer pensamentos obsessivos recorrentes e perturbantes ou atos reconhecidos pelo paciente como sendo seus; comportamentos compulsivos estereotipados repetem-se sucessivamente a fim de evitar um acontecimento não desejável, embora o próprio paciente reconheça que eles são infrutíferos e pouco eficazes.</p>	
Neurastenia, surmenage (P78)	F48.0
<p>CrITÉRIOS: fadiga crescente com associações desagradáveis, dificuldades de concentração e um decréscimo constante do desempenho e da eficiência; a sensação de cansaço físico e de exaustão depois de um esforço mental ou um esforço físico mínimo é muitas vezes acompanhado de dores musculares e de uma incapacidade de relaxar.</p> <p>Considere: fadiga A04, fadiga pós-viral A04, fadiga crônica A04.</p>	
Somatização (P75)	F48.0
<p>Inclui: distúrbios de conversão, hipocondria, histeria, pseudociese.</p> <p>CrITÉRIOS: a somatização caracteriza-se por uma preocupação com a apresentação repetida de sintomas e queixas físicas, assim como pedidos insistentes de exames médicos, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos médicos. Esta requer a apresentação ao médico de família e comunidade ou profissional da Saúde de sintomas físicos múltiplos, recorrentes e sempre diferentes durante um período de pelo menos um ano. A hipocondria requer uma preocupação persistente com a aparência física ou com a possibilidade de uma doença grave, além de queixas somáticas constantes durante um período de pelo menos um ano, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos profissionais.</p> <p>Notas: A somatização é a apresentação repetida de sintomas físicos e de queixas sugestivas de distúrbios físicos não confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos, e para os quais existe evidência positiva de ligação a fatores psicológicos, não sentindo o paciente uma sensação de controle na produção desses sintomas ao lidar com os fatores psicológicos. Sinais e sintomas físicos, que incluam dor e sejam apresentados como se fossem devidos a perturbações físicas de um sistema/órgão sob controle do sistema nervoso autônomo, ou que consistam em uma dor contínua e incômoda/ grave não explicável por perturbações/processos psicológicos, são codificados como um diagnóstico de sinais/sintomas representativos da vertente física e, se possível, com um código que represente o problema emocional ou psicológico com o qual estão associados.</p> <p>A definição de somatização na CID-10 (mínimo 2 anos) é demasiado rígida para ser usada na Atenção Básica à Saúde.</p>	

Reação aguda ao estresse (P02)	F43.0, F43.2, F43.8, F43.9, F50.4
<p>Inclui: choque de adaptação, choque cultural, estresse, pesar, saudade, estresse pós-traumático imediato, choque (psíquico).</p> <p>Exclui: depressão P03, perturbação depressiva P76, perturbação depressiva pós-traumática P82.</p> <p>Critérios: reação a um acontecimento que provoca estresse ou a uma mudança significativa de vida que exige uma adaptação considerável, quer como uma reação esperada ao acontecimento ou como uma reação de má adaptação que interfere com a vida quotidiana e resulta em um mau funcionamento social, com recuperação dentro de um período de tempo limitado.</p>	
Estresse pós-traumático (P 82)	F43.1
<p>Inclui: perturbação persistente da adaptação.</p> <p>Critérios: um acontecimento estressante seguido de estados de perturbação e de angústia graves, com uma reação diferida ou prolongada, flashbacks, pesadelos, embotamento emocional, anedonia interferindo com o desempenho e o funcionamento social, e incluindo estados depressivos, ansiedade, preocupação e um sentimento de incapacidade em lidar com a situação que persiste ao longo do tempo.</p> <p>Considerar: reação de estresse aguda P02, ansiedade P01, depressão P03.</p>	

Fonte: Adaptado de: OMS. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.

4.1.1.1 Depressão

A depressão é um agravo mental que tem uma frequência relativamente comum, de curso crônico e recorrente, caracterizada pela associação com incapacidade funcional e comprometimento da saúde física. A pesquisa Nacional de Saúde realizada



em 2013 estimou que 7,6% dos brasileiros com 18 anos de idade ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental. O que representa 11,2 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (8,0%) do que na rural (5,6%) (BRASIL, 2014). A depressão pode ser diagnosticada a partir dos Critérios Diagnósticos de Episódio Depressível segundo o CID-10.

Acompanhe o quadro abaixo que descreve tais critérios:

Quadro 2 - Critérios diagnósticos de episódio depressível.



O tratamento da depressão tem como objetivo a remissão completa dos sintomas e apresenta três etapas fundamentais:

- 1) **Fase aguda:** dois a três primeiros meses e tem como objetivo a diminuição ou eliminação dos sintomas depressivos.
- 2) **Fase de continuação:** quatro a seis meses que seguem o tratamento, tem como objetivo manter a melhora e evitar recaídas.
- 3) **Fase de manutenção:** tem objetivo de evitar novos episódios

(recorrência).

Os quadros de depressão podem ser classificados em leves, moderados e graves. No âmbito da Atenção Primária à Saúde é mais comum o manejo da depressão leve, que poderá ser abordada como uma responsabilidade de resolutividade da APS. Na depressão leve o papel dos antidepressivos não está bem estabelecido, recomenda-se que se estabeleçam medidas não farmacológicas por seis semanas como: psicoeducação, exercícios físicos, acompanhamento semanal do paciente e, quando possível, psicoterapia. Se os sintomas persistirem ou piorarem, recomenda-se iniciar antidepressivos, e nesse caso o acompanhamento médico é indispensável.

O manejo de quadros depressivos moderados e graves devem ser encaminhados para a avaliação do Centro de Atenção Psicossocial. Considerando o nível de experiência dos profissionais da equipe de Saúde da Família e a presença do NASF, podemos dar liberdade e autonomia para a Atenção Básica realizar o manejo e abordagem dos casos de depressão moderada e grave, tendo sempre em consideração a supervisão do CAPS, em determinadas condutas.

PARA SABER MAIS!

Para conhecer mais os aspectos da depressão, leia o texto *Depressão na Atenção Primária à Saúde*.

4.1.1.2 Ansiedade

A ansiedade é caracterizada pela presença de sintomas físicos, na maioria das vezes acompanhada de pensamentos catastróficos e associados a modificações no comportamento (DUCAN et al., 2013).



O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição Revisada (DSM-IV) classifica os transtornos de ansiedade em:

Transtorno do pânico (TP) com ou sem agorafobia
Agorafobia sem TP (AG)
Fobias específicas (FE)
Transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
Transtorno de estresse agudo (TEA) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

PARA SABER MAIS!

Leia a publicação “Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos. Manejo nos níveis primário e secundário de atenção”.

4.1.1.3 Alcoolismo

É muito comum o profissional que atua na atenção básica se deparar com situações de abuso de álcool, que devem ser abordadas precocemente (preferencialmente antes de atingir o patamar de “abuso”, ainda no comportamento de risco). Além disso, o rastreio e tratamento das consequências a essa prática devem ser realizados.



Vários questionários já foram desenvolvidos com o objetivo de detectar o abuso de álcool. O Audit (do inglês “Alcohol Use Disorders Identification Test”), por causa da sua praticidade, é facilmente empregado

na atenção básica e constitui-se de dez perguntas, cada uma com uma determinada pontuação por resposta:

Figura 1 - Modelo de questionário Audit.

AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	
<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para a questão 9)</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) de 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) de 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente?</p> <p>(0) 1 ou 2</p> <p>(1) 3 ou 4</p> <p>(2) 5 ou 6</p> <p>(3) 7 a 9</p> <p>(4) 10 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da Saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p>

Equivalências de Dose Padrão
CERVEJA: 1 chope/1 lata/1 <i>longneck</i> (~340ml) = 1 DOSE ou 1 garrafa = 2 DOSES
VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 DOSES ou 1 garrafa (1l) = 8 DOSES
CACHAÇA, VODCA, UÍSQE ou CONHAQUE: meio copo americano (60ml) = 1,5 DOSES ou 1 garrafa = mais de 20 DOSES
UÍSQE, RUM, LICOR etc: 1 dose de dosador (40ml) = 1 DOSE

A partir do valor da soma das dez respostas, você deve orientar a sua conduta:

Escore	Intervenção
0 – 7	Prevenção primária
8 – 15	Orientação básica
16 – 19	Intervenção breve e monitoramento
20 – 40	Encaminhamento para serviço especializado

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf>.

PARA SABER MAIS!

Para conhecer melhor o Audit, leia o artigo: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care.

4.1.1.4 Tabagismo

De acordo com o CID-10, o tabagismo é uma doença crônica no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.



Segundo a WHO (2011), o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis.

O consumo de tabaco pode resultar em doenças graves. Divulgada em agosto de 2012, pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) mostra que 2.655 mortes por câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares ocorridas na população urbana poderiam ser

evitadas, anualmente, pela prevenção do tabagismo passivo.

Em cada mil mortes anuais em áreas urbanas, 25 são por causa do fumo passivo em domicílio. Políticas de criação de ambientes livres do tabaco em casa e no trabalho podem reduzir consideravelmente a mortalidade (BRASIL, 2012).

PARA SABER MAIS!

Para conhecer os fatores associados à cessação do tabagismo e as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), leia o texto “Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais”.

4.2 Rastreamento em saúde mental

4.2.1 Rastreamento de depressão

A triagem para sintomas depressivos em todos os pacientes no âmbito da Atenção Básica vem ganhando sua importância nos últimos anos (DUNCAN et al., 2013). Recomenda-se a aplicação de um questionário prático e rápido. Acompanhe abaixo as perguntas para rastreamento de depressão.

Durante o último mês, você se sentiu incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança?

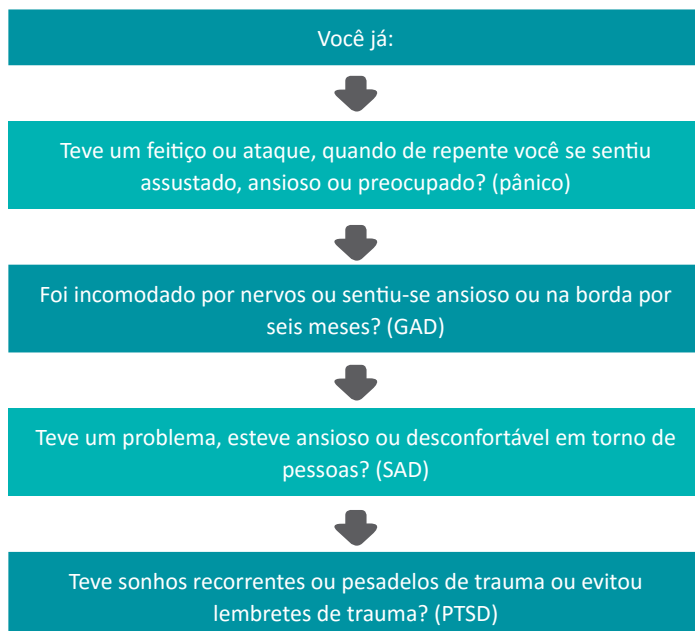
Durante o último mês, você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Para critério diagnóstico, responder “sim” para as duas perguntas tem sensibilidade de 96% a 97% e especificidade de 57% a 67%.

4.2.2 Rastreamento de ansiedade

O rastreamento dos transtornos de ansiedade até o momento tem poucas evidências da importância do rastreamento de rotina. Porém

em razão de sua elevada prevalência e da eficácia do tratamento, alguns autores recomendam a aplicação de um questionário para a detecção de casos de ansiedade (DUCAN et al., 2013). Acompanhe abaixo um questionário com perguntas simples e rápidas que podem ser aplicadas na anamnese.



Embora ainda não haja consenso sobre a importância do rastreamento dos transtornos de ansiedade, pesquisas apontam que 25% a 50% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de atendimento primário têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Dessa forma, realizar o rastreamento precoce desses transtornos pode garantir o tratamento adequado e melhor qualidade de vida para esses usuários.

PARA SABER MAIS!

Leia o artigo “Brief intervention for anxiety in primary care patients” que discute abordagens para o diagnóstico, gestão de cuidados e farmacoterapia de quatro transtornos de ansiedade comuns na atenção primária à saúde: pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social e transtorno de estresse pós-traumático.

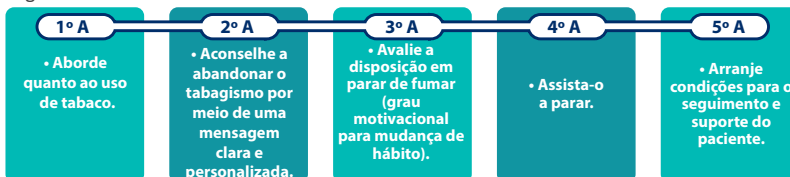
4.2.3 Rastreamento de tabagismo

O tabagismo é o principal fator prevenível de morte. A abordagem breve (cerca de cinco minutos) pode levar a cerca de 5% do abandono do hábito do tabaco. No Brasil, a prevalência de usuários de produtos derivados de tabaco é de 15,0% (21,9 milhões de pessoas). Sendo a maior parcela de usuários provenientes da área rural (17,4%) (BRASIL, 2014).

Em todos os encontros com os pacientes, recomenda-se que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para deixarem esse hábito. Aconselha-se, também, que se faça o rastreamento do cliente conforme preconiza o Ministério da Saúde na publicação “Caderno de Atenção Primária, n. 29” (BRASIL, 2010).

E como realizar a abordagem? Por meio dos cinco passos conhecidos como os 5 As:

Figura 2 - Os 5 As.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

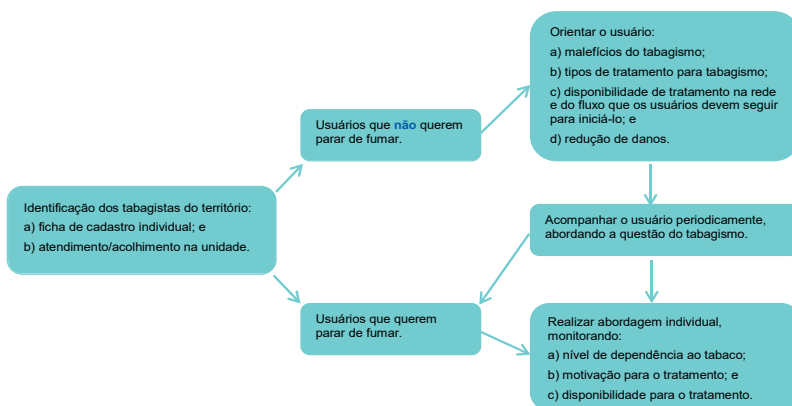
Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>.

E como se deve interpretar o resultado?

A interpretação da intervenção não deve ser entendida como positiva ou negativa, no sentido do êxito de abandono ou não do tabagismo, mas sim como um processo contínuo de cuidado e valorização do tema como um problema para a equipe de saúde e para os usuários.

Além dos 5 As, a equipe de saúde também pode utilizar o fluxograma de identificação e abordagem à pessoa tabagista.

Figura 3 - Fluxo de identificação e abordagem do tabagista no território.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>.

A dependência à nicotina pode ser avaliada de forma qualitativa e quantitativa. A avaliação quantitativa ocorre por meio de perguntas fechadas padronizadas ao tabagista, visando reconhecer os sintomas da dependência física e sua intensidade (BRASIL, 2015).

O principal instrumento para a avaliação quantitativa da pessoa tabagista é o Questionário de Tolerância de Fagerström. Este instrumento fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física. O Questionário de Fagerström é amplamente usado em razão do

seu fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser aproveitado por qualquer membro da equipe de saúde. O instrumento auxilia o profissional nas primeiras abordagens diante da questão do tabagismo com o usuário, de modo a provocar uma reflexão acerca do processo de dependência e da possibilidade de se procurar o tratamento (BRASIL, 2015).

Abaixo, você pode verificar o questionário de Fagerström.

Figura 4 - Modelo do questionário de Fagerström.

1. Quantos cigarros você fuma por dia? (0) menos de 11 (1) de 11 a 20 (2) de 21 a 30 (3) mais de 30	4. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação? (0) não (1) sim
2. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? (0) + de 60 min (1) entre 31 e 60 min (2) entre 06 e 30 min (3) menos de 6 min	5. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia? (0) não (1) sim
3. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos? (0) não (1) sim	6. Você fuma mesmo quando acamado por doença? (0) não (1) sim

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>.

A escala deve ser interpretada da seguinte maneira:

Pontuação	Interpretação dos resultados
0 a 2 pontos	Muito baixa dependência física
3 a 4 pontos	Baixa dependência física
5 pontos	Média dependência física
6 a 7 pontos	Elevada dependência física
8 a 10 pontos	Muito elevada dependência física

A motivação do fumante é um fator essencial de se trabalhar no processo de cessação do uso do tabaco e, contraditoriamente, um dos principais obstáculos para a equipe de saúde (BRASIL, 2015). Nem todos os usuários estão no mesmo estágio ou abertos para a discussão do

tema. Por exemplo, se um deles não vê o tabagismo como um problema (estágio pré-contemplativo), a abordagem pode não ser efetiva em movê-lo ao abandono, mas pode sensibilizá-lo para o tema em questão e, num próximo encontro, caso esteja mais aberto, reflita sobre a possibilidade de abandonar o hábito (estágio contemplativo).

Nesse novo estágio, a atuação pode ser mais frutífera, resultando no agendamento de uma consulta ou sua participação em grupo de tabagismo para conversar melhor sobre o tema. Na sequência, possivelmente haveria um avanço para a fase de ação e poderia ser criada uma estratégia conjunta para o abandono do tabagismo.

Acompanhe a seguir um modelo de intervenção que pode ajudar na abordagem do paciente tabagista:

Perguntar

- Você fuma?

Avaliar

- Há quanto tempo? Quantos cigarros você fuma por dia? Quanto tempo após acordar você acende o primeiro cigarro? O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Já tentou parar? O que aconteceu nas tentativas anteriores?

Aconselhar

- Benefícios sobre parar de fumar.

Preparar

- Marcar uma data próxima.

Acompanhar

- Seguimento semanal no primeiro mês, quinzenal, mensal e trimestral até completar um ano.

Quando considerar a utilização de medicação?

- Uso de > 20 cigarros/dia.
- Fumantes que usam o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar.
- Escore de Fagerström ≥ 5 .
- Tentativas anteriores sem sucesso.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). <Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>.

A interpretação da intervenção não deve ser entendida como positiva ou negativa, no sentido do êxito de abandono ou não do tabagismo, mas sim como um processo contínuo de cuidado e valorização do tema como um problema para a equipe de saúde e para os usuários.

PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seu conhecimento sobre tabagismo, leia o consenso do Instituto Nacional de Câncer (INCA) sobre a abordagem e tratamento do fumante, além do artigo que trata dos fatores associados à abstinência tabágica entre pacientes atendidos em unidade de referência para cessação do tabagismo.

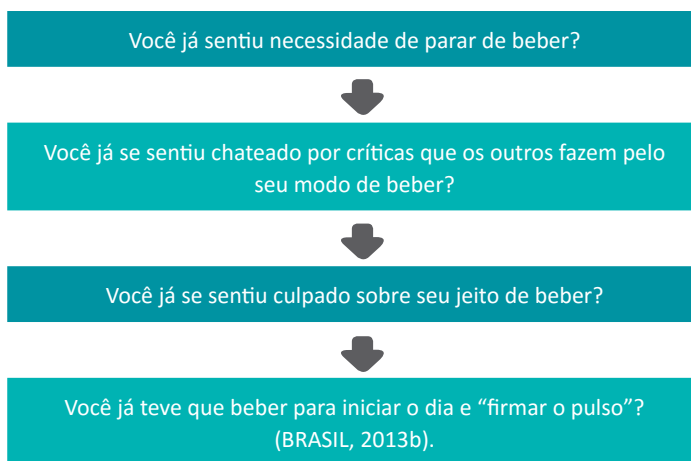
4.2.4 Rastreamento de abuso de álcool

O abuso de álcool está fortemente associado com problemas de saúde, incapacidades, mortes, acidentes, problemas sociais e violência. Há boa evidência de que o rastreamento na atenção primária pode identificar adequadamente aqueles usuários cujos padrões de consumo de álcool atendem aos critérios de dependência alcoólica e, portanto, estão sob maior risco de morbidade e mortalidade. Há boa evidência de que o

aconselhamento comportamental breve, com seguimento dos usuários, produz de pequena a moderada redução no consumo de álcool de forma sustentada ao longo de seis a 12 meses ou mais.

Recomenda-se o rastreamento e intervenções de aconselhamento na atenção primária para reduzir o uso inadequado de álcool em adultos. Pacientes com histórico de problemas com álcool, adultos jovens e grupos de alto risco (por exemplo, tabagistas) podem ser beneficiados com o rastreio mais frequente.

Há dois testes mais conhecidos. O Audit, que já abordamos neste livro, e o Cage, sendo este o mais utilizado na atenção básica. O Cage é constituído das quatro questões acerca do hábito de beber. Veja as questões no esquema abaixo:



Se duas ou mais respostas forem afirmativas, considera-se o caso como sendo positivo para abuso de álcool.

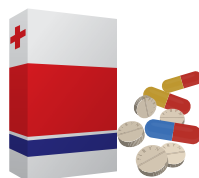
O usuário deve ser aconselhado e acompanhado. Assim como no manejo do tabagista, deve-se considerar em que estágio se encontra o usuário para programar a intervenção. Existem várias experiências de manejo de pacientes dependentes de álcool, e a equipe de saúde deve conhecer os recursos disponíveis em sua unidade de saúde, na comunidade e nas instituições externas (por exemplo, Alcoólicos Anônimos, CAPS etc).

PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seu conhecimento sobre o rastreamento de abuso de álcool, leia os textos “Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária” e “Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde”.

4.3 Principais medicamentos da saúde mental na Atenção Primária à Saúde

O uso de fármacos como parte do tratamento em saúde mental é um recurso a mais do qual se pode lançar mão. Deve-se frisar que, para atingirem sua meta de tratamento, necessitam estar inseridos em um contexto



bem maior, que inclui o vínculo com aquele serviço de saúde e com o profissional. Além disso, é importante evitar a ideia de que o medicamento é uma solução rápida e definitiva para aquele quadro, bem como lembrar os efeitos adversos que cada droga pode desencadear e como eles podem ser desejáveis para alguns e indesejáveis para outros (como a sonolência pode ser um efeito adverso desejável no paciente com distúrbios do sono).

As principais classes de medicamentos utilizados em saúde mental são: neurolépticos (ou antipsicóticos), benzodiazepínicos, antidepressivos e estabilizadores de humor.

Os neurolépticos têm ação sobre os sintomas psicóticos (delírios e alucinações), insônia (principalmente a clorpromazina e a levomepromazina), tiques (haloperidol em baixas doses), na dificuldade de controle de impulsos/risco de agressividade. Também podem ser utilizados como tranquilizador rápido nas crises graves (exemplo: sedação com haloperidol + prometazina, que pode durar até 20 minutos).

Veja no quadro 3 os principais neurolépticos utilizados na Atenção Primária à Saúde:

Quadro 3 - Nome, dose equivalente e média, faixa terapêutica e observações dos principais neurolépticos utilizados na Atenção Primária à Saúde.

Nome do fármaco	Dose equivalente (mg)	Dose média (mg)	Faixa terapêutica (mg/dia)	Observações
BAIXA POTÊNCIA				
Clorpromazina	100	250 - 60	50 - 1200	Baixa potência. Evitar uso em idosos e pessoas com epilepsia. Sedativa. Risco de hipotensão.
Levomepromazina	120	100 - 300	25 - 600	Baixa potência. Evitar o uso em idosos e pessoas com epilepsia. Muito sedativa. Risco de hipotensão.
Tioridazina	100	200 - 300	50 - 600	Sedativa. Ganho de peso importante.
ALTA POTÊNCIA				
Flufenazina	1 - 2	5 - 10	2,5 - 20	Alta potência. Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 2 semanas (Dose oral X 2,5 = dose de depósito).
Haloperidol	2	5 - 10	2 - 20	Alta potência. Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 3 semanas (1 amp. IM/mês = 2,5 mg VO/dia).
Trifluoperazina	5	10 - 20	5 - 40	Média potência. Atentar para reações extrapiramidais.

ATÍPICOS			
Risperidona	4 - 6	2 - 8	Pode causar sintomas motores em doses mais elevadas. Sedativa. Poucos efeitos anticolinérgicos. Boa escolha para crianças e idosos.
Olanzapina	10 - 20	5 - 20	Sedativa. Ganho de peso. Alto custo.
Sulpirida	600 - 1000	200 - 1000	Por vezes utilizada em associação a outros atípicos potencializando efeito antipsicótico.
Clozapina	300 - 450	200 - 500	Risco de agranulocitose e convulsões. Muito sedativa. Ganho de peso e sialorreia expressivos. Necessidade de controle hematológico (semanalmente, nas primeiras 18 semanas, e mensalmente, após esse período).

* referente a 100 mg de clorpromazina

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>.

Os benzodiazepínicos se popularizaram por seus efeitos ansiolíticos associados a baixos efeitos adversos quando comparados com as outras classes.

Assim, hoje são usados em larga escala no Brasil, sendo este um dos países que mais os consomem, levando a altas taxas de cronicidade. Sua principal indicação é a ansiedade, tanto aguda quanto em situação de estresse ou em crises psicóticas. Também têm efeito sedativo e relaxante, podendo ser utilizados na insônia e na síndrome de abstinência de drogas. A dependência, a depressão respiratória e a sedação secundária são os principais efeitos adversos.

Veja no quadro 4 os principais benzodiazepínicos utilizados na Atenção Primária à Saúde:

Quadro 4 - Nome, dose equivalente e média, faixa terapêutica e observações dos principais benzodiazepínicos utilizados na Atenção Primária à Saúde.

Nome do fármaco	Meia-vida (h)	Faixa terapêutica	Dose usual	Observações
BAIXA POTÊNCIA				
Diazepam	30 - 100	2.5 - 30	10 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal. Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável.
Clordiazepóxido	30 - 100	5 - 75	25 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal.
Lorazepam	6 - 20	0.5 - 6	2 mg	Perfil intermediário. Útil em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (por ser eliminado por via renal).
Clonazepam	30 - 100	0.5 - 8	0,5 - 2 mg	Perfil intermediário. Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia.
Bromazepam	8 - 19	1.5 - 20	3 mg	Perfil indutor do sono.
Alprazolam	6 - 20	0.5 - 2,0	0.5 - 2 mg	Perfil indutor do sono. Útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico.
Midazolam	1 - 5	7.5 - 30 mg	15 mg	Perfil indutor do sono. Baixo desenvolvimento de tolerância. Prescrição IM útil em agitação.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>.

Os antidepressivos são considerados de uso relativamente simples e seguro, não produzindo fenômenos de tolerância ou dependência. Os antidepressivos tricíclicos são bastante eficazes, porém apresentam mais

efeitos inesperados (boca seca e constipação), enquanto os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são mais recentes e agem menos sobre o sistema de neurotransmissão, pois são seletivos. Podem ser indicados em casos de sintomas: depressivos, de pânico, obsessivos-compulsivos, ansiedade e fobia social.

No quadro 5 observamos os principais antidepressivos utilizados na Atenção Primária à Saúde:

Quadro 5 - Nome, dose equivalente e média, faixa terapêutica e observações dos principais antidepressivos utilizados na Atenção Primária à Saúde.

ANTIDEPRESSIVOS			
DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERAPÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
Tricíclicos:			
Sempre iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2 - 3 dias até atingir nível terapêutico.			
Amitriptilina	150 - 200	50 - 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
Clomipramina	150 - 200	50 - 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
Imipramina	150 - 200	50 - 300	Observar interações medicamentosas.
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
Citalopram	20	20 - 60	
Escitalopram	10	10 - 30	
Fluoxetina	20	5 - 80	Meia-vida prolongada; observar interações medicamentosas.
Paroxetina	20	10 - 50	Observar síndrome de retirada.
Sertralina	50 - 150	50 - 200	

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>.

A classe “estabilizadores de humor” foi assim agrupada por reunir medicações que evitam ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, mas não compartilha um mecanismo de ação comum. O carbonato de lítio ainda é a droga padrão, podendo ser indicada em episódios de mania, hipomania e depressão em pacientes com transtorno bipolar.

No quadro 6 destacamos os principais “estabilizadores de humor” utilizados na Atenção Primária à Saúde:

Quadro 6 - Nome, dose equivalente e média, faixa terapêutica e observações dos principais “estabilizadores de humor” utilizados na Atenção Primária à Saúde.

ESTABILIZADORES DE HUMOR		
NOME DO FÁRMACO	DOSES MÉDIAS	OBSERVAÇÕES
Carbonato de lítio	900 - 2100	<p>Iniciar com 300 mg, 2 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300 mg, 3 vezes ao dia, aumentando mais conforme necessidade.</p> <p>Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância.</p> <p>Dosagem sérica: 0,6 - 0,8 mEq/l em fase de manutenção; 0,8 - 1,2 mEq/l em fase aguda. Deve ser medida após 5 dias de estabilização da dose oral. Coletar sangue 12 horas após a última tomada.</p>
Carbamazepina	400 - 1600	<p>Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais.</p> <p>Dosagem sérica: 8 - 12 µg/ml. Coletar sangue 12 horas após a última tomada.</p> <p>Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir a dose de 3 - 4x/dia.</p>

Ácido valproico	750 - 1500	<p>Iniciar com 250 mg/dia e aumentar 250 mg a cada 3 - 4 dias para evitar efeitos colaterais, divididos em 2 - 3 tomadas diárias.</p> <p>Dosagem sérica: 45 - 125µg/ml.</p> <p>Embora a dose máxima proposta seja 1.800 mg/dia, alguns pacientes podem precisar de até 3 g/dia para atingir níveis séricos terapêuticos. Não ultrapassar 60 mg/kg/dia.</p>
-----------------	------------	--

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>.

4.4 Considerações sobre saúde bucal

O dentista pode ser o profissional a ter o primeiro contato com os usuários com algum problema no âmbito da saúde mental, principalmente no que se refere ao uso abusivo de álcool e de tabaco.



O uso do tabaco tem influência negativa sobre a saúde periodontal, tendo efeitos sobre as respostas imunológicas, perda óssea alveolar, sobre a cicatrização de feridas e tratamento periodontal. Fumantes exibem não somente um aumento na suscetibilidade à periodontite, como não respondem ao seu tratamento e apresentam maior exposição a outras doenças (ALVES et al., 2013).

Fatores psicossociais como estresse e quadros depressivos podem aumentar a suscetibilidade a doenças autoimunes, alergia, infecções como gengivite e periodontite, e ao câncer. Isso é explicado por mecanismos fisiológicos associados com a alteração da função imunológica; e comportamentais, por meio dos quais estilos de vida podem potencializar e promover o desenvolvimento de doenças. Porém, fatores como diferenças populacionais, capacidade do indivíduo em reagir e lidar com situações estressantes, diferentes subtipos de quadros depressivos, variação das características imunológicas estudadas e heterogeneidade dos fatores

estressores são variáveis importantes nem sempre consideradas (ALVES et al., 2013).

PARA SABER MAIS!

Para saber mais sobre a relação entre saúde mental e saúde bucal, leia o artigo “Estresse como possível fator de risco para a doença periodontal: revisão da literatura”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo evidenciamos algumas estratégias de intervenção em saúde mental, que envolvem práticas intersetoriais e recursos comunitários. Indicamos publicações norteadoras da prática em saúde mental e das possibilidades de atuação na atenção básica, respeitando o propósito de ações que podem ser desenvolvidas nesse nível de complexidade. Além disso, vimos as situações mais comuns com as quais o profissional da atenção básica irá se deparar na prática em saúde mental, bem como o escopo de tratamento farmacológico disponível.

Ao fim deste módulo, convidamos você a fazer a seguinte reflexão: como é feito o acolhimento ao paciente com sofrimento mental no serviço do qual você faz parte? Sua equipe já identificou todos os usuários residentes na sua área de abrangência com alguma condição de sofrimento mental? Quais estratégias você e sua equipe têm desenvolvido para dar suporte a esses usuários?

Esperamos que o conteúdo trabalhado contribua para você e sua equipe aprimorarem as ações voltadas para a atenção em saúde mental, traçando estratégias ainda mais eficazes a partir da organização e articulação com a Rede de Atenção à Saúde Mental da sua cidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. T. E. et al. Aspectos relacionados ao câncer oral de interesse na periodontia. **Braz J Periodontol**, v. 23, p. 31-37, dez. 2013. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/dezembro/REVERPERIO_DEZ_2013_PUBL_SITE_PAG-31_A_37.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p. Disponível em: <<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

ARANTES, Daniel Victor. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 261-270, jan. /mar. 2007. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/65/56>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

AYUB, L. G. et al. Estresse como possível fator de risco para a doença periodontal: revisão da literatura. **R. Periodontia**, v. 20, n. 3, p. 28-36, set. 2010. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/set_2010/artigo4.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BABOR, T. F. et al. **Audit: the alcohol use disorders identification test (AUDIT): guidelines for use in primary care**. 2. ed. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRAGANTE, Inaiara (Org.). **Guia de referência rápida**: ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos: manejo nos níveis primário e secundário de atenção: versão profissional. Tradução e adaptação de Angelmar Roman. Rio de Janeiro, RJ: SMS, 2013. 32f. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/026_material_saude_guia_referencia_rapida_ansiedade.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Abordagem e tratamento do fumante**: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e776ee0047dec36284a4cd9ba9e4feaf/tratamento-consenso.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e776ee0047dec36284a4cd9ba9e4feaf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. _____. **Rio + 20**: saúde e tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 27 p. (Notas Técnicas para Controle do Tabagismo). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/42762f804eb68a48a12ab3f11fae00ee/notas_tecnicas_para_o_controle_do_tabagismo_rio_vinte_saude_e_tabagismo.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42762f804eb68a48a12ab3f11fae00ee>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. _____. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa nacional de saúde:** percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FRANCA, S. V. S. et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 10, feb. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100203&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 1 nov. 2016.

FUNK, M. **Mental health and development:** targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44257/1/9789241563949_eng.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, feb. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

OMS. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.

PEREIRA, M. O. et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 420-428, maio./jun. 2013. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/6065/art_FERREIRA_Efetividade_da_intervencao_breve_para_o_uso_abusivo_2013.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 out. 2016.

ROY-BYRNE, P. et al. Brief intervention for anxiety in primary care patients. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, n. 2, p. 175-186, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896069/#R18>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

SILVA, S. T. et al. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00539.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

TAUFICK, M. L. C. et al. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 427-432, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0427.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

WHO. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011**: warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization, 2011. 152p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2016.

