



# SAÚDE MENTAL

## Apresentação

*Quem não ama, adoce!*  
(Freud)

*“São direitos da pessoa portadora de transtorno mental (...) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades”, de acordo com o art. 2º da Lei 10.216. Para a maioria das pessoas, isso significa atendimento psiquiátrico efetivo. Quando se trata de desenvolver políticas públicas de saúde mental, os gestores devem almejar promover a recuperação de indivíduos por meio do envolvimento dos usuários. Isso não deve ocorrer porque é politicamente correto, na acepção de Setoya (2011), mas porque os indivíduos são os únicos que verdadeiramente conhecem as suas necessidades.*

Para os médicos generalistas integrantes dessas equipes de saúde assimilarem os conteúdos que facilitem a compreensão da saúde mental no contexto da Atenção Básica, este capítulo foi organizado em três seções:

1. Saúde Mental e Reforma da Assistência Psiquiátrica;
2. Saúde Mental na Atenção Básica;
3. Tratamento na Atenção Básica.

Esperamos oferecer informações em linguagem simples, oportunidades de reflexão individual e coletiva e, principalmente, a busca por mais conhecimentos na grande área temática da saúde mental.

Bons estudos! Boas práticas!

Os autores.

## Seção 1 - Saúde Mental e Reforma da Assistência Psiquiátrica

Saúde mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia, ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Além da psiquiatria, a complexa rede de saberes da temática da saúde mental apresenta, entre outros, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia. Amarante (2007) provoca reflexões sobre a assistência psiquiátrica ao questionar o que é doença mental e se esta seria o oposto de saúde mental.

Quais então seriam os limites do campo da saúde mental?

A saúde mental não pode ser imaginada como algo diferente da psiquiatria. Deve ser entendida como um continuum, na perspectiva maior da Saúde Pública, de onde também derivam seus conceitos básicos:

1. Responsabilidade pelo atendimento em saúde mental de uma pessoa ou grupo da comunidade;
2. Legitimidade por meio da participação comunitária, numa relação cooperativa e funcional que permita a solução eficiente de problemas, aliado a um processo de educação contínua e respeito pelos valores

- dos pacientes e famílias;
- 3. Alcance para melhorar as chances de que as pessoas recebam o tratamento, ação social nos meios de comunicação para reduzir o estigma;
- 4. Integração de serviços a uma rede pública complexa de referência e contrarreferência de pacientes, em um sistema de tratamento equilibrado entre as necessidades emergentes do paciente, como serviços de internação, emergência psiquiátrica, hospital-dia, visita domiciliar;
- 5. Continuidade do atendimento é o resultado natural da integração eficiente dos serviços. É essencial que o paciente tenha um terapeuta principal durante todo o tratamento.

## 1.1 Reforma Psiquiátrica

O modelo comunitário, inspirador da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil, foi particularmente preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no início dos anos 70, sendo desenvolvido em vários países da Europa e da América do Norte. De acordo com a Direção-Geral da Saúde de Lisboa (PORTUGAL, 2004), caracteriza-se, genericamente, pelo fato dessas estruturas de intervenção:

### Estruturas de intervenção

- estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos;
- serem parte do sistema de saúde geral, o que contribui para diminuir o estigma frequentemente associado às instituições psiquiátricas;
- disponibilizarem a globalidade de cuidados (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), de modo abrangente, com garantia da sua continuidade pela mesma equipe profissional e com estreita articulação entre os diversos prestadores.

Os modelos assistenciais substitutivos ao hospitalocêntrico emergiram no Brasil nos anos 70, em um contexto histórico determinado constituindo a chamada Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira. Em 1987, foi criado o “Centro de Atenção Psicossocial” Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), pioneiro em São Paulo; em 1989, em Santos, foi criado o primeiro “Núcleo de Apoio Psicossocial” (NAPS). Ambos serviram de inspiração e modelo para muitas das transformações que vêm se processando no país.

Deve-se assinalar que as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) têm operado transformações complexas na atenção ao sofrimento psíquico. A II CNSM constitui um importante marco no processo de Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira por meio da adoção de conceitos como território, regionalização das ações de saúde e equidade, derivados do ideário da Reforma Sanitária, ações e providências que verdadeiramente possibilitam o rompimento com o Modelo Hospitalocêntrico.

A aprovação da Lei 10.216, de abril de 2001 (Ministério da Saúde, 2004), que trata da proteção e dos direitos de pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Essa Lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do SUS, de acordo com as necessidades do cidadão e a recuperação por meio da inserção na família, no trabalho e na comunidade.

O processo de reforma da assistência psiquiátrica é uma consequência natural de uma transformação da própria ciência. Um importante passo neste sentido, foi o fato de os serviços terem passado a lidar com as pessoas e não mais com as doenças. Desta forma, rompeu-se com o modelo teórico-conceitual até então vigente e o campo da saúde mental e atenção psicossocial passou por um conjunto de transformações e inovações, que contribuíram para a construção de uma nova imagem social dada à loucura e aos sujeitos “em sofrimento”. A questão dos direitos humanos também possui importância singular, pois trata da inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Nesta perspectiva, a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01 e a aprovação de demais leis estaduais de reforma psiquiátrica serviram de legitimação, embora a construção da cidadania diga respeito a um processo mais complexo de mudança de mentalidades (AMARANTE, 2007).

A Declaração de Caracas, marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas, vinculou a atenção psiquiátrica à atenção primária de saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais. Sobre a Saúde Mental na atenção primária, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), aponta a importância da integralidade da atenção à saúde e constata que as equipes de saúde de Atenção Primária, cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental. Desta forma, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de saúde da família

apresentam-se como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como transtornos depressivos e ansiosos, tabagismo, condutas suicidas, transtornos psiquiátricos graves, o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico, inclusive de crianças e idosos.

Ao adotar o território, como estratégia, fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (ROTELLI et al., 1990; BRASIL, 2013 ). Dentre o conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, Amarante (2007) destaca:

### Estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial

- estratégias de residencialidade e emancipação dos sujeitos;
- apoio das cooperativas, centros de convivência e empresas sociais;
- atenção primária em saúde, que tem como foco a saúde da família e objetiva reverter o quadro centrado apenas na doença e no tratamento.

Como referido anteriormente, a exemplo do que se verificou na generalidade dos países desenvolvidos, também no Brasil, a partir da década de 90, a progressiva criação de serviços descentralizados, associado a apreciável melhora da efetividade da intervenção terapêutica, reduziu significativamente a necessidade e a duração das internações e acelerou a controvérsia sobre o papel dos hospitais psiquiátricos. Esses hospitais, sendo tradicionalmente asilares e custodiais, na maior parte do Brasil, induzem dependência e perda de sentido de cidadania, segundo o paradigma psicossocial, em particular aos pacientes psiquiátricos crônicos, sujeitos a internamentos longos e/ou repetidos, agravando as consequências do próprio processo psicopatológico.

Dos profissionais que atuam na área da saúde da família, esperamos que sua dedicação possa internalizar uma atenção especial a certos aspectos que, ao longo dos últimos anos, passaram a ser parte integrante da boa atenção à saúde mental: (1) os direitos humanos dos usuários; (2) os anseios de usuários e familiares de participar ativamente nos processos de tratamento propostos; (3) os progressos técnicos recentes, tanto na área das neurociências, quanto na das ciências sociais, da psicologia e da saúde pública.

#### VAMOS SABER MAIS!

*Ulisses Pernambucano - Precursor da psiquiatria social brasileira, atuou da década de 20 à de 40, trabalhando pela humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes, nos hospícios. Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. Tratava-se de uma rede de serviços que era composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório e Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia de Alienados, para melhor acolher e cuidar daqueles enfermos da mente. Podemos considerar que vemos aqui o aparecimento de uma primeira figura da Reforma do Modelo Hospitalocêntrico recém surgido: criação de instituições abertas, mas ainda suplementares (Devera e Costa-Rosa, 2007).*

Sugestão de filme: Nise: O coração da loucura (2015) – conta a história de uma psiquiatra, nos anos 1950, que era contrária aos tratamentos convencionais da esquizofrenia da época e cria uma outra forma para lidar com os pacientes.

#### A Política Nacional de Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental retoma sob outro prisma o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental amparado pela Lei 10.216, de abril de 2001, que completa sua maioridade. Após 18 anos, cientes de que o processo de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil tem sido uma consequência esperada de transformações sócio-históricas e tecnocientíficas, o rompimento com o modelo biomédico tem sido reconsiderado após uma geração de cuidados em saúde mental eminentemente de cunho psicossocial, que privilegia “políticas de acolhimento” do cidadão em “sofrimento psíquico”, em detrimento da denominada medicina baseada em evidências científicas na busca de critérios técnicos mais efetivos para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas com transtornos mentais na comunidade.

À medida que se avança o conhecimento das bases cerebrais de diversos transtornos psiquiátricos, rumo ao conhecimento aprofundado das bases biológicas da ciência neuropsiquiátrica no século XXI, consolida-se a hegemonia do modelo médico no campo neuropsiquiátrico. A realidade é que, nas últimas décadas, a psiquiatria tem se decantado novamente para o polo da medicina. Tal posicionamento é representado pelos postulados mais significativos a seguir:

### Postulados mais significativos

1. A psiquiatria é um ramo da medicina;
2. A psiquiatria deveria utilizar metodologias científicas modernas e embasar sua prática no conhecimento científico;
3. A psiquiatria destina-se ao cuidado de pessoas enfermas que requerem tratamento de enfermidades mentais;
4. Existe uma fronteira entre o comportamento normal e o patológico;
5. Há enfermidades mentais concretas. As enfermidades mentais não são mitos. Não há uma, senão várias enfermidades mentais;
6. O foco de atenção dos médicos psiquiatras deveria concentrar-se particularmente nos aspectos biológicos da enfermidade;
7. Deveria existir explícito acordo entre o diagnóstico e a classificação.

De qualquer forma, a posição biológica de certos setores da saúde mental e da psiquiatria atual não nega o importante papel que a cultura, os sistemas políticos e econômicos, a filosofia e a religião podem desempenhar no desenvolvimento dos indivíduos e nos padrões de saúde e enfermidade, mas concentram o interesse da psiquiatria, como especialidade médica que é, no estudo do organismo humano e nas funções biológicas alteradas.

As críticas a essa tendência doutrinária se estendem ao modelo biomédico. Parte do modelo médico, por exemplo, o critério de normalidade como saúde ou ausência de sintomas, em si, muito pragmático. O modelo médico, também é conhecido como modelo orgânico, modelo biológico ou modelo biofísico. Surgiu com Hipócrates e seus postulados básicos são:

### Postulados básicos de Hipócrates

1. A enfermidade tem uma etiologia ou causa;
2. Tal etiologia é orgânica (tissular ou bioquímica em nível cerebral por defeito genético, metabólico, endócrino, infeccioso ou traumático);
3. A etiologia orgânica produz uma série de sintomas que constituem o quadro clínico. Ainda que sejam manifestações de um defeito biológico subjacente ou de uma reação adaptativa compensatória a esse defeito, a realidade é que os teóricos desse modelo tendem a subestimar a segunda possibilidade;
4. O conjunto de sintomas, agrupados sistematicamente, permite o processo diagnóstico. Às vezes são necessárias explorações complementares para se chegar ao diagnóstico;
5. Através do diagnóstico pode-se emitir um critério prognóstico;
6. O escalão final desta sequência é o tratamento (biológico) que deve incidir sobre a suposta etiologia orgânica.

### Algumas críticas a esse modelo

1. A atitude passiva do enfermo;
2. Na maior parte dos transtornos mentais, permanece ignorada a suposta causa biológica;
3. Há quadros clínicos atípicos. Assoma-se a influência de fatores psicossociais;
4. O diagnóstico sindrômico não equivale ao nível do diagnóstico etiológico. A nosologia é distinta da nosografia;
5. A prognose nem sempre é fiável;
6. O tratamento biológico soluciona totalmente uma parte dos casos de transtornos mentais.

Sob um prisma epistemológico geral, o modelo biomédico é definitivo em alguns casos, complementar em outros e insuficientes em uns terceiros.

Desde 2017, a Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo alterações por meio de portarias federais. A última portaria foi em dezembro de 2017 (Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017), que dispõe sobre a RAPS. Em 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ligada ao Ministério da Saúde, publicou uma Nota Técnica (N. 11/2019) que esclarece as mudanças realizadas entre 2017 e 2018 na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

A nota técnica de 2019 ao considerar aspectos legais, culturais e científicos em sua formulação, espera superar problemas como emergências psiquiátricas lotadas, insuficiência de leitos psiquiátricos em hospitais-gerais e serviços substitutivos em saúde mental, aumento da população carcerária e população em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes, expande a RAPS: Hospital psiquiátrico, Hospital-dia, CAPS ad IV, Comunidades Terapêuticas, amplia o financiamento do SUS, o número de leitos psiquiátricos, inclusive leitos infante-juvenis, disponibiliza outros tratamentos efetivos para transtornos mentais graves refratários como Eletroconvulsoterapia (ECT) sob anestesia.

A nota técnica também se posiciona contrária à legalização e descriminalização das drogas ilícitas, à política de redução de danos em álcool e drogas, adotando estratégias de tratamento focado na abstinência de álcool e outras drogas (desintoxicação e desabitação). Argumenta que apesar da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda há entre 75% e 85% das pessoas com transtornos mentais que não têm acesso a assistência em saúde mental de qualidade e soluções técnicas efetivas.

Entre as ações em saúde mental anunciadas, também estão a habilitação de 83 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 92 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 140 leitos de saúde mental em hospitais-gerais e três unidades de acolhimento; a destinação de recursos para 27 obras de CAPS e unidades de acolhimento em 18 municípios e o incentivo para implantação de 56 novos CAPS, 57 leitos, 6 unidades de acolhimento e 25 SRT.

Nessa nota técnica de 2019 é proibida a ampliação do número de leitos em hospitais psiquiátricos, determinando que esses leitos sejam oferecidos em hospitais-gerais, dentro de enfermarias especializadas. Estabelece que os hospitais-gerais devem ter equipe qualificada, com enfermaria especializada ao atendimento psiquiátrico, com até 30 leitos. Os especialistas que são a favor da inclusão dos hospitais argumentam que a medida pode salvar vidas, pois existem casos severos em que o paciente precisa de hospitalização para sair da crise ou representa uma ameaça a si ou a outras pessoas.

Entretanto, essa nota causou manifestações de muitas entidades, como Conselho Federal de Psicologia, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), ABRASCO, entre outras. Para essas entidades, o documento aponta um grande retrocesso nas conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica, que foi um marco na luta antimanicomial ao estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil. A nota incentiva o retorno à lógica manicomial, na medida que rompe com a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado.

Segundo a ABRASCO:

*Em primeiro lugar, não se trata de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contrarreforma Psiquiátrica, ou seja um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas.*

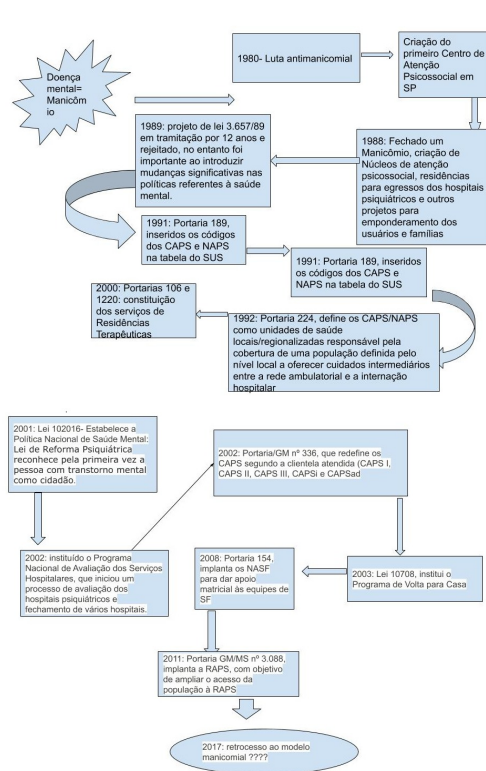
Leia mais em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>

Conheça o documento do IMS/Uerj: [http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf?fbclid=IwAR3g3\\_EXaOmOm9vGdH4-F2cuid25PiVEXa\\_jEfl9frVOXhR6t7k5T4hp6xl](http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf?fbclid=IwAR3g3_EXaOmOm9vGdH4-F2cuid25PiVEXa_jEfl9frVOXhR6t7k5T4hp6xl)

Dentre as alterações na Política de Saúde Mental, deve-se destacar a LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019, que altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, define as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Nela, está autorizada a internação compulsória de dependentes químicos:

*Internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.*

Para saber mais acesse: <https://www.conjur.com.br/dl/sancionada-lei-permite-internacao.pdf>



Fonte: Amarante e Nunes, 2018.

## 1.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) define-se assim como de base comunitária. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental em um determinado território. Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação), procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.

Figura 1 – Rede de atenção psicossocial proposto pelo Ministério da Saúde. Os CAPS são os articuladores estratégicos.



Fonte: Brasil, 2013

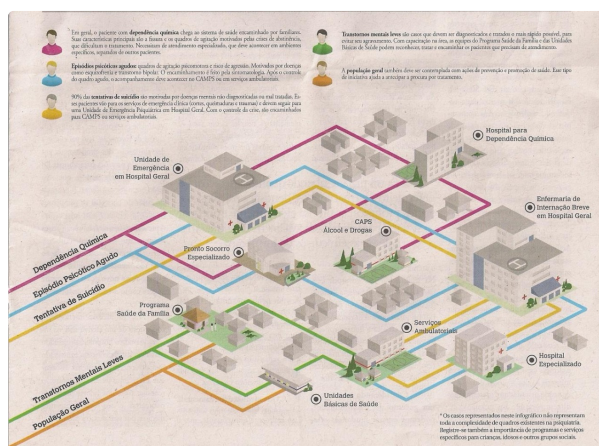
Entende-se por rede de atenção psicossocial, o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma da assistência psiquiátrica, ou seja, a formação de serviços substitutivos organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Fazem parte da RAPS, as unidades básicas, as unidades de pronto-atendimento e o SAMU (BRASIL 2011). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

A extensão da prestação de cuidados em saúde mental em função das necessidades das populações de cada comunidade exige o estabelecimento de redes, não só hospitalares, mas também componentes dos cuidados de saúde primários e os cuidados comunitários, envolvendo múltiplos agentes e diferentes setores da sociedade civil além da Saúde, como Educação e Justiça, por exemplo. A partir deste esforço de reorganização e de criação de uma rede de referência, torna-se igualmente prioritário melhorar a gestão de recursos humanos.

Para instalação da RAPS é importante avaliar a capacidade existente, a área geográfica de atuação e as especificidades e competências, em nível dos cuidados primários, dos serviços de ambulatório, internação e urgência, equipamentos sociais.

Essa estratégia permite, em teoria, a internação psiquiátrica, quando necessária, considerando também influências do modelo médico sustentadas por conhecimentos técnicos e evidências científicas. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) produziu um documento denominado “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”, em vias de implantação.

Figura 2 – Modelo de atendimento em saúde mental preconizado pelas Diretrizes da ABP.



Fonte: Psiquiatria Hoje. Outubro, Novembro e Dezembro de 2010.

<http://portalmms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>

## 1.3 Planejamento da Saúde Mental na Atenção Básica

A Atenção Básica deve coordenar o cuidado em Saúde Mental, elaborando, acompanhando e criando Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, em busca da atenção integral à saúde (BRASIL, 2013). O plano de cuidados em Saúde Mental deve ser elaborado na AB, a partir da estratificação de risco em conjunto com o usuário, familiares e a rede de apoio comunitário, considerando que:

- A. Não existe modelo único para a saúde mental na AB. O programa certo é aquele desenvolvido de acordo com as necessidades e prioridades da comunidade a qual ele deve servir;
- B. Todos os envolvidos devem ser considerados na organização do serviço (usuários, familiares, profissionais da AB, profissionais de saúde mental e gestores);
- C. A educação permanente (treinamento/supervisão) é amplamente recomendada, mas a natureza e a extensão podem variar muito, de acordo com a relevância e a organização do serviço.

Quanto ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), é um processo de elaboração da estratégia, na qual se define a relação entre a organização, ambiente interno e externo, com a definição de estratégias alternativas. PES é um processo que antecede e preside a ação para criar o futuro, pretende por acreditar ser possível apenas influir na realidade. O PES é caracterizado por quatro momentos que constituem uma dinâmica permanente e dialética (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010):

### Momentos que caracterizam o PES

1. Momento Explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas;
2. Momento Normativo: quando são formuladas as soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, procurando e analisando o momento da elaboração da resposta da solução;
3. Momento Estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para a proposta da solução, elaborando e formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados;
4. Momento Operacional: momento de execução do plano, onde devem ser definidos e implementados, o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

O modelo de atenção psicossocial tem como um de seus instrumentos o Plano Terapêutico Singular (PTS), que possibilita a participação, reinserção social e construção de autonomia do usuário da AB, inserida nas RAPS e para evitar a dissociação teoria-prática pode considerar ferramentas como o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Há princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), por exemplo:

### Princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental nas Estratégias de Saúde da Família (ESF)

1. Princípios do SUS;
2. Territorialização e responsabilidade pela demanda;
3. Desinstitucionalização das pessoas internadas e a construção de rede de cuidado capaz de atender a demanda;
4. Modalidades de cuidado que garantam a escuta, o vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e estejam atentas e recusem as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização;
5. Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional;
6. Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários;
7. Atendimento às pessoas em situações de gravidade por meio de ações efetivas que viabilizem o seu acesso.

A detecção e o tratamento precoces contribuem para uma menor perda de capacidade do paciente. Seguindo-se a Lei 10.216/2001, é preciso contar com os seguintes parâmetros de atenção e serviços no



## Parâmetros de atenção e serviços no nível primário de promoção da saúde mental

1. Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais.
2. Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares, religiosas, de grupos responsáveis por resgate atendimento pré e pós-hospitalar e outras.
3. Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.
4. Ampla divulgação dos serviços de saúde mental, assim como orientação da forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.
5. Treinamento e supervisão contínuos e específicos para os integrantes das equipes multiprofissionais, orientando as competências e responsabilidades de cada um dos profissionais e de como executá-las.

A existência do serviço/rede de saúde mental e das ESF nos leva a considerar que o prioritário é o desenvolvimento de ações conjuntas, articuladas de acordo com o grau de complexidade que a situação exige no atendimento as reais necessidades de saúde da família. Dentre as possibilidades de articulação e desenvolvimento, há um conjunto de ações que podemos destacar:

### Ações conjuntas

- capacitação e supervisão às equipes de saúde da família completa, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), direito das pessoas com transtornos mentais, dos idosos, das mulheres, etc.; princípios da reforma da assistência psiquiátrica e das Estratégias de Saúde da Família; família, grupos e rede social;
- intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/IST/AIDS; uso de psicofármacos, entre outros. Reforça-se a ideia de que a capacitação, como forma de educação permanente, se desenvolva reciprocamente entre as equipes de saúde;
- intervenções familiares comunitárias conjuntas como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; olhar atento e sensível dos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares de pessoas com transtornos psiquiátricos graves);
- criação de uma equipe volante de saúde mental por parte dos serviços de saúde mental substitutivos, para o desenvolvimento das ações junto às equipes de saúde da família;
- integrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas);
- articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc.);
- promover ações para diminuir o comportamento violento, tabagismo, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos.

É chamado apoio matricial o arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde à população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um determinado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, a avaliação de riscos se incorpora à avaliação clínica.

Os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para

demandas inesperadas ou intercorrências. As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas:

### Ações a serem compartilhadas

- a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais graves e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- b. Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, entre outros, nos grupos de risco e nas populações em geral;
- d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- e. Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.);
- g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

## 1.3.1 Requisitos do profissional de saúde mental

Iniciamos o estudo desta seção refletindo sobre o que é saúde mental. Tal modalidade de assistência multiprofissional é altamente complexa e exige algumas habilidades e atitudes do profissional de saúde:

### Habilidades e atitudes do profissional de saúde

1. Capacitação em saúde mental, porque na comunidade há pacientes de todas as categorias diagnósticas, o que exige desde intervenções somáticas até conhecimentos da psicodinâmica e intervenções sociais. Outro ponto é a observação das complexas interações dos vários profissionais de saúde entre si e com os pacientes e seu processo de comunicação. Deve-se lembrar que o interesse maior deve ser dirigido para o bem do paciente e melhor tratamento;
2. Interesses e conhecimentos especiais – profunda empatia pelo doente mental e interesse pela sua reabilitação psicossocial;
3. Uso do sistema familiar e social – lidando com os familiares de uma forma não-moralizante e culpabilizadora, não-crítica. A família deve ser orientada sobre como lidar com o seu paciente doente. Portanto, há necessidade de conhecimentos sobre psicodinâmica e sobre o funcionamento dos sistemas sociais e seus efeitos sobre os doentes mentais e suas famílias, por exemplo, o sistema escolar;
4. Conhecimento epidemiológico - sobre a distribuição das doenças na comunidade;
5. Liderança – a competência profissional além da área técnica e psicofarmacológica para envolver relações interpessoais, empatia para com os pacientes e capacidade de ensinar. O profissional de saúde mental deve agir como um facilitador do processo de comunicação na equipe de saúde e sua comunidade, para assim realizar seu papel de gerenciador de recursos humanos.

## Seção 2 – Saúde Mental na Atenção Básica

Nessa seção, vamos iniciar nossos estudos sobre saúde mental sob o enfoque do médico que atua na Atenção Básica (AB). A Conferência Nacional de Saúde Mental (2003), que teve como eixo temático a reorientação do modelo assistencial, procurou trazer à tona o debate sobre a construção de um modelo

assistencial capaz de proporcionar maior acessibilidade aos usuários com demanda de saúde mental. A Conferência enfatizou que a inclusão do cuidado em saúde mental na AB pode ser um caminho para superar o grave problema da acessibilidade em saúde mental.

Como em muitos outros países, os médicos generalistas da rede de cuidados primários têm competência limitada em psiquiatria. O “Guia para Intervenções em Saúde Mental do ‘Gap Action Programme’ para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em serviços não-especializados de saúde”, recentemente publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/en/)), poderá ajudar a integrar a saúde mental aos cuidados primários de países de baixa ou média rendas, de acordo com Gentil (2011).

Entretanto, uma mudança de atitude em relação aos usuários psiquiátricos e o aumento da competência das equipes da AB em relação a eles, requerem uma modificação significativa da formação profissional. Esperamos que ao final da seção você seja capaz de:

Cuidar integralmente de pessoas com alterações da saúde mental!

## 2.1 Determinantes Sociais da Saúde Mental

A Saúde Mental deve ser entendida como um continuum da Psiquiatria e Psicologia. A Saúde Mental é integral, biopsicossocial, uma síntese produtiva entre aspectos clínicos e sanitários. Sem reducionismos.

A integralidade é tridimensional:

1. Individual-social;
2. Físico-psíquico;
3. Preventivo-curativo.

Saúde-doença, prevenção-assistência e clínico-sanitário são elementos interdependentes de um espectro de bem-estar e qualidade de vida. A separação dos aspectos teórico-práticos, técnicos, dos aspectos assistenciais, político-sanitários, é ilusória. Modelos teóricos e assistenciais se retroalimentam.

É um processo dinâmico e prático de saúde coletiva e saúde mental aplicado à prática clínica, expressão da ampla visão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) sobre o processo saúde-doença.

Analise a figura sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS):



Figura - Determinantes Sociais da Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.

O modelo de Dahlgren e Whitehead permite identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos. Tomando o modelo de camadas de Dahlgren e Whitehead, o primeiro nível relacionado aos fatores comportamentais e de estilos de vida indica que estes estão fortemente influenciados pelos DSS, pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam.

## O primeiro nível

Atuando-se exclusivamente sobre os indivíduos, às vezes se consegue que alguns deles mudem de comportamento, mas logo eles serão substituídos por outros. Para atuar nesse nível de maneira eficaz, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

## O segundo nível

Corresponde às comunidades e suas redes de relações. Os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Aqui se incluem políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social.

## O terceiro nível

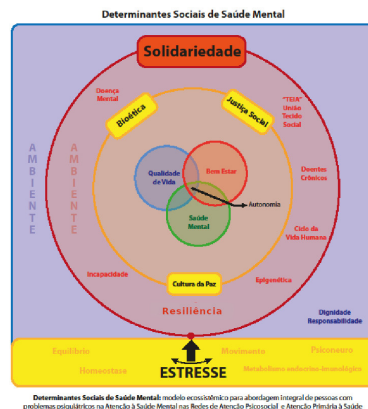
Refere-se a atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Em geral, essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada.

## O quarto nível

Refere-se a atuação ao nível dos macrodeterminantes, através de políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade.

### VAMOS REFLETIR!

Refleta sobre o modelo ecossistêmico dos Determinantes Sociais da Saúde Mental (DSSM) para abordagem integral de pessoas com problemas psiquiátricos na atenção básica e redes de apoio psicossocial, apresentado na figura e glossário a seguir:



Fonte: própria (Rodrigo Abdo e Leika Geniole)

**SOLIDARIEDADE:** os serviços de saúde são organizados em níveis de complexidade crescentes numa rede regionalizada de atenção à saúde no SUS. A **solidariedade** no SUS advém da hierarquização do nível de complexidade de serviços. O princípio da **solidariedade** no direito à saúde é assegurado todo o tempo pelo Poder Judiciário, ao impor as mesmas responsabilidades em relação à garantia do direito à saúde a todos os entes federativos. A **solidariedade** sanitária deve se dar no sistema, na rede de atenção à saúde e não entre entes, para garantir a equidade financeira. O ente com maior poder econômico deverá solidarizar-se

como ente de menor poder econômico.

Solidariedade individual: ato de bondade com o outro, cooperação mútua entre pessoas, identidade entre indivíduos, união de ideias, sentimentos, interesses, propósitos, simpatias.

Solidariedade social: responsabilidade que o indivíduo tem em relação a uma coletividade a qual pertence e de que a manutenção lhe beneficia (p.ex. família), seus praticantes sentem-se integrantes da mesma comunidade e, portanto, interdependentes.

Solidariedade profissional: princípio da solidariedade no sentido ético, compromisso de corresponsabilidade. Considera a interdependência entre o direito e a saúde, e a construção de conhecimentos em uma nova prática profissional dialógica e solidária. A bioética clínica incorpora a aliança e o comprometimento como valores fomentadores de laços sociais solidários entre os sujeitos, engajados para transformar a qualidade do atendimento público em saúde, onde cuidar favoreça a integralidade.

**BIOÉTICA:** moral que está condicionada a três pressupostos: valores absolutos (são acolhidos pela sociedade); são impostos (por uma determinada cultura) e sua transgressão implica em um castigo. Ética vincula-se a três pré-requisitos: percepção dos conflitos (consciência das contradições humanas); autonomia para escolher (competência para se posicionar entre os sentimentos e a razão) e a coerência na decisão (uma lógica entre pensamento e ação). A **Bioética** é um dos tantos fenômenos criados pela cultura para lidar com a complexa combinação de uma revolução científica, e da crise de valores advinda das transformações sociais profundas. A **Bioética** é um fenômeno instituído na cultura; consequência do progresso da ciência e do conceito de autonomia, uma revolução social além dos limites da medicina. A **Bioética** nasce dos conflitos trazidos pela transformação humana e seus valores na tentativa de apreender e compreender o verdadeiro significado do novo, capacitando-nos a uma possível adaptação.

**JUSTIÇA SOCIAL:** a **justiça social** relaciona-se à noção de igualdade na distribuição de bens na sociedade, entre eles a saúde, requerendo um conjunto de instituições, normalmente vinculadas ao Estado, responsáveis por essa distribuição. As implicações éticas dos diversos princípios de distribuição constituem pré-requisito para compreender por que é que as pessoas se preocupam com a desigualdade, como é que ela deve ser medida, o que é que a provoca, e como devem as políticas equitativas ser formuladas e monitorizadas.

**CULTURA DA PAZ:** a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu **cultura da paz**, em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social. A **bioética** e a **justiça social** caminham unidas em defesa da vida e na promoção da **cultura da paz**.

**AUTONOMIA:** é a capacidade de um indivíduo de se autodeterminar e de autorrealização no mundo, inclui a noção de vida livre e independente. O grau de **autonomia** do indivíduo é considerado determinante social da saúde e inclui o respeito à **dignidade** e o exercício da **responsabilidade** do cidadão. O desenvolvimento da **autonomia** e dos Determinantes Sociais da Saúde Mental (DSSM) ocorre através da comunidade.

**DOENÇA MENTAL:** considera-se **doença mental** de forma genérica a qualquer transtorno psíquico ou do comportamento de base orgânica conhecida, incluindo alterações do desenvolvimento psicológico infantil (transtornos do espectro do autismo, TDAH, etc.), reações ao **estresse** agudo ou transtornos do ajustamento (transtorno de **estresse** pós-traumático, etc.), síndromes psiquiátricas preferencialmente sociopsicogênicas (transtornos de ansiedade, etc.) e biógenas (transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, dependência química, síndrome de abstinência de álcool, *delirium tremens*, etc.).

**PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS:** qualquer indivíduo diagnosticado como caso de doença infectocontagiosa crônica (espectro das infecções pelo HIV, hepatites virais) ou crônico-degenerativa (câncer, hipertensão arterial). Apesar das repercussões clínicas e psicológicas, a perspectiva de sobrevida dessas pessoas aumentou em importância, associada ao **estresse** psicossocial inerente à condição, que ocasiona limitação física, inadaptação psicossocial e sofrimento.

**TECIDO SOCIAL:** é uma metáfora ao **tecido social**, à “**teia**” formada pela **união** dos cidadãos, que forma um conjunto de laços de comunicação, conexões culturais, vínculos de uma relação social, que envolvem a linguagem simbólica e incentiva a atuação das redes de **solidariedade** local na promoção do desenvolvimento local, a partir do processo de garantia dos direitos sociais que contextualiza o SUS.

**CICLO DA VIDA HUMANA:** conhecimento biomédico e psicossocial sobre o desenvolvimento humano e as fases do ciclo vital, do nascimento à senescência e morte, bem como sobre aspectos da relação dos profissionais da saúde com o paciente e sua família.

**EPIGENÉTICA:** trata-se de um modelo emergente, que vem ganhando força especialmente a partir do século XXI, com a proliferação de estudos baseados na suposição de que a interação entre a carga genética e as influências ambientais pode determinar a formação dos transtornos mentais. A partir da hipótese

**epigenética**, como operador conceitual, a genética e a variação ambiental são entendidas não como fatores determinantes da doença, mas como contribuições probabilísticas à formação psicopatológica.

**AMBIENTE:** o **ambiente** e a biologia não são variáveis independentes, mas complementares e integradas na construção da vulnerabilidade às doenças mentais. Se o **ambiente** é elemento na cadeia causal, que não conduz diretamente à doença, mas confere diferentes graus de vulnerabilidade e resiliência, deve-se incluir a dimensão social no conhecimento biológico contemporâneo.

**INCAPACIDADE:** a **incapacidade** total é a que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada, em condições normais pelos trabalhadores da categoria do examinado. Ao passo que a **incapacidade** permanente é aquela insusceptível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2007).

**QUALIDADE DE VIDA:** a **qualidade de vida** (QV) é definida pelo Grupo de **Qualidade de Vida** da Organização Mundial de Saúde, como percepção do indivíduo de sua posição na vida (Whoqol Group,1995).

**BEM-ESTAR:** convém destacar que o conceito de qualidade de vida é medida fundamental em atendimento de saúde. Quanto maior o estado de **bem-estar** de uma sociedade, mais ampla é a percepção de qualidade de vida, pois a existência da doença é uma dimensão da vida, que pode ou não afetar o **bem-estar**.

**SAÚDE MENTAL:** é pautada na proposta de humanização do SUS, na concepção positiva de saúde, na prevenção e assistência psiquiátrica. **Saúde mental** em psiquiatria é medicina integral, biopsicossocial, uma síntese produtiva entre aspectos clínicos e sanitários. Sem reducionismos. A integralidade é tridimensional: 1) Individual-social; 2) Físico-psíquico; 3) Preventivo-curativo. Saúde-doença, prevenção-assistência, clínico-sanitário são elementos interdependentes de um espectro de **bem-estar (qualidade de vida)**.

**RESILIÊNCIA:** forças biopsicológicas necessárias para superar com efetividade crises que surgem no curso do **ciclo da vida humana**. A **resiliência** é a capacidade humana de resistir à crise, à doença, por si mesmo ou com a ajuda de psicoterapia e/ou medicação. Trata-se de uma capacidade individual e coletiva de autorregulação, ou seja, de um **movimento de resistência** diante de situações adversas sem perda do **equilíbrio dinâmico** e da **saúde mental**.

Para saber mais:

O processo da Comunicação Não-Violenta (CNV) é um instrumento eficiente para a implementação de uma Cultura da Paz. A CNV visa autoeducação para restabelecer a confiança mútua entre pessoas e instituições, fortalecendo a capacidade das pessoas de se conectarem compassivamente consigo mesmas e com as outras, de compartilharem recursos e resolver conflitos pacificamente. O objetivo é nos lembrar do que já sabemos — de como nós, humanos, deveríamos nos relacionar uns com os outros — e nos ajudar a viver de modo que se manifeste concretamente esse conhecimento. A CNV nos ajuda a reformular a maneira pela qual nos expressamos e ouvimos os outros. Nossas palavras, em vez de serem reações repetitivas e automáticas, tornam-se respostas conscientes, firmemente baseadas na consciência do que estamos percebendo, sentindo e desejando. Somos levados a nos expressar com honestidade e clareza, ao mesmo tempo que damos aos outros uma atenção respeitosa e empática. A CNV nos ensina a observarmos cuidadosamente (e sermos capazes de identificar) os comportamentos e as condições que estão nos afetando em determinada situação. Os quatro componentes da CNV: 1. observação; 2. sentimento; 3. necessidades; 4. pedido. As ações concretas que estamos observando e que afetam nosso bem-estar; Como nos sentimos em relação ao que estamos observando; As necessidades, valores, desejos etc. que estão gerando nossos sentimentos; As ações concretas que pedimos para enriquecer nossa vida. Ao usarmos esse processo, podemos começar nos expressando ou então recebendo com empatia essas quatro informações dos outros (ROSENBERG, 2006).

Para saber mais sobre resiliência, vamos assistir vídeoaula com título: Resiliência médica: saúde mental de médicos e profissionais da área de saúde (2014). O vídeo aborda o assunto de resiliência com o objetivo de demonstrar os problemas de saúde que podem ocorrer quando o profissional não cria recursos internos e externos para lidar com as dores e os desafios do exercício da profissão em saúde.

Acesse: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15635>

RESILIÊNCIA médica: saúde mental de médicos e profissionais da área de saúde. Rodrigo Ferreira Abdo. Mato Grosso do Sul: UnaSUSFiocruzMSUFMS, 2014, 1 vídeo, MPEG-4 (20min27s), son., color.

**ESTRESSE:** O **estresse** é o **movimento** do organismo à agressão do ambiente (interno ou externo), como resposta adaptativa, mediado por mecanismos neurofisiológicos, principalmente pela ação do sistema nervoso autônomo sobre o sistema endócrino e imune. O conceito de **estresse** é biopsicossocial, adaptativo e compreende reações, potencialmente danosas, ante estímulos que causam distúrbios no **equilíbrio** do organismo.

**EQUILÍBRIO:** **saúde mental** é a **homeostase** metabólica do organismo humano, ou seja, o **equilíbrio** dinâmico emocional, racional e corporal. Para alcançá-la é necessária a busca da integralidade humana. Almeja-se o diagnóstico personalizado das potencialidades da pessoa, além do diagnóstico médico-psiquiátrico tradicional, para subsidiar o plano terapêutico de cada paciente.

**PNEI:** o antigo conceito de medicina psicossomática foi substituído pelo campo teórico de estudo da **psiconeuroendocrinologia** (PNEI), que avança como parte do processo tecnológico-científico do século XXI a ser incorporada às práticas de saúde mental. Os neurocientistas afirmam que durante o **estresse**, citocinas pró-inflamatórias atuam sobre o **metabolismo** cerebral de neurotransmissores, desencadeando **doença mental** em **doentes crônicos** e indivíduos vulneráveis.

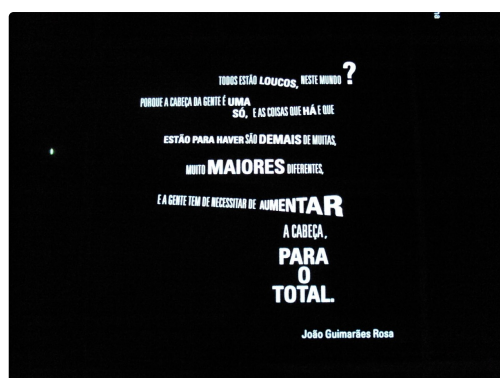
## 2.2 Problemas de Saúde Mental na Atenção Básica

O Relatório sobre a Saúde no Mundo, especificamente focado na saúde mental, ressalta que o controle e o tratamento dos transtornos mentais, no contexto da AB, são fundamentais para:

- Ter maior número de pessoas com acesso aos serviços de saúde;
- Melhorar a qualidade da atenção;
- Reduzir os desperdícios financeiros por investigações diagnósticas desnecessárias e tratamentos inespecíficos ou inapropriados (RIBEIRO et al, 2009).

A realidade das equipes de saúde da família demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Após a implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), composta por profissionais de diversas categorias, dentre eles o psicólogo e em alguns locais o psiquiatra, trabalham em consonância com os profissionais da atenção básica. Desta forma, realizam o cuidado às pessoas com problemas referentes à saúde mental, assim como atuam realizando o matriciamento junto àqueles profissionais, aumentando o seu núcleo de competência. Favorecendo assim, a ampliação da oferta de cuidado dos usuários e incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).



Os problemas de saúde mental e as situações de risco que comprometem os vínculos familiares e sociais são: alcoolismo e outras dependências; psicoses; prostituição infantil; doença clínica grave; exclusão social; violência; suicídios e suas tentativas; abuso de benzodiazepínicos; transtornos do humor e deficiência intelectual. Portanto, a AB deve possuir ferramentas de enfrentamento para essa realidade. Embora existam evidências de que os transtornos mentais de menor gravidade possam ser mais efetivamente cuidados na

AB, muitos clínicos gerais e possivelmente alguns indivíduos preferem a referência para equipes de saúde mental (RIBEIRO et al., 2009).

A AB possui como eixo norteador a tríade: acolhimento, vínculo e heterogeneidade, o que configura o atendimento humanizado em saúde. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental depende da oferta de ações locais pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental (ANDRADE; BOTTI, 2009).

O Ministério da Saúde enfatiza a importância da Rede Básica desenvolver ações de vigilância à saúde na área de saúde mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental, contribuindo para desenvolver ação intersetorial necessária para redução do sofrimento. Entende-se que esta vigilância é garantida pela prática da visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e neste sentido identificamos a própria atuação dos ACS como importante estratégia.

As ações de saúde mental na AB devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da Reforma da Assistência Psiquiátrica. Encontra-se como síntese dos princípios fundamentais desta articulação:

- Noção de território;
- Organização em rede;
- Intersetorialidade;
- Reabilitação psicossocial;
- Equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- Desinstitucionalização; e
- Promoção da cidadania e autonomia.

#### VAMOS REFLETIR!

Como é realizado o cuidado das pessoas com problemas de saúde mental em sua comunidade? Existem grupos de apoio? Sua equipe cuida desses indivíduos mesmo que estejam em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde? Você parou para analisar se há membros de sua própria equipe necessitando de apoio no que se refere às questões de saúde mental? Como cuidar se o cuidador não está saudável?

## 2.3 Transtornos Mentais mais frequentes na Atenção Básica

Há uma demanda típica da AB, de grande monta, que se constitui, sobretudo, dos chamados transtornos mentais menores, que são as síndromes depressivas, ansiosas e somatizações, outrora denominadas neuroses, termo suprimido das classificações psiquiátricas atuais. O tratamento destes indivíduos deve ser competência do profissional de AB, devido ao vínculo e facilidade de acesso. Aliado a isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2020, a depressão deva ser a segunda mais importante causa de incapacidade, depois das doenças isquêmicas cardíacas (WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

O diagnóstico psiquiátrico é fundamental em um sistema estruturado por programas dirigidos a grupos da população com transtornos mentais específicos, porém é tarefa frequentemente complexa, envolvendo critérios predominantemente subjetivos. De acordo com pesquisa desenvolvida por Ribeiro et al. (2009), a habilidade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde identificar os transtornos psiquiátricos menores foi tal qual a habilidade de psiquiatras. Entre os usuários encaminhados, a “hipótese diagnóstica” mais frequente foi a de transtorno de ansiedade, consistente com o diagnóstico principal efetuado pela equipe de especialistas e com a mais elevada prevalência desses transtornos entre a população geral. No Brasil, segundo Luchese et al. (2014), a prevalência de transtornos mentais comuns, varia entre 28,5% a 50% da população geral, sendo mais frequentes em mulheres, pessoas desempregadas, com baixa escolaridade e baixa renda.

Os profissionais da AB estão capacitados para cuidar da demanda de pessoas com transtornos mentais tais como a reação aguda ao estresse (quadros reativos a situações de vida desfavoráveis: luto, perda de emprego, imigração, violência, etc.); depressão e ansiedade sem risco de vida ou perda grave de autonomia; somatizações, transtorno dissociativo e conversivo sem alteração grave da personalidade;



abuso de álcool e outras drogas; tabagismo; insônia sem patologia psiquiátrica; deficiência Intelectual, demência e epilepsia sem distúrbio severo do comportamento; identificação precoce de patologias da infância e adolescência e orientação às escolas e família (PEREIRA, 2006).

Os indivíduos com transtornos psiquiátricos, frequentemente se apresentam na Atenção Básica com queixas somáticas que remetem a seu transtorno subjacente. Para os transtornos do humor, as queixas mais avultantes são fadiga, alteração do sono e dor crônica. Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico foi o mais extensamente estudado quanto à associação com sintomas medicamente inexplicados. É comum que os indivíduos tenham alguns sintomas inespecíficos que frustram tanto usuário quanto o médico. Nesse caso, uma boa história clínica pode economizar milhões em exames desnecessários.

Algumas condições médicas estão associadas a sintomas que podem imitar transtornos psiquiátricos. Doenças com prejuízo funcional ou mortalidade significativos podem estar associadas a humor ansioso ou deprimido. Usualmente, as condições médicas podem ser diagnosticadas com uma boa anamnese, um atento exame físico e testes laboratoriais, conforme demonstra a diferenciação entre transtorno do pânico e feocromocitomas.

Estabelecer relações causais entre transtornos médicos (somáticos) e psiquiátricos pode ser difícil, em especial quando a prevalência de ambos é alta. Tal é o caso com depressão e hipotireoidismo. Embora seja comum fazer uma variedade de testes laboratoriais, a história e o exame físico deveriam orientar o clínico.

Abuso e dependência de drogas psicoativas são bastante comuns na AB e acarretam morbidade e mortalidade significativas. Estima-se que 9% da população adulta seja dependente de álcool e 30 a 50% das pessoas possam ter abusado do álcool em algum instante da vida. O alcoolismo está associado à ocorrência de 350 doenças, sendo responsável por 90% das internações por dependência de drogas.

O custo social do alcoolismo é muito alto em atendimento médico e perda da produtividade laboral. O abuso e a dependência de álcool é o transtorno mais comum, podendo agravar alguns problemas médicos, incluindo distúrbios do sono, hipertensão, diabetes, úlcera péptica, anemia e transtornos do humor. Frequentemente, tais agravos são acompanhados por anomalias laboratoriais (aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, gama glutamil transpeptidase, volume corpuscular médio aumentados) que podem alertar o clínico para a possibilidade de abuso de álcool. Similarmente, alterações em atividades diárias como desmazelo no trabalho e/ou problemas legais, podem sugerir alcoolismo. É necessário que o clínico indague sobre a história de uso de substâncias sistematicamente (AMB/SBMFC, 2012).

O conceito de uso problemático de álcool não se aplica apenas ao dependente ou ao usuário que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Existem outros padrões de uso de álcool que causam riscos substanciais ou nocivos ao indivíduo. Entre eles, a situação de beber excessivamente todos os dias ou repetidos episódios de intoxicação pelo álcool. O consumo de álcool que causa prejuízos físicos, mentais ou sociais pode se estender em um processo contínuo, desde um padrão de beber excessivamente, até a dependência a bebida. Deve-se assistir aos indivíduos que se encontram em algum ponto desse continuum (MINTO, 2007). Para auxiliar os profissionais de saúde na avaliação da utilização do álcool, deve-se usar a ferramenta AUDIT, que avalia a utilização de álcool.

Questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]  
0 = nunca  
1 = uma vez por mês ou menos  
2 = duas a quatro vezes por mês  
3 = duas a três vezes por semana  
4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?  
0 = uma ou duas  
1 = três ou quatro  
2 = cinco ou seis  
3 = de sete a nove  
4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?  
0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?  
0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?  
0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?  
0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?  
0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?  
0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por **xacá** ter bebido?  
0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?  
0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Fonte: Carneiro et al.,2016.

Instrumento utilizado para identificar problemas relacionados ao consumo de álcool, avalia até a possível dependência da substância.

Classificações do nível de uso de álcool, de acordo com o AUDIT:

NÍVEL DE USO	INTERVENÇÃO	ESCORES
Zona I	Prevenção Primária	0-7
Zona II	Orientação Básica	8-15
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

Fonte: World Health Organization (1982) adaptado por NUTE-UFSC in CARNEIRO et al. (2016).

A classificação auxilia o profissional de saúde a definir uma conduta em relação ao uso de álcool.

-Zona 1: nesta zona, as pessoas são abstinências ou bebem menos de duas doses-padrão ao dia, ou cinco doses-padrão em uma única ocasião (baixo risco). Nesse caso, a intervenção é orientar o usuário a manter o padrão de utilização atual.

- Zona II: já são pessoas de risco, pois utilizam mais de duas doses padrão todos os dias ou mais de cinco doses padrão numa única ocasião; no entanto não têm problemas relacionados ao consumo do álcool nesse instante. A intervenção é reduzir o consumo para evitar doenças, danos psicológicos ou sociais.

- Zona III: os usuários já são classificados como pessoas com padrão nocivo e apresentam problemas relacionados ao consumo do álcool. São pessoas que consomem álcool em quantidade ou frequência acima das doses de baixo risco, mas não têm a quantidade de sintomas necessários para diagnosticar dependência. Deve-se utilizar a técnica de intervenção breve e monitoramento.

- Zona IV: são pessoas com dependência do álcool. Necessário encaminhar ao especialista (CARNEIRO et al, 2016).

Para saber mais sobre Intervenção breve acesse: INTERVENÇÃO BREVE: PRINCÍPIOS BÁSICOS E APLICAÇÃO PASSO A PASSO. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095204-001.pdf>

Para refletir  
Como é o manejo das pessoas com problemas relacionados ao álcool em sua comunidade? Sua equipe sente-se apta a lidar com os problemas relacionados à utilização de álcool?

## 2.4 Transtornos Mentais na Atenção Básica

No estudo de Wenceslau e Ortega (2015), para otimizar o tratamento das pessoas com problemas mentais, é essencial a aproximação dos serviços de saúde mental e APS, isso porque esses profissionais podem desenvolver um cuidado integral aos indivíduos com problemas mentais. Na APS há maior chance de: identificar em tempo oportuno os transtornos mentais, tratar os transtornos mentais mais comuns, realizar o manejo de pessoas com transtornos mentais estáveis, realizar referência para serviços de maior complexidade, bem como realizar promoção e prevenção em saúde mental. As doenças psiquiátricas mais prevalentes são:

### Doenças psiquiátricas mais prevalentes

- a. Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados;
- b. Transtornos depressivos;
- c. Transtornos ansiosos.

### 2.4.1 Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados

Transtornos ansiosos e depressivos podem estar presentes e por isso devem ser sempre pesquisados. Os transtornos somáticos são subdivididos em:

#### Divisão dos transtornos somáticos

- Transtorno de sintomas somáticos;
- Transtorno de ansiedade de doença;
- Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais);
- Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas;
- Transtorno factício;
- Transtorno relacionado não especificados.

O transtorno de sintomas somáticos "ênfata o diagnóstico feito com base em sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de uma explicação médica para sintomas somáticos.

Houve mudança na classificação dos sintomas quando comparamos com o DSM- IV. Nessa nova classificação: define-se o diagnóstico principal, transtorno de sintomas somáticos, baseado na presença de sintomas **positivos** (sintomas somáticos perturbadores, aliados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas).

São considerados fatores que contribuem para a instalação de transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, dentre eles pode-se apontar: vulnerabilidade genética e biológica; experiências traumáticas precoces, normas culturais/sociais que desconsideram ou minimizam o sofrimento psicológico quando comparados com os sofrimentos físicos.

#### Transtorno de sintomas somáticos

A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.</li> <li>2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.</li> <li>3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.</li> </ol>
C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).
<i>Especificar se:</i>
<b>Com dor predominante</b> (anteriormente transtorno doloroso): Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.
<i>Especificar se:</i>
<b>Persistente:</b> Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, prejuízo marcante e longa duração (mais de seis meses).
<i>Especificar a gravidade atual:</i>
<b>Leve:</b> Apenas um dos sintomas especificados no Critério B é satisfeito.
<b>Moderada:</b> Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos.
<b>Grave:</b> Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos, além da presença de múltiplas queixas somáticas (ou um sintoma somático muito grave).

Fonte: DSM V.

O indivíduo apresenta múltiplos sintomas somáticos, com sofrimento ou perturbação importante da qualidade de vida diária (Critério A). Os sintomas podem ser específicos (dor localizada) ou inespecífico (fadiga). Esses sintomas estão associados a um nível de preocupação a respeito de doenças (Critério B) e sofrimento mental com a sua própria condição (DSM V, 2014).

Para saber mais acesse: DSM V. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%A1stico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>

## 2.4.2 Transtornos depressivos

O transtorno depressivo é reconhecido como um problema de saúde pública na AB por sua prevalência, custo social e por seu impacto no cotidiano de pessoas e seus familiares (WENCESLAU e ORTEGA, 2015). A literatura internacional e nacional evidencia que os indivíduos com transtorno depressivo utilizam os serviços médicos com maior frequência, têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida, quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico.

A equipe de saúde deve lembrar que substâncias como álcool e algumas drogas, medicamentos e doenças sistêmicas estão associadas ou podem simular quadros depressivos (DSM V, 2014).

Em AB, os indivíduos deprimidos são frequentadores, no entanto há uma grande deficiência na identificação do seu diagnóstico, assim como no tratamento adequado. Portanto, o subdiagnóstico é padrão em todos os pontos de atenção, podendo chegar a 50-60% em cuidados primários, o que enfatiza a necessidade de instrumentalizar os profissionais para a identificação e tratamento oportuno (CORSO et al., 2009). A depressão também pode se apresentar de múltiplas formas, tais quais:

- a. com queixas psíquicas, como: humor depressivo, anedonia (falta de prazer), ideias de autodesvalorização e culpa, ideias de morte e suicídio, fadiga, sensação de perda de energia, diminuição da concentração, memória e capacidade de decidir;
- b. queixas somáticas, como: aumento ou diminuição de sono, apetite e peso, diminuição da libido, dores sem substrato orgânico;
- c. alterações no comportamento tais como retraimento social, crises de choro, abandono de atividades habituais e do cuidado próprio, comportamento suicida, retardo ou agitação psicomotora (DEL PORTO, 2000; DSM V, 2014).

### Critérios diagnósticos Depressão Maior

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Critério A). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais: mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

### 2.4.2.1 Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)- Critérios Diagnósticos 300.4 (F34.1)

Este transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-IV.

- A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. **Nota:** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.
- B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: apetite diminuído ou alimentação em excesso; insônia ou hipersonia; baixa energia ou fadiga; baixa autoestima; concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões; sentimentos de desesperança.
- C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.
- D. Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos.
- E. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.
- F. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo).
- H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A característica essencial do transtorno depressivo persistente (distímia) é um humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, ou por pelo menos um ano para crianças e adolescentes (Critério A). Esse transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-IV. A depressão maior pode preceder o transtorno depressivo persistente, e episódios depressivos maiores podem ocorrer durante o transtorno depressivo persistente. Os indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior por dois anos, devem receber diagnóstico de transtorno depressivo persistente, além de transtorno depressivo maior.

Os indivíduos com transtorno depressivo persistente descrevem seu humor como triste ou “na fossa”. Durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seis sintomas do Critério B estão presentes. Como esses sintomas tornaram-se uma parte tão presente na experiência cotidiana do indivíduo, em particular no caso de início precoce (p. ex., “Sempre fui desse jeito”), eles podem não ser relatados, a menos que diretamente investigados pelo entrevistador. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes), qualquer intervalo livre de sintomas dura não mais do que dois meses (Critério C).

### 2.4.3 Transtornos ansiosos

Os transtornos ansiosos são os mais frequentes transtornos emocionais na comunidade e nos sistemas primários de saúde. Sua importância foi subestimada durante muito tempo. Ainda hoje, a maioria dos casos não são reconhecidos, diagnosticados, ou tratados de forma apropriada. A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas.

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura (DSM V).

Os distúrbios de ansiedade são classificados de acordo com a sua duração e evolução e com a existência e a natureza dos fatores precipitantes. No transtorno de ansiedade social (fobia social), o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquia de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser

avaliado. Estão incluídas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A idealização cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros.

No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento, devido aos ataques de pânico (p. ex., esquiva de exercícios ou de locais que não são familiares).

Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os ataques de pânico com sintomas limitados incluem menos de quatro sintomas. Os ataques podem ser esperados, como em resposta a um objeto ou situação normalmente temido, ou inesperados, significando que o ataque não ocorre por uma razão aparente. Eles funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade com uma gama de transtornos, incluindo, mas não limitados, os transtornos de ansiedade (p. ex., transtornos por uso de substância, transtornos depressivos e psicóticos). O ataque de pânico pode, portanto, ser usado como um especificador descritivo para qualquer transtorno de ansiedade, como também para outros transtornos mentais.

Os indivíduos com agorafobia são apreensivos e ansiosos acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. O indivíduo teme essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível, caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. Essas situações quase sempre induzem medo ou ansiedade, e com frequência são evitadas ou requerem a presença de um acompanhante.

As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono.

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento envolve ansiedade devido a intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica.

#### Para refletir

Na sua comunidade depressão é uma realidade? E os transtornos de ansiedade? Você conseguiu implementar grupos de apoio a essas pessoas em sua unidade de saúde?

## 2.5 Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

O consumo de substâncias psicoativas é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. Há necessidade de modelos de atenção à saúde capazes de reduzir o custo social das drogas. Além disso, o papel da unidade básica de saúde é a triagem inicial, inclusive intervenções motivacionais breves para que o usuário faça o tratamento de forma correta e contínua. Na avaliação clínica geral deve-se enfatizar o sistema cardiovascular, bem como a saúde bucal. Todo serviço de saúde deve procurar seu lugar para apoiar com mais eficiência a pessoa que o procura, não há um serviço melhor que o outro, mas sim pessoas mais indicadas para cada serviço (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

O ponto fundamental do diagnóstico dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é a diferenciação entre os quadros clínicos de uso nocivo à saúde e de dependência química. Na prática clínica há um superdiagnóstico da dependência química em detrimento da constatação clínica de suas principais alterações neurocerebrais, que são os fenômenos da tolerância química e da síndrome de abstinência da droga.

	Transtornos psicóticos	Transtornos bipolares	Transtornos depressivos	Transtornos de ansiedade	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados	Transtornos do sono	Disfunções sexuais	Delirium	Transtornos neurocognitivos	Transtornos por uso de substância	Intoxicação com substância	Abstinência de substância
Álcool	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Caféina				I			I/A				X	X
<i>Cannabis</i>	I			I		I/A	I			X	X	X
Alucinógenos												
Fenciclidina	I	I	I	I			I			X	X	
Outros alucinógenos	I*	I	I	I			I			X	X	
Inalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Outra substância (ou substância desconhecida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

Nota. X = A categoria é reconhecida no DSM-5.

I = O especificador "com início durante a intoxicação" pode ser indicado para a categoria.

A = O especificador "com início durante a abstinência" pode ser indicado para a categoria.

I/A = Tanto "com início durante a intoxicação" como "com início durante a abstinência" podem ser indicados para a categoria.

P = O transtorno é persistente.

\* Também para transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos (*flashbacks*).

\*\* Inclui cocaína, substâncias tipo anfetamina e outros estimulantes ou estimulantes não especificados.

O diagnóstico de um transtorno por uso de substância baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso. Para auxiliar a organização, pode-se considerar que as condições sob "Critério A" encaixam-se nos agrupamentos gerais de *baixo controle*, *deterioração social*, *uso arriscado* e *critérios farmacológicos*. O baixo controle sobre o uso da substância é o primeiro grupo de critérios (Critérios 1-4). O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente (Critério 1). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso (Critério 2). O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos (Critério 3). Em alguns casos de transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno da substância. A fissura (Critério 4) se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente. Demonstrou-se também que a fissura envolve condicionamento clássico e está associada à ativação de estruturas específicas de recompensa no cérebro. Investiga-se a fissura ao perguntar se alguma vez o indivíduo teve uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar em mais nada. A fissura atual costuma ser usada como medida de resultado do tratamento porque pode ser um sinal de recaída iminente.

O prejuízo social é o segundo grupo de critérios (Critérios 5-7). O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar (Critério 5). O indivíduo pode continuar o uso da substância, apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos (Critério 6). Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância (Critério 7). O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância. O uso arriscado da substância é o terceiro grupo de critérios (Critérios 8 e 9). Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física (Critério 8). O indivíduo pode continuar o uso, apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). A questão fundamental na avaliação desse critério não é a existência do problema, e sim o fracasso do indivíduo em abster-se do uso da substância, apesar da dificuldade que ela está causando.

A partir de pesquisas clínicas e consensos profissionais, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2009) estabeleceu princípios para coordenar o tratamento da dependência química, entre eles: 1) desintoxicação em ambiente hospitalar é só o começo do tratamento, 2) avaliação e aconselhamento sobre HIV, hepatites B e C, 3) medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com psicoterapia.

No caso de crack, assim como cocaína e óxi, tradicionalmente é associado a abordagens mais intensivas, assim, por exemplo, tratamento ambulatorial com frequência semanal não se mostra eficaz para usuários de cocaína e seus derivados. Por outro lado, a farmacoterapia melhora o prognóstico de usuários com transtornos relacionados ao uso de cocaína/crack. Ainda assim, mais de 60 medicamentos de várias classes farmacológicas já foram testados no tratamento da do uso/abuso e dependência da cocaína e seus derivados, com resultados inconclusivos (RIBEIRO; 2010).

Deve-se refletir sobre a competência de cada nível de atenção à saúde dos usuários de drogas/ dependentes químicos, posto que a grave repercussão social da questão das drogas no Brasil demanda a ação em todos os níveis. Entretanto, o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é por natureza de maior complexidade.

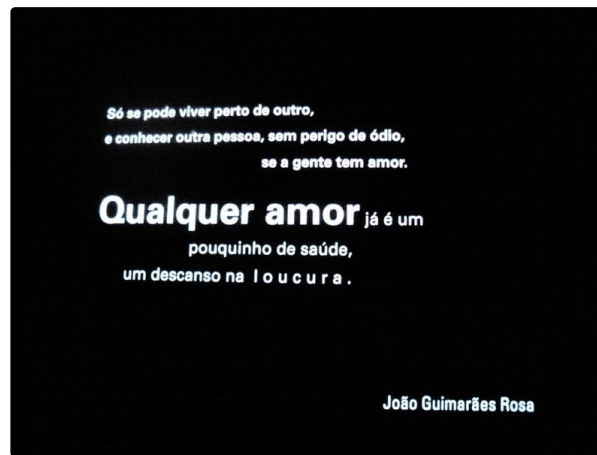
Outrossim, grupos de autoajuda são uma opção para todas as fases do tratamento. Em nosso meio há o N.A – Narcóticos Anônimos, entre outros e envolve a participação de toda a família.

Por fim, chama-se a atenção para o profissional de referência no tratamento do indivíduo usuário de drogas/ dependente químico. Tal profissional tem competências-chave durante todo o processo de tratamento, sendo importante para que a pessoa tenha motivação necessária para permanecer em tratamento. Acredita-se que tal profissional de referência possa pertencer a equipe de saúde da família.

Vamos saber mais!

Para auxiliar os profissionais a realizarem a abordagem dos usuários dependentes de drogas pode-se utilizar diversas ferramentas, dentre elas a Entrevista Motivacional (EM). É uma técnica motivacional, abordagem comportamental utilizada por profissionais da saúde de forma efetiva na área da dependência química, uma ferramenta fundamental para a competência de abordagem de usuários de álcool e outras drogas na atenção básica à saúde mental, instrumento baseado no sistema neuropsicológico de motivação da pessoa tendo em vista a cessação do consumo de entorpecentes, cessação do tabagismo e tratamento dos dependentes químicos.

Para saber mais, vamos ler um artigo sobre Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas, escrito por pesquisadores da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas – UNIAD – da UNIFESP. Acesse: <https://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/texto/motivacao%20senad.pdf>



## 2.6 Transtorno do comportamento suicida

O suicídio é uma questão de saúde pública. Ocorre em todo ciclo da vida humana e apresenta fatores de risco bem estabelecidos, baseados em evidências científicas. O risco de suicídio é reconhecido em muitos diagnósticos psiquiátricos distintos ao longo do DSM-V, na depressão e transtornos de humor, em casos de transtornos da personalidade, transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia e anorexia.

A Lei 13.819, de 26 de abril de 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção de automutilação e do suicídio, que deverá ser implantada em todo o país, devendo ser entendida como uma estratégia para prevenir o suicídio e tratar os fatores condicionantes associados. São objetivos da política:

Objetivos da Política Nacional de Prevenção de automutilação e do suicídio

- I. promover a saúde mental;
- II. prevenir a violência autoprovocada;
- III. controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV. garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V. abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI. informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;



- VII. promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII. promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- IX. promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Para saber mais acesse: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm)

Comportamento suicida compreende os **gestos suicidas** (ações suicidas sem intenção de serem fatais), as **tentativas de suicídio** (ações que pretendem ser fatais, mas não são bem-sucedidas) e o **suicídio consumado** (ato que resulta na eliminação da própria vida).

Nesse contexto, a avaliação do risco de suicídio leva em consideração os sinais e os sintomas de alerta precoce ou agudo. A detecção do risco de suicídio é uma tarefa árdua, porque é clinicamente difícil classificar pacientes em situação de risco. A triagem para suicídio não é um procedimento padrão-ouro em serviços de emergência geral, que atendem um número significativo de casos de tentativas de suicídio e autoagressão (FORLENZA E MIGUEL, 2018).

O transtorno do Comportamento Suicida (CS) está incluído na nova Seção III do DSM-V, que trata de condições que merecem estudos por serem relevantes à prática clínica. Esse manual fornece ferramentas de avaliação destinadas a ajudar os médicos e profissionais de saúde a avaliar a saúde mental e o risco de suicídio de maneira abrangente. São fatores de risco a depressão, abuso de substâncias psicoativas, falta de controle dos impulsos, tentativa de suicídio nos últimos 24 meses. Essa rubrica diagnóstica permite que o profissional de saúde quantifique o risco específico de suicídio de um indivíduo.

## Fatores de risco para suicídio

- Adulto jovem
- Não casado
- Desempregado
- Comorbidade com doença clínica
- Sexo masculino
- Ambiente desfavorável (perdas de parceiros, financeiras, de emprego)
- Comportamento autodestrutivo
- Transtornos psiquiátricos: depressão, ansiedade
- Tentativa de suicídio prévia
- Exposição ao comportamento suicida de um amigo ou familiar próximo

(MINATOGAWA-CHANG, MELZER-RIBEIRO, TENG E BOARATI, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (2010) organizou a publicação “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária”, especialmente relevante para a prevenção do suicídio, disponível em:

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)

Mortes decorrentes de suicídio são as mais associadas com antecedentes de tentativa de suicídio e ideação suicida persistente. A realização de uma avaliação pormenorizada do risco de suicídio pode durar um tempo considerável. Assim, recomenda-se que o paciente fique em observação por 24 a 72 horas. A abordagem do paciente suicida necessita de vínculo de confiança e orientação aos familiares.

O sintoma mais frequente é a crença de que nenhuma ação pode salvar o paciente do sofrimento pelo qual esteja passando. A maioria tenta o suicídio diante de um evento estressante, como meio para escapar de uma situação insuportável. Em 50 a 80% das tentativas de suicídio houve comunicação prévia da intenção suicida à família ou ao psiquiatra assistente. Observe o esquema a seguir, que trata da psicopatologia da ideação suicida até sua deliberação pelo ato suicida:

Psicopatologia da ideação suicida até sua deliberação pelo ato suicida



Vamos refletir!

Por que e como integrar ações de saúde mental à Atenção Básica? Quais são as ações que sua equipe realiza para estabelecer esse vínculo - equipe e serviço de saúde mental?

Para saber mais, vamos estudar a depressão e fadiga crônica pós-chikungunya e refletir sobre os determinantes sociais da saúde mental.

Acesse: [http://production.latec.ufms.br/modulos/chick/res/depressao\\_fadiga\\_cronica.pdf](http://production.latec.ufms.br/modulos/chick/res/depressao_fadiga_cronica.pdf)

## Seção 3 – Tratamento na Atenção Básica

De acordo com a OMS, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nesse sentido, a avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida têm sua utilidade no desenvolvimento de estratégias de intervenção, promovendo informações importantes sobre o cliente, permitindo estimar suas prioridades e mensurar o impacto de outras variáveis na qualidade de vida (CORSO et al., 2009). Assim, a melhora da qualidade de vida deve ser um dos principais objetivos da abordagem em saúde mental na AB.

O tipo de transtorno psiquiátrico tratável neste nível de atenção pode variar com a gravidade do transtorno, experiência do médico, disponibilidade de opções de tratamento e vontade do usuário. Os transtornos marcados por psicose, alterações comportamentais severas (como comportamento evitativo, ou seja, de com grave isolamento fóbico-social) e letalidade (suicídio ou homicídio) deveriam ser tratados por (ou com) um profissional da saúde mental (matriciamento). Uma vez que os transtornos psiquiátricos ocorrem tão comumente em cenários médicos gerais, o provedor de cuidados básicos deve estar seguro ao avaliar tais pessoas. De fato, as pessoas amiúde sentem-se mais confortáveis e menos estigmatizados ao serem cuidadas pelo médico de família. Frequentemente o tratamento pode ser iniciado e o indivíduo acompanhado mais de perto. Se uma melhora dos sintomas não ocorrer em seis a oito semanas, o indivíduo deve ser encaminhado ao especialista.

Vamos refletir!

A sua equipe de saúde tem acesso à equipe do NASF-AB? Existe facilidade para solicitar o matriciamento da equipe de saúde mental? Como você tem realizado o controle dos usuários que utilizam antidepressivos?



### Só Os Loucos Sabem

Charlie Brown Jr.

Composição: Chardo / Thiago Castanho

Agora eu sei exatamente o que fazer  
Vou recomçar, poder contar com você  
Pois eu me lembro de tudo irmão, eu estava lá também  
Um homem quando está em paz não quer guerra com ninguém  
Eu segurei minhas lágrimas, pois não queria demonstrar a emoção  
Já que estava ali só pra observar e aprender um pouco mais sobre a percepção  
Eles dizem que é impossível encontrar o amor sem perder a razão  
Mas pra quem tem pensamento forte o impossível é só questão de opinião

E disso os loucos sabem  
Só os loucos sabem  
Disso os loucos sabem  
Só os loucos sabem

Toda positividade eu desejo a você  
pois precisamos disso nos dias de luta  
O medo segue os nossos sonhos  
O medo segue os nossos sonhos  
Menina linda, eu quero morar na sua rua

Você deixou saudade  
Você deixou saudade  
Quero te ver outra vez  
Quero te ver outra vez  
Você deixou saudade

Agora eu sei exatamente o que fazer  
Vou recomçar, poder contar com você  
Pois eu me lembro de tudo irmão, eu estava lá também  
Um homem quando esta em paz não quer guerra com ninguém



## 3.1 Acolhimento como recurso terapêutico

O acolhimento é um espaço de escuta especializada em saúde mental, ou seja, todos os profissionais devem acolher os usuários. Assim, o acolhimento deve ser integral, não deve ter dia, hora nem profissional escolhido para ser realizado, é tarefa de toda equipe, o tempo todo. As reuniões de equipe podem possibilitar a avaliação de toda equipe a respeito dos casos bem como criar um espaço de troca multiprofissional de saberes para atender a saúde mental (SARAIVA JR.; HAGEMANN; MINOIA, 2009).

A equipe de saúde da família precisa reorganizar o trabalho com objetivo de aplicar o acolhimento com classificação de risco, facilitando o acesso das pessoas à unidade de saúde, principalmente aquelas com sofrimento mental. É importante que a equipe avalie em que medida ela está conseguindo implementar o trabalho para realizar o cuidado das pessoas com qualquer tipo de sofrimento mental. Isto exige uma reestruturação dos processos de trabalho em saúde para que, de fato, as ações da AB possam primar por um direcionamento do modelo assistencial (SILVEIRA, 2003; WENCESLAU E ORTEGA, 2015).

O acolhimento como recurso terapêutico é relevante ferramenta da AB, pois contribui na compreensão das concepções das práticas em saúde mental pela equipe. Assim, além do caráter resolutivo no momento do acolhimento, ou por meio de encaminhamento ou acompanhamento pela equipe, a recepção da saúde mental na Unidade Básica de Saúde sinaliza uma terapia comunitária, pois visa identificar e suscitar forças e capacidades dos indivíduos e famílias para encontrar soluções para superar dificuldades. Relacionando o acolhimento de saúde mental na AB em grupo, de forma equânime e com função terapêutica, torna-se fundamental que não se valorize o diagnóstico psiquiátrico e as psicopatologias, mas a "existência-sofrimento dos indivíduos" e suas formas de expressão dentro de cada contexto social (ANDRADE; BOTTI, 2009).

É importante ressaltar que é essencial que a pessoa seja acolhida nos momentos de sofrimento mental, que nem sempre é sinônimo de doença mental, uma vez que pode ser ocasionado pelos múltiplos desafios da vida, aliado a uma rede de apoio social pobre.

O sofrimento mental resulta do impacto emocional na vida do indivíduo, da condição social, da história de vida, das questões de gênero e do temperamento individual.

### Alguns conceitos

Sexo:

refere-se aos aspectos biológicos identificados no nascimento; biológico, genético. Aspectos físicos objetivamente mensuráveis; diferenças anátomo-fisiológicas entre homens e mulheres.

Gênero:	é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres/mulheres; mulheres/homens; homens/homens – os quais não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade. Portanto, o gênero é uma construção social, cultural e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais.
Identidade de gênero:	refere à autoimagem da pessoa, ela pode ou não identificar-se com o sexo definido no nascimento. Denomina-se cisgênero a pessoa que identifica-se com o sexo constatado no nascimento; transgênero: a pessoa identifica-se com um sexo diferente àquele atribuído no nascimento.
Expressão de gênero:	forma como a pessoa expressa o gênero.
Orientação afetiva-sexual:	refere-se à preferência do sentido do desejo afetivo e/ou sexual

Entenda a diferença entre sexo biológico, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação afetiva-sexual.



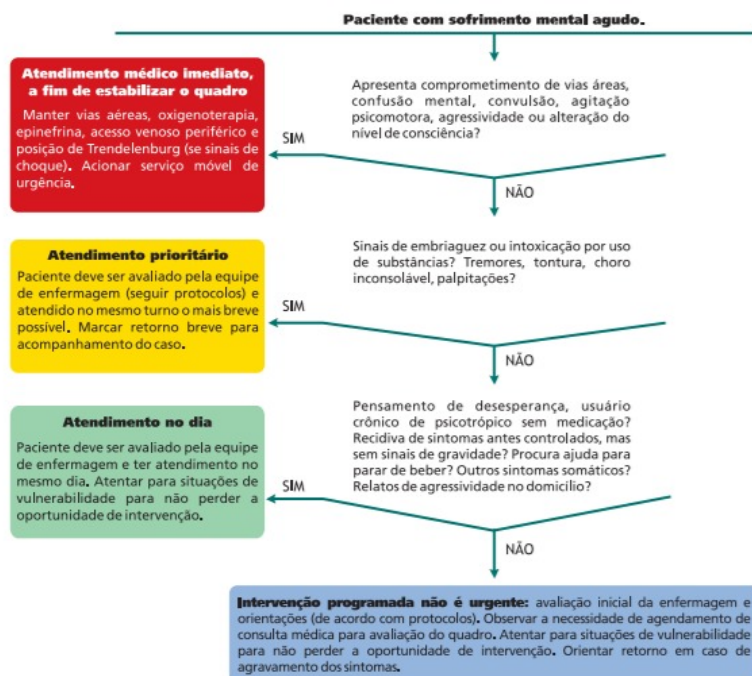
Fonte: (BRASIL, 2018)

Para saber mais!

Vamos ler um artigo sobre saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UNB. Acesse: ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 238-246, Dec. 2015. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=en&nrm=iso). access on 10 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>

A autoestima e a rede social de apoio funcionam como fatores de proteção para evitar o sofrimento mental ou minimizar o impacto do sofrimento da pessoa. É necessário desenvolver estratégias para cuidar de pessoas que estejam com algum tipo de sofrimento mental. A equipe de saúde precisa entender que o cuidado é iniciado quando a pessoa tem a oportunidade de verbalizar o seu sofrimento e os fatores desencadeantes. Portanto, é atribuição da equipe de saúde criar espaços de escuta e atividades que possam auxiliar as pessoas na superação de suas dificuldades. Contudo, para que as pessoas possam chegar a você, é importante que o acolhimento com classificação de risco esteja ativo e resolutivo. O Caderno 28 do Ministério da Saúde propõe o seguinte fluxograma para o atendimento das demandas de sofrimento mental agudo.

Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos indivíduos com sofrimento mental agudo.



Fonte: Caderno 28. BRASIL, 2013.

## 3.2 A relação entre a rede básica de saúde e os Centros de Atenção Psicossocial

É a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pela ESF e de ACS, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Ou seja, o CAPS precisa (BRASIL, 2011):

### Necessidades dos Centros de Atenção Psicossocial

- conhecer e interagir com as equipes de AB de seu território;
- estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- realizar apoio matricial às equipes da AB, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes, atender casos complexos por solicitação da AB;
- realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da AB.

A PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, instituiu 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).

## 3.3 Psicofarmacologia

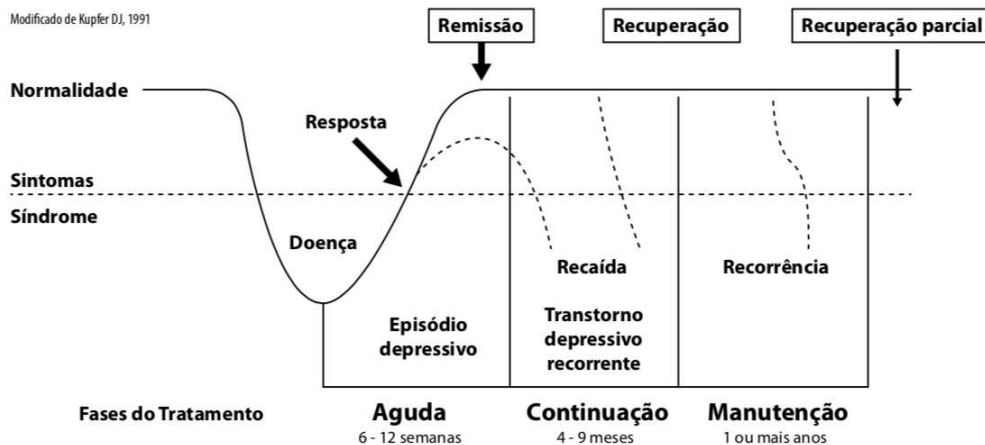
Os medicamentos antidepressivos são indicados para o tratamento dos principais transtornos mentais na comunidade e AB: somatizações e síndromes depressivas e ansiosas. Salienta-se que o sucesso desse tratamento depende da qualidade da relação médico- usuário.

Os médicos de todas as especialidades necessitam adquirir a capacidade de utilizar corretamente ao menos dois antidepressivos de classes farmacológicas diferentes, em doses e tempo adequados, antes de encaminhar para um médico psiquiatra (TENG et al., 2010).

De forma genérica, após duas semanas de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, inclusive de somatizações, pode-se instituir o tratamento psicofarmacológico, que deve ser planejado, tendo em vista três fases: tratamento da fase aguda, tratamento da continuação e tratamento de manutenção.

Na fase aguda os sintomas estão no auge da intensidade. É nessa fase que se introduz o tratamento até atingir a remissão, ou seja, a melhora completa dos sintomas. Portanto, nesta fase, o médico deve monitorar os sintomas psicopatológicos do indivíduo, ausência, melhora ou inalterado, em comparação ao início do tratamento psicofarmacológico. Uma melhora parcial, acima de 50% da intensidade inicial, é denominada resposta, porém não é o objetivo final do tratamento. Nessa fase, recomenda-se consulta semanal ou quinzenal. Após a remissão, segue a fase de continuação. Nessa fase, que dura de quatro a nove meses, o medicamento antidepressivo deve ser mantido na mesma dose utilizada para atingir a remissão. Se houver piora, chama-se recaída. A manutenção do tratamento nessa fase diminui o risco de recaída em 50% (TENG et al., 2010). Tais conceitos são apresentados no quadro a seguir.

## Conceitos



Fonte: FLECK et al., 2009-b.

Os psicofármacos antidepressivos são os fármacos mais utilizados e indicados no tratamento dos quadros depressivos e ansiosos, bem como, da somatização. Com o desenvolvimento e uso dos novos antidepressivos, a taxa de remissão no primeiro tratamento pode atingir de 50% a 70%, em serviços de saúde primários. O surgimento de algum sinal evidente de melhora nas primeiras duas semanas a quatro semanas com doses plenas ou máximas do antidepressivo utilizado, sinaliza uma maior chance de remissão ao final de oito a dez semanas. Tal período, também é o mesmo recomendado para se chegar à conclusão de manter ou trocar de estratégia antidepressiva.

Recomenda-se que o tempo mínimo para avaliar a eficácia em determinada dose é de quatro semanas, sendo ideal até oito semanas. Portanto, o médico deve planejar subir a dose do antidepressivo rapidamente para atingir a dose plena ou a máxima tolerada em 2 a 4 semanas e de aguardar até oito a dez semanas para decidir se vai continuar ou mudar de estratégia (TENG et al., 2010). São orientações gerais para o uso de antidepressivos na AB (PEREIRA, 2009):

## Orientações gerais para o uso de antidepressivos

1. Geralmente a monoterapia com antidepressivos é a única medicação necessária;
2. Todos os antidepressivos apresentam eficácia similar, o que os diferencia é basicamente o perfil dos efeitos colaterais e segurança;
3. Para a seleção da droga, avalie história prévia do uso de antidepressivos e utilize aquele do qual o usuário obteve boa resposta;
4. Caso já tenha usado um grupo farmacológico sem boa resposta (ex. tricíclico), prescreva um antidepressivo de outro grupo farmacológico (ex. inibidor de recaptção de serotonina);

- Realizar avaliação cardiológica de todos os indivíduos com 50 anos ou mais e todos que tenham alguma suspeita de cardiopatia;
- Lembrar que todos os antidepressivos possuem também alguma ação ansiolítica. O tratamento dos quadros ansiosos geralmente exige doses mais baixas que para o tratamento dos quadros depressivos.

## Perfil de efeitos colaterais dos antidepressivos disponíveis no Brasil

	Anticolinérgico *	Sedação	Insônia	Hipotensão postural	Náusea	Disfunção sexual	Ganho de peso	Específicos
<b>Tricíclicos</b>								
Amitriptilina	++	++	-	++	-	+	++	
Clomipramina	++	++	+	++	+	++	+	
Imipramina	++	+	+	++	-	+	+	
Nortriptilina	+	+	+	+	-	+	-	
<b>ISRS</b>								
Citalopram	-	-	+	-	++	++	-	
Escitalopram								
Sertralina								
Fluoxetina	-	-	+	-	++	++	-	
Fluoxamina								
Paroxetina								
<b>ISRNAs</b>								
Venlafaxina	-	-	+	-	++	++	-	hipertensão
Desvenlafaxina	-	-	-	-	-	+	-	hipertensão
Duloxetina	-	-	+	-	++	++	-	-
<b>Outros IR</b>								
Maprotilina	++	++	-	-	-	+	++	convulsões
Reboxetina	+	-	-	-	-	+	-	
<b>Antagonistas de receptor</b>								
Trazodone	-	++	-	++	-	-	+	priapismo
Mianserina	+	++	-	-	-	-	-	discrecia sanguínea
Mirtazapina	-	++	-	-	-	-	++	
<b>IMAO</b>					Ores			
Tranilcipromina	+	+	++	++	+	++	++	crise hipertensiva
Moclobemida	-	-	+	-	+	-	-	
<b>Agonistas Dopamina</b>								
Bupropion	-	-	++	-	+	-	-	
<b>ERS</b>								
Tianeptina	+	+	-	-	+	-	-	
<b>Outros</b>								
Agomelatina	-	-	-	-	-	-	-	-

++, relativamente comum ou forte; + pode ocorrer ou moderadamente forte; -, ausente ou raro/fraco; ?, desconhecido/informação insuficiente

Fonte: FLECK et al., 2009-b

\* Sintomas anticolinérgicos incluem boca seca, suor, visão borrada, constipação e retenção urinária.

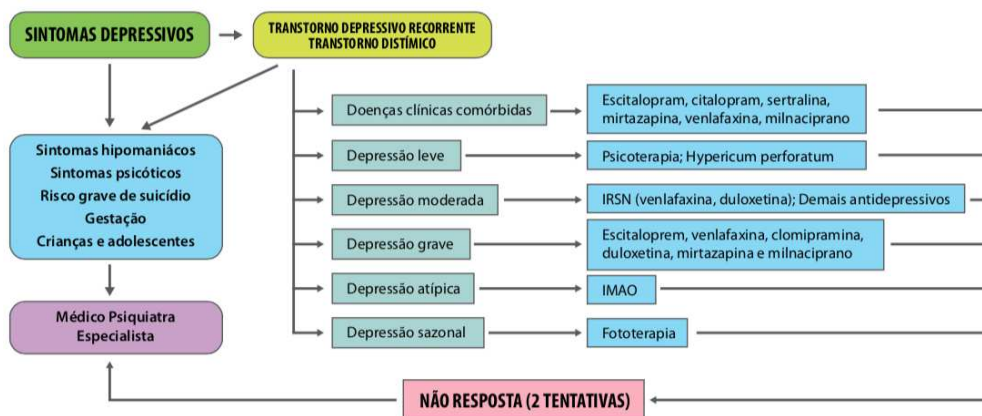
ISRS = inibidor seletivo de recaptação da serotonina; IR = inibidor de recepção; ERS = estimulador de recaptação da serotonina.

Fonte: FLECK et al., 2009-b.

Os seguintes conceitos clínicos devem ser incorporados à prática de atendimento para avaliar a eficácia do uso do antidepressivo:

- Não resposta: se a melhora for menor que 25% dos sintomas, trocar a classe do antidepressivo;
- Resposta parcial: melhora entre 25 a 50% apenas, trocar a classe do antidepressivo;
- Resposta: melhora acima de 50% dos sintomas, sem recuperação sintomática e funcional adequada, trocar a classe do antidepressivo ou associar outro antidepressivo, posto que o objetivo do tratamento é a remissão dos sintomas;
- Remissão parcial: melhora substancial, com recuperação funcional aceitável, mas com resíduo sintomático, manter o tratamento e reforçar outras formas de reabilitação psicossocial;
- Remissão total: ausência de sintomas ou em frequência irrelevante, manter o tratamento.

Tomadas todas essas precauções, se houver recaída ou recorrência, sugere-se encaminhar o indivíduo para um psiquiatra. O algoritmo para tratamento por médicos clínicos é apresentado a seguir.



Fonte: TENG, 2010.

De acordo com Pereira (2009), deve-se considerar abordagens psicossociais para os quadros depressivos leves e de início recente, ao passo que são critérios para uso de antidepressivos nos casos de depressão:



- a. Humor deprimido / perda de interesse e prazer / fadiga, labilidade aumentada (dois desses sintomas e pelo menos mais dois sintomas acessórios);
- b. Pelo período mínimo de duas semanas;
- c. Gravidade: apresentando dificuldade considerável em continuar com atividades sociais / laborativas / domésticas e sofrimento subjetivo intenso.

Ao passo que são critérios para uso de antidepressivos nos casos de ansiedade:

### Critérios para uso de antidepressivos nos casos de ansiedade

- a. Presença de sintomas ansiosos graves: que gerem sofrimento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas;
- b. Por um período mínimo de quatro semanas;
- c. Os quadros ansiosos com evidência de resposta à medicação: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo;
- d. Quadros com baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

Por último, deve-se abordar o tratamento farmacológico dos transtornos depressivos e ansiosos da seguinte forma:

### Tratamento farmacológica dos transtornos depressivos e ansiosos

1. Antidepressivos Tricíclicos (TC) usualmente padronizados na rede pública:
  - Amitriptilina – 25 e 75 mg
  - Imipramina – 25 e 75 mg
  - Clomipramina – 10, 25 e 75 mg
2. Antidepressivos Tricíclicos (TC) usualmente não padronizados na rede pública:
  - Nortriptilina – 10, 25 e 50 mg
3. Antidepressivos Inibidores de recaptura de serotonina (IRS) usualmente padronizados na rede pública:
  - Fluoxetina – 20 mg (indivíduos jovens, sem comorbidade clínica ou uso de outras medicações)
4. Antidepressivos Inibidores de recaptura de serotonina (IRS) usualmente não padronizados na rede pública:
  - Sertralina – 25, 50, 100 mg (idosos)
  - Citalopram – 20 mg (hepatopatas ou em uso de várias medicações clínicas)
5. Antidepressivos de outras classes farmacológicas:
  - Bupropiona – 150 mg (com intolerância aos efeitos co-laterais do IRS)
  - Mirtazapina – 30 mg (cardiopatas e idosos com quadros de ansiedade e insônia).

### Caraterísticas dos principais antidepressivos

Classe de antidepressivo	Medicação	Meia-vida (horas)	Dose preconizada* (mg/dia)	Efeitos colaterais indesejáveis
Inibidor Seletivo de Recaptação de serotonina (IRS)	Fluoxetina	20 a 200	20 a 80	Disfunção sexual, sintomas gastrointestinais, cefaleia, tontura, irritabilidade e interações medicamentosas.
	Sertralina	25 a 100	50 a 200	
	Fluvoxamina	13 a 20	100 a 200	
	Paroxetina	24	20 a 60	Idem, ganho de peso, sedação, tontura, síndrome de retirada.
	Citalopram	35	20 a 60	Disfunção sexual, sintomas gastrointestinais, menos interações medicamentosas que os demais
	Escitalopram	27 a 32	10 a 30	
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina	12 a 24	50 a 300	Sedação, ganho de peso, retenção urinária, obstipação, boca seca, hipotensão postural, alteração na condução cardíaca.
	Clomipramina	20 a 30	50 a 250	
	Imipramina	11 a 25	50 a 300	
	Nortriptilina	16 a 90	25 a 150	
	Reboxetina	13	4 a 8	
Antidepressivo de "ação-dupla"	Venlafaxina	5 a 13	75 a 225	Disfunção sexual, sudorese, tontura, abstinência, aumento da PAS.
	Duloxetina	8 a 17	40 a 120	Náusea proeminente
	Mirtazapina	20 a 40	15 a 60	Ganho de peso, sonolência.
	Bupropiona	10 a 20	150 a 300	Diminuição do limiar convulsivo, agitação e insônia.

Fonte: FLECK, 2010.



## 3.4 O uso indiscriminado de benzodiazepínicos

Busca-se evitar medicalizações excessivas, tentando corrigir o uso abusivo de benzodiazepínicos que vem caracterizando a intervenção de médicos generalistas na assistência em saúde mental nas últimas décadas no país, com reforço ao desenvolvimento de formas de apoio coletivas desenvolvidas junto a própria comunidade, em especial através do trabalho de grupos.

Para os benzodiazepínicos (BDZ), uma classe dos psicofármacos das mais prescritas atualmente, devido ao seu grande potencial de adição, há políticas de controle para o seu uso, como, por exemplo no Brasil, através do formulário azul e da retenção de receita. No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população. Os BDZ, atualmente, são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade e crises convulsivas agudas.

Ao longo do tempo, BDZ perdem a sua função ansiolítica e, por isso mesmo, não são indicados por longos períodos para tratamento. Seus efeitos colaterais não são poucos. O mais frequente é a sedação. Depressão respiratória pode ocorrer com a administração endovenosa e pode ocorrer hipomnésia (diminuição da memória) de fixação e conduta agressiva. Ademais, diversos estudos demonstram que a utilização prolongada de BDZ diminui a capacidade cognitiva. Todos esses efeitos são de grande importância na morbimortalidade da população geriátrica em uso.

A retirada gradual é o tratamento clássico. Preconiza-se que o portador de síndrome de abstinência de benzodiazepínicos seja tratado de forma ambulatorial. Consiste na redução de um quarto da dose (25%) por semana. A primeira metade pode ser feita em 15 dias, sendo que a segunda metade pode ser feita de forma parcimoniosa de seis a oito semanas (DIEHL et al., 2010).

## 3.5 Trabalho com grupos como recurso terapêutico

A capacitação específica para trabalho com grupos perpassa todos os níveis de capacitação, pois desde o grupo familiar, passando pelo trabalho de equipe até a comunidade adscrita, o médico de família trabalha intrinsecamente com grupos. Uma das abordagens possíveis para os indivíduos é o dos grupos homogêneos. São grupos compostos por indivíduos da mesma patologia e que permitem oferecer aos mesmos possibilidades terapêuticas e preventivas que as consultas individuais não atingem ou atingem com menor eficácia. Os fenômenos grupais podem potencializar a capacidade de compreensão, a solidariedade e a noção de reconhecimento de sua própria condição, ampliando a responsabilidade por si mesmo. Os grupos podem ser abertos ou fechados. A escolha depende basicamente dos seguintes fatores: características da população, disponibilidade de equipe e interesse de pesquisa. Os grupos cumprem os seguintes objetivos relacionados ao indivíduo (CHAZAN, 2000; CHIAVERIN, 2011):

### Objetivos relacionados ao indivíduo cumpridos

1. promover maior adesão ao tratamento;
2. ampliar a consciência sobre a sua patologia;
3. desenvolver maior capacidade de assimilação das informações;
4. ampliar sua capacidade adaptativa (ajudar a organizar as defesas; auxiliar na administração da doença);
5. ajudar na interação com a instituição, ampliar as noções de direitos e deveres, diminuindo a passividade, estimulando a percepção de sua responsabilidade sobre seu tratamento e facilitando métodos de cobrança da instituição no que lhe é devido;
6. estimular a solidariedade e favorecer que cada indivíduo possa atuar, na comunidade, de forma informal, como um agente de saúde.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, o trabalho de grupo permite os seguintes avanços:

## Avanços permitidos

1. trabalhar a relação médico (equipe) - indivíduo e as questões de comunicação com a Instituição;
2. integrar os profissionais de saúde, promovendo a interdisciplinaridade, pois o "trabalhar com" obriga a busca por uma linguagem comum, favorecendo a comunicação e preservando as especificidades de cada área;
3. ampliar a capacidade crítica aos modelos anátomo-clínicos em relação aos modelos centrados no homem;
4. ampliar a personalização nas relações equipe-indivíduo e equipe-equipe.

Outro importante avanço que o trabalho com grupos vem efetuando, refere-se aos grupos com pessoas políquelosas e "nervosas". Devido a graves deficiências existentes no sistema de saúde brasileiro, com uma assistência em saúde mental que até poucos anos atrás centrava-se em internações, muitas destas pessoas apresentavam uma identidade de "doente mental", apesar de apresentarem transtornos mentais menores como ansiedade, depressão e somatizações. Os grupos organizados em várias experiências ligadas à ESF permitiram a organização de um espaço que ofereceu alternativas de apoio e suporte grupal, com a elaboração das situações conflitivas através da partilha de experiências, dando "voz" a uma população marginalizada e submissa, que passa então por um processo de empoderamento, com resgate da autoestima e melhora do humor e da sua assertividade.

Uma estratégia que pode auxiliar equipe e usuários a resgatar o equilíbrio mental é a Tenda do conto.

Através dessa dinâmica é possível dar voz às necessidades das pessoas.

Você pode conhecer esta dinâmica no seguinte link:

[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a\\_tenda\\_do\\_conto\\_como\\_pratica\\_integrativa\\_de\\_cuidado\\_na\\_atencao\\_basica.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a_tenda_do_conto_como_pratica_integrativa_de_cuidado_na_atencao_basica.pdf)

## 3.6 Terapia Comunitária como recurso terapêutico

Sob a ótica da desinstitucionalização, em um sistema de atenção à saúde mental, seria de se esperar algumas ações específicas, de prevenção e tratamento, dirigidas aos usuários com passado de internação, que constituiriam, em princípio, o grupo com maior risco de hospitalização (POÇO; AMARAL, 2005; CHIAVERIN, 2011).

A Terapia Comunitária (TC) é um procedimento terapêutico, em grupo, com a finalidade de promover a saúde e a atenção básica em saúde mental. Funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e de identidade cultural das comunidades carentes, por meio de equipes institucionais públicas, privadas ou voluntárias. Por ser um trabalho em grupo atinge um grande número de pessoas, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais. A metodologia da TC foi criada e sistematizada pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, nos anos 80. A TC surgiu em uma favela em resposta a duas necessidades:

- atender várias pessoas com problemas emocionais e psíquicos;
- adequar as propostas acadêmicas de promoção de saúde às carências reais apresentadas por aquela comunidade.

A TC se insere na rede de Saúde Pública por meio das equipes da ESF. Essa técnica está fundamentada teoricamente sobre cinco pilares:

### Pilares da Terapia Comunitária

1. Pensamento Sistêmico;
2. Teoria da Comunicação;
3. Antropologia Cultural;
4. Resiliência;

Esses referenciais teóricos estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TC. Propõe:

### Propostas da Terapia Comunitária

1. Ir além do unitário para atingir o comunitário;
2. Sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade;
3. Ver além da carência para ressaltar a competência;
4. Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade;
5. Da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial de cada um;
6. Ir além do privado para o público;
7. Romper com o clientelismo para chegarmos à cidadania;
8. Romper com o modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

Na TC os grupos são abertos, qualquer pessoa da comunidade pode participar e em qualquer momento. Podem ser realizados na comunidade através de instituições religiosas, centros comunitários, centros de saúde, hospitais, escolas, associações de moradores, residências na comunidade, etc. Os grupos são semanais ou de acordo com uma periodicidade pré-estabelecida, com duração da sessão em torno de duas horas. Está sempre aberto para novos participantes, começando sempre com uma breve explicação do que é a TC e uma integração de grupo. As pessoas podem participar a qualquer dia, não é necessário lista de frequência e nem exigência de assiduidade. Entendemos ser um espaço fundamentalmente democrático.

A sessão da TC se desenvolve percorrendo as seguintes fases

### Fases da Terapia Comunitária

1. Acolhimento;
2. Escolha do tema;
3. Contextualização;
4. Problematização e,
5. Finalização (BARRETO, 2007).

## 3.7 Emergências psiquiátricas no âmbito da Atenção Básica

Observa-se que, muitas das situações de emergência psiquiátrica na AB podem estar relacionadas a diferentes diagnósticos e podem tanto configurar o primeiro episódio de um transtorno psiquiátrico como o agravamento de um quadro pré-existente. Portanto, o atendimento emergencial é também o momento de diagnóstico diferencial. Geralmente, devido à complexidade dos atendimentos emergenciais psiquiátricos, esses casos devem ser referenciados para atendimentos nos CAPS III. Para informação dos clínicos, destaca-se que a medicação mais efetiva e amplamente utilizada nas emergências psiquiátricas é a associação de haloperidol e prometazina via intramuscular ou o haloperidol isoladamente.

Nas crises psicóticas agudas, quando houver agitação extrema, pode-se usar o **haloperidol injetável, na dose de 5mg/1 ml IM (intramuscular), numa dose máxima de 30mg/dia** e posterior encaminhamento para serviço de referência.

### Primeira consulta imediata e avaliação clínica nas emergências psiquiátricas

Refleta sobre os fluxogramas da primeira consulta imediata do indivíduo com problemas mentais e de comportamento nas redes de atenção psicossocial e da abordagem desses pacientes pelos profissionais que atuam nas equipes de saúde mental.

Apresentamos a seguir dois fluxogramas e glossário, imagens e textos complementares:

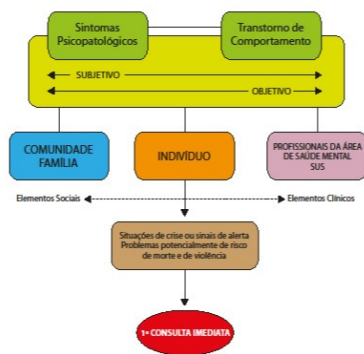


Figura 1. Primeira Consulta Imediata na Rede de atenção psicossocial e atenção primária à saúde

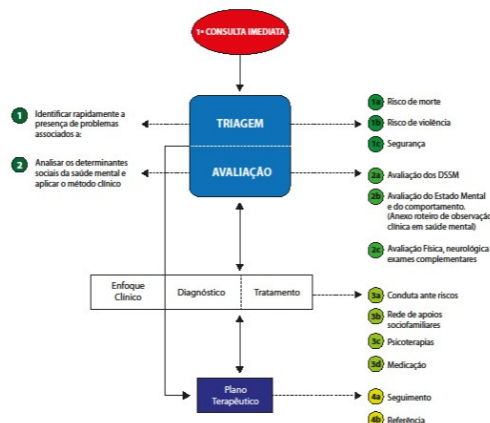


Figura 2. Atuação dos profissionais da área de saúde mental na Rede de atenção psicossocial e atenção primária à saúde.

Fonte: MIRANDA-SÁ JR., 2010

**Sintomas psicopatológicos:** sintoma é o dado elementar, menos complexo, de um quadro clínico, o elemento fundamental da psicopatologia. **Sintomas psicopatológicos**, síndromes e enfermidades são construtos cognitivos observáveis que nomeiam estados patológicos. O diagnóstico psiquiátrico, em nívelindrômico, é a base sobre a qual se estrutura o diagnóstico das enfermidades mentais (MIRANDA-SÁ JR., 2010).

**Transtornos de comportamento:** o diagnóstico dos **transtornos de comportamento** é baseado predominantemente na percepção de dados clínicos observáveis. Esse procedimento diagnóstico psiquiátrico fundamenta a determinação de um prognóstico quanto à evolução do quadro clínico. O ideal é que seja confiável, válido, com alta sensibilidade e especificidade, como quaisquer diagnósticos médicos (DALGALARRONDO, 2008).

**COMUNIDADE e FAMÍLIA:** os **elementos sociais** na **primeira** consulta imediata são decorrentes da percepção da **comunidade** e da **família** de gravidade da situação de crise do paciente: insegurança, medo, ignorância, ineficácia da autoajuda do entorno sociofamiliar (mais alarmante), demora na consulta ambulatorial ou simplesmente a maior acessibilidade aos profissionais de saúde e aos cuidados de saúde mental.

**INDIVÍDUO:** **sintomas psicopatológicos** ou um **transtorno do comportamento** (ambos com suas dimensões objetivas e subjetivas) são percebidos como perturbadoras ou ameaçadoras pelo próprio **indivíduo**, de tal forma que chegam a produzir solicitação de **primeira consulta imediata** e demanda de intervenção em crise.

**Profissionais da área de saúde mental e atenção primária à saúde do SUS:** na **primeira consulta imediata** de gravidade aguda são os **elementos clínicos**, como situação de ameaça à vida do paciente decorrente de patologia psiquiátrica com repercussões somáticas, a preocupação inicial mais alarmante dos **profissionais de saúde da rede SUS**. Outras circunstâncias relacionadas a **elementos sociais** são responsáveis por grande parte da demanda de intervenção em crise.

**Situações de crise ou sinais de alerta, problemas potencialmente de risco de morte e de violência:** são **sinais de alerta** quanto à iminência ou presença de recaídas: a) faltas em consultas médicas de rotina com psiquiatra ou infectologista, b) mudança no humor e no comportamento, indicativas de transtorno mental grave (risco de suicídio, sintomas psicóticos, inquietação psicomotora moderada a grave, alteração aguda do nível de consciência-vigilância) ou intoxicação aguda por substâncias psicoativas (SPA). Consideram-se **situações de crise:** 1) o relato de overdose por substâncias psicoativas (SPA), 2) perda ou desaparecimento do domicílio, 3) perda do emprego, 4) perda abrupta de relacionamentos, e 5) crises legais e acidentes.

**PRIMEIRA CONSULTA IMEDIATA:** nesse contexto, define-se a **primeira consulta imediata** como aquela situação na qual **sintomas psicopatológicos** ou um **transtorno do comportamento** (ambos com suas dimensões objetivas e subjetivas) são percebidas como perturbadoras ou ameaçadoras pelo próprio **indivíduo**, a própria **família**, **comunidade** ou outros **elementos sociais**, de tal forma que chegam a produzir solicitação de **primeira consulta imediata**. Esta definição está embasada no modelo conhecido como intervenção em crise. Na **primeira consulta imediata** de gravidade aguda, outras circunstâncias, além de **elementos clínicos** como situação de ameaça à vida do paciente decorrente de patologia psiquiátrica com repercussões somáticas, são responsáveis pela demanda de atendimento na rede de atenção psicossocial e atenção primária à saúde pelos **profissionais de saúde da rede SUS:** insegurança, medo, ignorância, ineficácia da autoajuda do entorno sociofamiliar (mais alarmante), demora na consulta ambulatorial ou simplesmente a maior acessibilidade aos profissionais de saúde e aos cuidados de saúde mental.

**PRIMEIRA CONSULTA IMEDIATA:** seguindo o esquema próprio da **primeira consulta imediata**, a primeira fase da intervenção denomina-se **triagem**, etapa na qual se deve identificar rapidamente a presença de problemas que podem ameaçar a vida do paciente.

**TRIAGEM:** nesse primeiro passo, deve-se determinar se há doença ou circunstância de **risco de morte** ou se há **risco de violência** elevado, pois a **segurança** do paciente, da família e de outros pacientes e das pessoas é prioritária, antes de proceder às etapas sucessivas. Deve-se identificar quadros de agitação psicomotora e ameaça, condutas autodestrutivas como tentativas de suicídio e, por outro lado, problemas clínicos graves como, por exemplo, traumatismos encefálicos e arritmias cardíacas (intercorrências clínicas). A presença de agitação psicomotora e condutas autodestrutivas, além de problemas clínicos graves, requerem plano de intervenção imediata segundo o modelo médico-institucional, posto que se trata de urgência médica, sendo competência de atenção com ingresso hospitalar agudo. Cita-se caso de quadro confusional agudo (delirium) associado à insuficiência respiratória aguda, onde o mais importante é o tratamento do problema respiratório imediato que uma exploração exaustiva ou prolongada dos aspectos psicopatológicos.

1. **Risco de morte:** deve-se determinar na **triagem** se há doença ou circunstância de **risco de morte**. A presença de agitação psicomotora e condutas autodestrutivas, além de problemas clínicos graves, requerem plano de intervenção imediata segundo o modelo médico-institucional, posto que se trata de **urgência médica**, sendo competência de atenção com ingresso hospitalar agudo.
2. **Risco de violência:** deve-se determinar na **triagem** se há doença ou circunstância de **risco de violência** elevado, requerem plano de intervenção imediata de **urgência médica**, segundo o modelo médico-institucional.
3. **Segurança:** a **segurança** do paciente, da família e de outros pacientes e das pessoas é prioritária durante a etapa da triagem, antes de proceder às etapas sucessivas de avaliação.

**AVALIAÇÃO:** nessa fase fundamentalmente é necessário; 1) examinar elementos básicos do estado psicopatológico do paciente; 2) determinar a presença ou ausência de patologia somática e 3) determinar a integração e suporte social do paciente.

1. **Avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde Mental (DSSM):** a avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde Mental (DSSM) deve ser integrado à avaliação do paciente numa perspectiva de saúde pública. O acesso universal aos cuidados de saúde é um dos determinantes sociais da saúde. As condições sociais podem contribuir para o adoecer e para a necessidade de cuidados médicos, reforçando a necessidade de uma avaliação e monitorização adequadas da **saúde mental** em nível da **comunidade** e **família**, principalmente das populações vulneráveis. A promoção de ações em saúde mental consecutivas à **primeira consulta imediata** pode contribuir para o desenvolvimento sustentável das comunidades e para a melhora do ambiente onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
2. **Avaliação do estado mental e do comportamento:** o roteiro de observação clínica (anamnese) em psiquiatria (saúde mental) é uma avaliação clínica do estado mental e do comportamento, fundamentada na descrição da psicopatologia do paciente, conforme DALGALARRONDO (2008) e MIRANDA-SÁ JR. (2010). Na clínica psiquiátrica têm sentidos particulares, configuram a estrutura hierárquica das condições patológicas, conseqüentemente, podem-se configurar três situações clínicas distintas: o sintoma, a síndrome e a doença mental (MIRANDA-SÁ JR., 2010).
3. **Avaliação física, neurológica e exames complementares:** as explorações somática e laboratorial são indispensáveis na investigação de síndromes confusionais agudas (delirium) ou de psicoses agudas sem antecedentes psiquiátricos prévios. São dois exemplos de transtornos mentais comumente associados à dependência química: os transtornos duais em psiquiatria ou comorbidades psiquiátricas em dependências químicas. Deve-se proceder exame somático elementar, averiguar pessoalmente os sinais vitais do paciente e realizar o exame neurológico elementar ante a presença de sinais de déficit motor, sensitivo ou sensorial, bem como alterações do nível de consciência-vigilância. A análise laboratorial básica é composta por glicemia, hemograma, bioquímica básica (eletrólitos, função hepática e renal). Outros exames conforme o caso específico.

**ENFOQUE CLÍNICO:** este ponto constitui a base da intervenção clínica, segundo o modelo biomédico. O primeiro aspecto consiste no **enfoque clínico**, na clássica prescrição terapêutica que pode ser o tratamento psicoterápico ou farmacológico do paciente.

**DIAGNÓSTICO:** o **diagnóstico** do comportamento normal pode ser fundamentado no critério do exercício da liberdade. O patológico no campo psíquico consiste na perda da liberdade, que é o mais profundo e o melhor critério distinguidor entre o normal e o patológico (MIRANDA-SÁ JR., 2010).

**TRATAMENTO:** o terceiro aspecto é o mais geral e inclui os cuidados clínicos, que é o conjunto de decisões necessárias para resolver uma situação clínica específica. Geralmente, esse processo se identifica com o **tratamento**, mas tem um espectro maior que o engloba na terapêutica integral do indivíduo.

1. **Condução ante riscos:** a presença de situações de risco ante às quais se deve tomar decisões oportunas e rápidas, que podem indicar custódia permanente do paciente com isolamento do meio sociofamiliar e contenção mecânica do paciente.
2. **Rede de apoios sociofamiliares:** Uma primeira consulta imediata sempre revela certa pressão e elevada expectativa sociofamiliar sobre o médico que atende o caso. Esse processo demanda respostas claras, decisões resolutivas e respeito à família e, principalmente, ao paciente.
3. **Psicoterapias:** como premissa prática geral das **psicoterapias**, é útil empregar a intervenção psicoterápica com perguntas gerais sobre o estado afetivo (tristeza, angústia, medo, raiva, preocupações, etc.) e expectativas de futuro (pessimismo, fatalismo, etc.). Não se deve esquecer que essa intervenção é mais voltada para a escuta qualificada que para o interrogatório específico sobre o estado psíquico e para a entrevista objetiva que faz parte da etapa de avaliação. A entrevista terapêutica com o paciente tem como objetivos fundamentais: a) focar áreas favoráveis do paciente para aumentar sua resiliência e sua adaptação psicossocial, auxiliando-o a elaborar uma estratégia realista para enfrentamento da situação crítica e do estresse, e b) aumentar a rede de apoio psicossocial do paciente, com ênfase ao apoio emocional advindo da família e pessoas significativas da comunidade, para recuperação do equilíbrio do indivíduo (homeostase do organismo).
4. **Medicação:** a **sedação** do paciente se configura no tratamento de eleição ante crises de agitação. Deve-se atentar para o controle do equilíbrio hidroeletrólítico e reposição vitamínica preventiva em casos específicos. A via oral é possível se a agitação é de leve a moderada. Geralmente, é necessária a contenção mecânica associada para controle da agitação intensa a muito intensa do indivíduo.

**PLANO TERAPÊUTICO:** O diagnóstico psiquiátrico é a base sobre a qual se estrutura o prognóstico dos transtornos mentais e inclui a elaboração do **plano terapêutico** do paciente (MIRANDA-SÁ JR., 2010).

1. **Seguimento:** após a avaliação do paciente, deve-se decidir se o paciente deve ser liberado (sozinho ou com acompanhante) para seu domicílio ou se deve ser encaminhado prontamente para unidades de emergência médica psiquiátrica ou hospital geral.
2. **Referência:** caso não se configure como emergência/urgência médica e após a avaliação o paciente retornou ao seu entorno sociofamiliar, deve receber encaminhamento para início ou continuidade seu tratamento conforme caso específico com referência para a rede SUS: ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial, etc.

### 3.8.1 Tratamento dos Transtornos Ansiosos em Emergência

Os transtornos ansiosos muitas vezes não são reconhecidos nos atendimentos de emergência. Em relação aos transtornos somatoformes, conversivo e dissociativo (perda parcial ou completa das funções normais de integração da memória, da consciência, da identidade), há forte associação com transtorno depressivo ou com situações traumáticas sofridas. Frequentemente, essas condições geram solicitações de avaliação com o objetivo de explicar sintomas orgânicos que não apresentam achados físicos compatíveis.

Crises típicas de ansiedade são comuns na AB e costumam manifestar-se com sintomas somáticos (p. ex. precordialgia, cefaleia ou dor abdominal). Entretanto, quadros de apresentação atípica podem ser erroneamente diagnosticados como ansiosos ou conversivos. A falta de evidências de etiologia orgânica em determinado momento não exclui esta possibilidade.

Deve-se estar especialmente atento a sinais como longa duração do quadro e sintomas neurológicos duradouros. Além disso, quadros conversivos e ansiosos podem sobrepor-se a patologias clínicas. Quadros dissociativos com perda de consciência, síncope, disfunções motoras ou sensoriais, podem assemelhar-se a crises epiléticas. Neste caso, é necessário exame neurológico.

Na AB, as crises agudas de ansiedade deverão ser devidamente medicadas para alívio sintomático imediato e reavaliação do quadro. Podem ser utilizados benzodiazepínicos em baixas dosagens, com meia vida curta, pois o efeito é imediato, não produzindo sonolência excessiva, o que atrapalharia a reavaliação clínica.

Em quadros conversivos e dissociativos, devido ao conteúdo emocional existente, é fundamental um trabalho de suporte e apoio, que deve ser iniciado já na situação de emergência, visando aliviar a dor psíquica que gerou esse quadro e todo evento estressor que se sucedeu ao processo, sendo o indivíduo encaminhado para atendimento psicológico após alta do serviço de emergência.

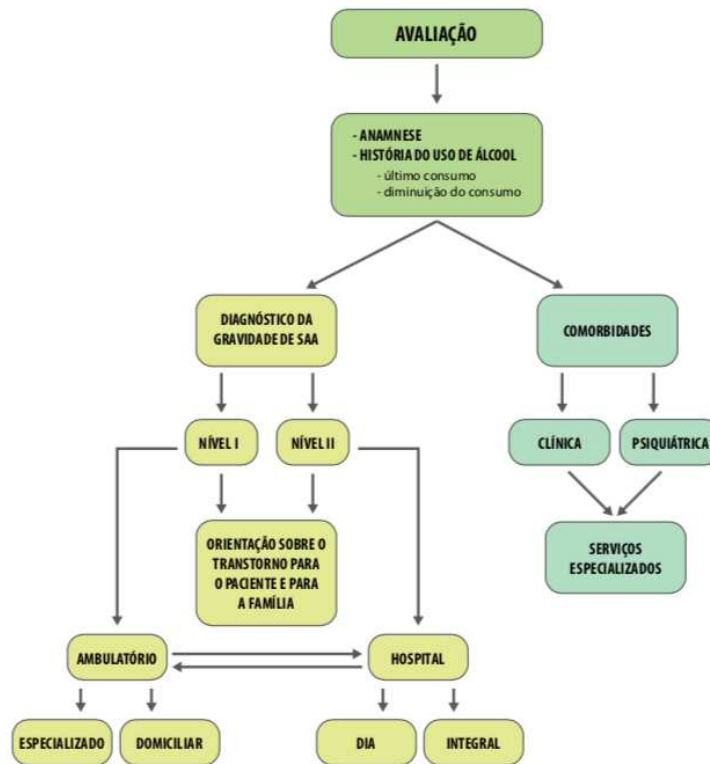
Deve também ser realizado trabalho com a equipe médica e de enfermagem para evitar ou minimizar atitudes hostis, posto que tanto indivíduos quanto os profissionais de saúde muitas vezes esperam pelo diagnóstico de eventual doença clínica e não de um diagnóstico psiquiátrico.

Os objetivos da avaliação emergencial, além da avaliação diagnóstica, são: avaliar o risco à integridade física e psíquica do indivíduo, identificar os fatores de risco desencadeantes e mantenedores da crise, a presença de fatores protetores, avaliação do suporte familiar e social. Após a avaliação, devem-se planejar

intervenções imediatas que contribuam para a estabilização da situação emergencial e proporcionem melhores condições para o tratamento posterior que, obrigatoriamente, deverá ser realizado.

### 3.8.2 Tratamento da Síndrome de Abstinência de Álcool (SAA)

É importante ressaltar que o tratamento da Síndrome de Abstinência de Álcool (SAA) tem se tornado procedimento primariamente ambulatorial, com menor custo, seguro e com efetividade, variando até 75% na maioria dos programas de desintoxicação já revisados. Ela é caracterizada por: agitação, ansiedade, alterações do humor, tremores, náuseas e vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros sintomas. Pode apresentar-se ainda como *Delirium tremens*, convulsões e óbito.



Fonte: Laranjeira et al., 2000.

A partir do diagnóstico da SAA, deve-se definir: o diagnóstico da gravidade da SAA e o diagnóstico de eventuais comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas. Considerando-se sua complexidade, de acordo com o Consenso sobre a SAA e o seu tratamento (LARANJEIRA et al., 2000; AMB/SBMFC, 2011) classificou-se o comprometimento do usuário em dois níveis: leve/moderado e grave. A partir dessa classificação, o usuário será encaminhado para o melhor tratamento, de acordo, também, com a disponibilidade da rede de serviços de saúde de cada local. A pessoa poderá apresentar um comprometimento em:

#### Nível I

Quando o comprometimento é leve/moderado e, portanto, apresenta uma síndrome de abstinência leve/moderada, compreendendo os seguintes aspectos:

- Biológicos: leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese facial discreta; episódios de cefaleia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem alteração da percepção auditiva e tátil.
- Psicológicos: o contato com o profissional de saúde está íntegro; o indivíduo encontra-se orientado temporoespacialmente; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; sem relato de episódio de violência auto ou heterodirigida.
- Sociais: mora com familiares ou amigos e essa convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva vem sendo desenvolvida e mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado, a rede social está mantida.
- Comórbidos: sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame clínico-psiquiátrico geral.

Para os indivíduos classificados como nível I a intervenção deverá ser psicoeducacional e clínica, isto é, deve-se informar com clareza a respeito do diagnóstico, realizar orientações sobre a dependência do álcool e sobre a síndrome de abstinência, além de tratamento específico para a fase de privação aguda de

acordo com a necessidade. O encaminhamento será direcionado para o tratamento ambulatorial especializado, com ou sem desintoxicação domiciliar.

## Nível II

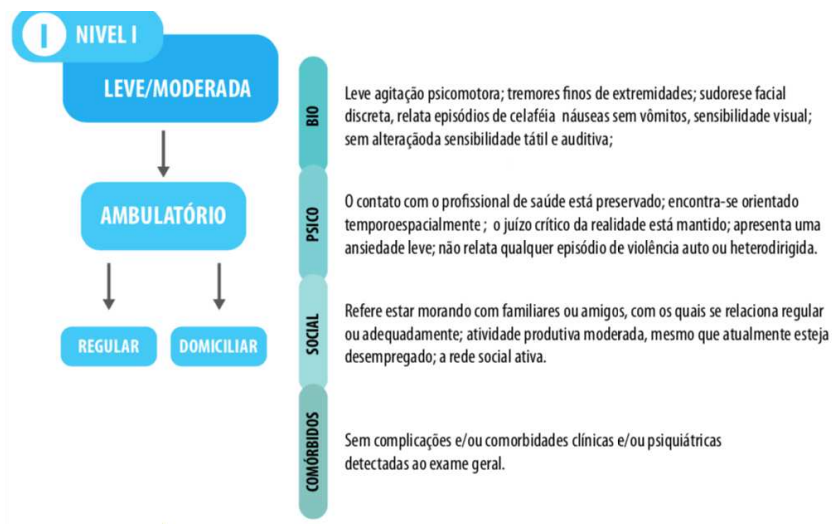
Quando o comprometimento é grave e, portanto, apresenta uma síndrome de abstinência grave com os seguintes aspectos:

- Biológicos:** agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaleia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epiléptiformes agudos ou relatados na história progressa.
- Psicológicos:** o contato com o profissional de saúde está prejudicado; o indivíduo encontra-se desorientado temporoespacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou heterodirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas, táteis ou visuais.
- Sociais:** o relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não tem familiares auxiliando no tratamento.
- Comórbidos:** com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

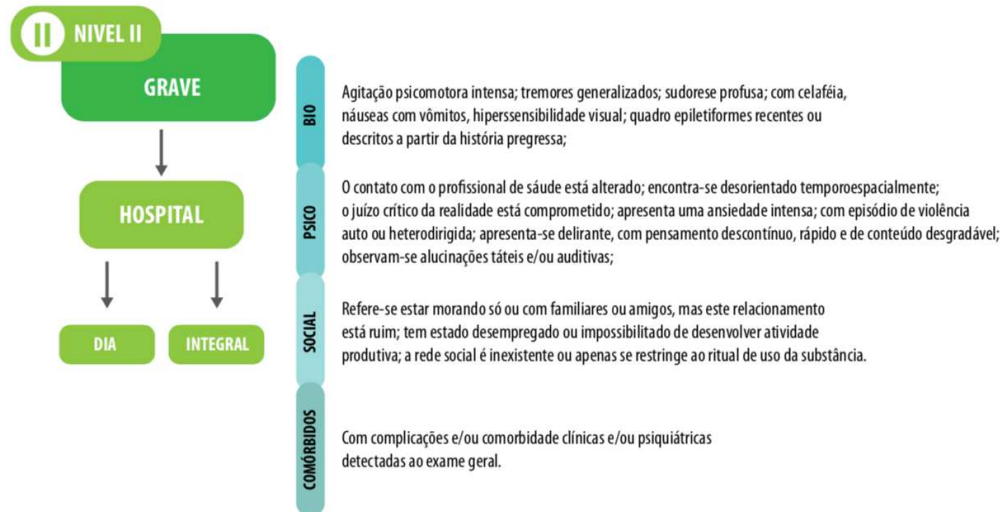
Para os indivíduos nível II, a emergência clínica-psiquiátrica será a melhor intervenção.

Ao receber o indivíduo, a atitude do profissional de saúde deve ser acolhedora, empática e sem preconceitos. O tratamento da SAA (quadro agudo) é um momento privilegiado para motivar a pessoa a realizar o tratamento da dependência (quadro crônico). Deve-se esclarecer a família e, sempre que possível, o próprio usuário sobre os sintomas apresentados, sobre os procedimentos a serem adotados e sobre as possíveis evoluções do quadro. Deve ser propiciado ao indivíduo e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro. É importante ainda reforçar a necessidade de comparecimento às consultas remarcadas, que serão tão frequentes quanto possível nos primeiros 15 dias do tratamento.

## Níveis de Gravidade da SAA







Fonte: Laranjeira et al., 2000.

### Sete passos da abordagem do usuário com SAA no tratamento ambulatorial:

1. Orientação da família e do usuário quanto à natureza do problema, tratamento e possível evolução do quadro;
2. Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
3. A dieta é livre, com atenção especial à hidratação;
4. O usuário e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos;
5. As consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação;
6. Reposição vitamínica: tiamina intramuscular nos primeiros 7-15 dias; após esse período a via é oral. Doses de 300mg/dia de tiamina são recomendadas com o objetivo de evitar a Síndrome de Wernicke, que cursa com ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca (essa última, nem sempre presente);
7. Benzodiazepínicos (BDZ): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as que, em média, o usuário pode receber num determinado dia. O indivíduo e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Se houver qualquer sintoma de dosagem excessiva de BZD, como sedação, deve-se proceder a interrupção da medicação. Diazepam: 20mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana OU Clordiazepóxido: até 100mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 4mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

Ocorrendo falha (recaída ou evolução desfavorável) dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser revista, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

O indivíduo deve permanecer restrito em sua moradia, com a assistência dos familiares. Idealmente deverá receber visitas freqüentes de profissionais de saúde da equipe de tratamento. Deve ser propiciado à pessoa e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro.

### Sete passos da abordagem da pessoa com SAA na internação domiciliar:

1. A orientação da família deve ter ênfase especial em questões relacionadas à orientação temporo-espacial e pessoal, níveis de consciência, tremores e sudorese;
2. Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
3. A dieta é leve, desde que tolerada;
4. Atenção especial à hidratação, pelo risco de desidratação;
5. Visitas devem ser restritas, assim como a circulação do usuário;
6. Reposição vitamínica: a mesma recomendada para o tratamento ambulatorial;
7. Benzodiazepínicos (BDZ): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as médias que o usuário pode atingir num determinado dia. O indivíduo e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Deve-se ressaltar que a dose adequada é aquela que diminui os sintomas da abstinência, e que, portanto, em algumas situações, doses muito maiores do que esta recomendada podem ser indicadas. Diazepam: 40 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana; ou Clordiazepóxido: 200mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 8mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

### 3.8.3 Abordagem do paciente suicida

#### Elementos fundamentais para a boa prática clínica

- Avaliar e tratar cada paciente com tentativa e/ou ideação de suicídio como se a próxima tentativa de suicídio possa resultar em morte.

#### Estratégias para o planejamento da intervenção

- Não causar danos: não fornecer medicamentos potencialmente tóxicos em superdosagem;
- Remover o acesso a meios para cometer suicídio: importante verificar se o paciente tem acesso a armas de fogo. Orientar algum familiar a remover o objeto de alcance do paciente;
- Oferecer esperança: continuidade do tratamento, interesse continuado pelo indivíduo e a qualidade e a intensidade da relação terapêutica são fatores importantes que reduzem o suicídio. No cenário de emergência, o profissional de saúde deve ajudar os pacientes a entenderem que seus problemas podem ser resolvidos e que o médico está disposto e é capaz de ajudar.

#### Elementos-chave para melhorar a qualidade do atendimento

- Envolver-se com o paciente adequadamente;
- Obter uma história completa,
- Realizar testes laboratoriais adequados;
- Formular um diagnóstico correto;
- Instituir medidas terapêuticas acertadas.

Esperamos que os clínicos se tornem mais habilitados a diagnosticar corretamente tendências suicidas em pacientes que sofrem de transtornos mentais.

### 3.8.4 O papel da Equipe no tratamento do tabagismo

A morbimortalidade por uso do tabaco pode ser inteiramente prevenida. A cessação da dependência do tabaco traz inúmeros benefícios ao organismo e diminui o risco a doenças correlacionadas à utilização do tabaco.

A nicotina atua no sistema nervoso central e chega ao cérebro em apenas sete segundos, mais rápido que a cocaína. Apesar das consequências negativas do tabagismo, a dependência de tabaco não tem sido tratada consistente e eficazmente. Há evidências científicas abundantes da eficiência e custo-benefício dos tratamentos para cessação do tabagismo.

Uma das conclusões mais importantes a respeito dos tratamentos comportamentais, diz respeito às intervenções breves, com duração inferior a três minutos, que podem ser oferecidas a todos os tabagistas, assim como o incentivo em participar de intervenções comportamentais intensivas.

Como existem tratamentos eficazes que podem ser incorporados a qualquer contexto clínico, os profissionais de saúde devem aproveitar todas as oportunidades de tratar o tabagista. A decisão de parar de fumar tem que vir associada a uma série de outros elementos, como apoio psicossocial, acompanhamento clínico e trabalhos grupais. Esses recursos, somados à informação, ajudam a fortalecer a decisão do indivíduo em cessar o tabagismo.

A equipe de saúde precisa ainda oportunizar todos os contatos com a família da pessoa dependente de tabaco e orientar os filhos a fim de não adotar o mesmo comportamento.

Deve-se utilizar a sala de espera para discutir com as pessoas malefícios da utilização do tabaco e intervenções possíveis para cessação do tabagismo; organizar grupos de apoio a fim de dar suporte àqueles que fizeram a opção de tratar-se; promover reuniões de equipe para aprender a manejar as pessoas usuárias de tabaco.

Terapia de Reposição de Nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e o Cloridrato de Bupropiona. A cessação do consumo do tabaco pode desencadear sintomas de abstinência, que poderão durar de 2 a 4 semanas. Nesse período, o suporte ao usuário tabagista é essencial, pois pode voltar ao tabagismo para cessar os sintomas. Dentre eles destacam-se: cefaleia, tontura, irritabilidade, agressividade, alteração do padrão do sono, tosse, dificuldade de concentração. A fissura (desejo intenso de fumar) é o sintoma mais intenso, de curta duração, porém demora mais tempo para desaparecer. É fundamental orientar o usuário para mudar os hábitos associados ao ato de fumar: consumo de álcool, café, festas e eventos que possam remeter ao hábito de fumar.

A cessação do tabagismo melhora a qualidade de vida, mesmo se a pessoa já tiver doenças associadas ao tabagismo. Ao parar de fumar, ocorrerão as seguintes mudanças no organismo:

- Após 20 minutos, a pressão sanguínea e frequência cardíaca normalizam.
- Após 2 horas, desaparece a nicotina na corrente sanguínea.
- Após 8 horas, melhora o nível de oxigênio no sangue.
- Após 12 a 24 horas, melhora da função pulmonar.
- Após 2 dias, melhora o olfato e paladar.
- Após 3 semanas, melhora a atividade respiratória.
- Após 1 ano, redução de 50% do risco de infarto.
- Após 10 anos, o risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram.

Quanto mais cedo você parar de fumar, menor o risco de adoecer.

Vamos refletir!

Quais são as ações que você tem realizado para auxiliar as pessoas a cessarem o tabagismo? Existe o grupo de apoio? O acesso às medicações é facilitado na sua unidade?

## Referências

1. AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun. 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07>
3. ANDRADE, W. V.; BOTTI, N. C. L. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, 2009.
4. Associação Brasileira de Psiquiatria e Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Projeto Diretrizes. Abuso e dependência de Álcool. 2012
5. BARRETO, A..As dores da alma dos excluídos do Brasil. In: GRANDESSO, Marilene, BARRETO, Miriam Rivalta (org.). Terapia Comunitária – Tecendo Redes para a Transformação Social, Saúde, Educação e Políticas Públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, 2011. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
10. CARNEIRO, A. P. L.; RONZANI, T. M.; AVALLONE, D. D. M.; FORMIGONI, M. L. O. S. Audit & Audit C. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>
11. CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
12. CHAZAN L.F. "Grupos Homogêneos Interdisciplinares". In: Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupos com Pacientes Somáticos. Mello Filho, J. (org.) Porto Alegre, Art. Med., 2000.

13. FORLENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. Clínica psiquiátrica de bolso – 2. ed. ver. e atual. – Barueri, SP: Manole, 2018.
14. CHIAVERINI, D. H. (Organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011
15. CORSO, A. N.; COSTA, L. S.; FLECK, M. P. A.; HELDT E. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):257-62.
16. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos Transtornos mentais. 2ª. ed. Artmed. Porto Alegre, 2008.
17. DEL PORTO, J. A. Conceito de Depressão e seus Limites. Em: LAFER B, ALMEIDA OP, FRAGUAS JR R, MIGUEL EC (org.). Depressão no Ciclo da Vida. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, pp20-28, 2000.
18. DEVERA, D., COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNESP, 2007: 6(1), 60-79.
19. DIEHL, A. et al. Tratamento farmacológico para dependência química: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.
20. FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; BRASIL, J. A. D. P.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEN, L. A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr. 2009-b;31(Supl. I): S7-17
21. GENTIL, V. Princípios que devem orientar as políticas de saúde mental nos países de baixa e média rendas (LMICs): lições do experimento brasileiro. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 33, n. 1, p. 2-3, Mar., 2011.
22. LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; JERONIMO, C., MARQUES, A. C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000, vol.22, n.2, pp. 62-71.
23. LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; S. P.; BONFIN, S.P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. Acta Paul Enferm. , nº 27, 2014.
24. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre :Artmed, 2014.
25. MIRANDA-SÁ JR., L. S. O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã? Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2010.
26. MINATOGAWA-CHANG, T. M.; MELZER-RIBEIRO, D. L.; TENG, C. T., BOARATI, M. A. Avaliação e manejo do paciente com risco de suicídio. p. 689-705. Em: Clínica psiquiátrica de bolso/ editores Orestes Vicente Forlenza, Euripedes Constantino Miguel. – 2. ed. ver. e atual. – Barueri, SP: Manole, 2018.
27. MINTO, EC, CORRADI-WEBSTER, CM, GORAYEB, R, LAPREGA, MR, FURTADO, EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. Epidemiol Serv Saúde. Brasília. 2007;16(3):207-20.
28. NORDON, D. G.; AKAMINE, K.; KRAKAUER H. C. von; NOVO, N.F. Características da população que usa benzodiazepínicos em unidade básica de saúde da vila barão de Sorocaba. In: Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 2, p. 14 - 20, 2010.
29. PEREIRA, A. A. Saúde mental e Atenção Primária (PSF): Uma reflexão teórico-prática. Grupo de Estudos em Saúde da Família, Betim-MG, 2006.
30. PEREIRA, A. A. Diretrizes para saúde mental em atenção básica / Organizado por Alexandre de Araújo Pereira. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.
31. POÇO, J. L. C.; AMARAL, A. M. M. A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em um Sistema de Referência e Contra-Referência - O Caso da UBS Padre Roberto Spawen - SUS/Juiz de Fora. Revista APS, v.8, n.1, p. 25-37, jan./jun. 2005.
32. RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa leitura Médica, 2010.
33. RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; SILVA, P. M.; VIEIRA, E. M. M. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. Rev. Psiquiatr. RS. 2009; 31(1):40-50.
34. ROSENBERG, M. B. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais / Marshall B. Rosenberg; [tradução Mário Vilela]. – São Paulo: Ágora, 2006.
35. ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. São Paulo:HUCITEC, 1990.
36. SARAIVA Jr., HAGEMANN, M. Acolhendo os portadores de sofrimento psíquico na atenção básica. 2009.
37. SETOYA, Y. "Guiding principles for the development of mental health policies in low - and middle – income countries". RBP, v. 33, n. 1, March, 2011.
38. SILVEIRA, D. P. Saúde Pública: atravessamentos em análise. In: Sofrimento psíquico e serviços de saúde: uma cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde, 2003. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Cap.2.
39. TAVARES, H.; PEREIRA, L. M. F. Integração da psiquiatria à atenção primária a saúde: dez ideias sobre por que e como. p. 794-808. Em: Clínica psiquiátrica de bolso/ editores Orestes Vicente Forlenza, Euripedes Constantino Miguel. – 2. ed. ver. e atual. – Barueri, SP : Manole, 2018.
40. TENG, C, CEZAR, L. Como diagnosticar e tratar depressão. In: Revista Brasileira de medicina, vol.67, dez. 2010. pp 37-52.
41. WEBER, C. A. T. O Brasil avança com a nova política de drogas. Jornal Zero Hora, Porto Alegre, ano 55, n.19321, 13 fev. 2019. Opinião.
42. WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Revista Interface. 2015.