



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE I

Atenção psicossocial: uma rede em construção

TÓPICO I

Saúde mental no Brasil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, é definida como um completo estado de bem-estar, no qual o indivíduo tem consciência de seu potencial, consegue lidar com os problemas do dia a dia, pode trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. Ressalte-se, ainda, que não existe definição oficial de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e outras teorias afetam o modo como a saúde mental é definida (WHO, 2007).

Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, podendo ser considerada como um estado mental sadio. Ademais, pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre suas atividades e esforços para atingir objetivos pessoais (WHO, 2007). Clique [aqui](#) e veja a definição de transtornos mentais.

Texto do clique acima:

Transtornos Mentais e Sofrimento Psíquico

Admite-se que o conceito de saúde mental é mais amplo do que a ausência de transtornos mentais. Assim, classificar uma mente como saudável, se é que essa qualidade de mente realmente existe, não é tarefa simples. Trata-se de conceito extremamente complexo, permeado por questões ideológicas, políticas, sociais, culturais, entre outras, uma vez que em cada tempo e espaço os indivíduos foram classificados como mais ou menos normais, de acordo com os padrões vigentes. “Existia um médico que considerava que normal era alguém que não foi devidamente examinado” (AMARANTE, 2007; WAGNER, 2006).

Segundo Mari, Jorge e Kohn (2007) não há estudos epidemiológicos representativos de transtornos mentais na população brasileira. A partir das estimativas do estudo americano, realizado por Kessler et al. (1994), as prevalências para população brasileira seriam de 24,2% para transtorno mental, 6% para mental severo e 3,1% para mental persistente. Em estudo realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, a prevalência de transtornos mentais foi de 22,7% (LIMA et al., 1996; CAMPOS; GUERREIRO, 2008).



FONTE: Shutterstock

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira é portadora de transtornos mentais severos e persistentes e necessita de cuidados contínuos em saúde mental, 10 a 15% é portadora de transtornos leves e moderados ou comuns e necessita de atendimento eventual, e 80% apresentam algum sofrimento psíquico com tendência à remissão espontânea. Observa-se, ainda, que de 6 a 8% da população necessita de algum cuidado decorrente do uso problemático de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2003).

Os transtornos mais graves necessitam de acompanhamento mais complexo, que envolva a atenção primária e especializada. Os demais podem ser tratados na atenção primária, com parte podendo necessitar, em pequena proporção, de especialista (GOLDBERG; GOURNAY, 1997).

Podem-se considerar transtornos mentais graves e persistentes aqueles que podem resultar em incapacitação importante, como a esquizofrenia, os transtornos mentais orgânicos e o transtorno bipolar. Os transtornos mentais leves a moderados seriam os de recorrência comum, com alguma incapacitação e resposta satisfatória aos tratamentos fármaco e psicológico, como depressão, ansiedade, pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Discute-se, ainda, a terminologia transtornos mentais comuns para definir aqueles com pouca incapacitação e tratamento psicológico eficiente (GOLDBERG; GOURNAY, 1997).

Em geral, utiliza-se o termo Transtornos Mentais Comuns (TMC) para descrever os quadros de múltiplos e inespecíficos sintomas, como irritabilidade, nervosismo, dores, fadiga, esquecimento, falta de concentração e memória, assim como manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes (APA, 1995; OMS, 1998; MARAGNO et al., 2006). O continuum e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, motiva a enquadrar como portador de TMC indivíduos que não necessariamente preenchem os critérios diagnósticos, apesar disso, parte dessa população pode precisar de tratamento medicamentoso e cuidados específicos em saúde mental (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Os TMC, frequentes em serviços de saúde do mundo, causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis, ou mais graves, que os transtornos crônicos, duas vezes mais queixas de doenças físicas do que nos usuários de serviços de saúde que não apresentam TMC, assim como taxas de mortalidade mais altas quando comparados com a população em geral, prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas, além de ser uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária. No campo da atenção primária, ou da prática médica não psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se considerar a presença de comorbidades, que agravam o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos (GOLDBERG; GOODYER, 2005; MARAGNO et al., 2006; ARAÚJO et al., 2005; PATEL; KLEINMAN, 2003).

Retirar esses usuários de categorias pré-estabelecidas ou preconceituosas - como poliqueixosos ou pitiáticos - e perceber as necessidades de cuidado e acolhimento, é um grande desafio para os profissionais da ponta, assim como para seus processos de trabalho.

Outro elemento importante a ser considerado é a proposta de novas formas de abordagem dessa problemática nos serviços, a representação de doença e de sofrimento psíquico nas classes populares, obviamente distinta das representações que sustentam os saberes médicos e psicológicos modernos, centrados na separação nítida entre corpo e mente, entre sujeito e mundo (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).



LINK DO VÍDEO: <https://youtu.be/F1Di58THc0M>

Saúde mental no Brasil

Em seu processo histórico, a reforma da assistência à saúde mental no Brasil fortaleceu-se no final da década de 70, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental formado por diversos atores como profissionais de saúde, associações de familiares com longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos, sanitaristas e sindicalistas. O Movimento criticava a lógica hospitalocêntrica e asilar de tratamento, permeada por situações de violência e maus-tratos. Houve inspiração no movimento italiano que em 1973 estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos naquele país.

Após um longo processo de luta, o movimento brasileiro culminou com o que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a promulgação em 2001 da Lei nº 10216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, no qual o usuário deve ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2001).



Vários avanços foram conquistados desde então, com a instituição de diversos serviços voltados para assistência à saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, para pessoas com longo histórico de internação hospitalar e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), que estabeleceu normas e diretrizes para a internação hospitalar em psiquiatria.

Reforma Psiquiátrica no Brasil:

A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo, que envolve diversos atores nos âmbitos: Federal, Estadual e Municipal. Para conhecer mais sobre a reforma clique [aqui](#). (PDF: [relatorio15_anos_caracas.pdf](#)).

No livro Holocausto Brasileiro, publicado em 2013, a jornalista e autora Daniela Arbex traz à tona a realidade no que foi considerado o maior hospício do Brasil no século XX, conhecido como “Colônia” e localizado na cidade mineira de Barbacena.

Clique [aqui](#) para ler a matéria da Folha de São de Paulo retratando como a história de 60 mil mortos.

(LINK DA MATÉRIA: <http://www1.folha.uol.com.br/livrariadafolha/2013/06/1290146-holocausto-brasileiro-resgata-historia-de-60-mil-mortos-em-hospicio-mineiro.shtml>).

MÓDULO	Saúde Mental na Atenção Primária
UNIDADE I	Atenção psicossocial: uma rede em construção
TÓPICO II	O que são os CAPS?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados para serem serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo voltados ao acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Dentre os recursos terapêuticos disponíveis no CAPS podem ser citados o atendimento especializado individual e multiprofissional, atendimento em grupo, atendimento para famílias e atividades comunitárias.

Em termos da Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, o tratamento de usuários de substâncias psicoativas no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), busca consolidar um modelo de saúde mental aberto e de base comunitária e tem como referência os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Tal dispositivo de saúde foi proposto para prestar atendimento especializado e multiprofissional à população de usuários de álcool e substâncias ilícitas, devendo ser porta aberta às demandas de saúde mental do território.



Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e são serviços de saúde voltados para a comunidade. A equipe atuante do CAPS é multiprofissional e fazem atendimento às pessoas com transtornos mentais, com algum tipo de sofrimento, ou que sofrem com o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Clique [aqui](#) e saiba mais sobre Portaria nº 3088/11 que Institui a RAPS 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). (LINK DA PORTARIA: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Clique em cada CAPS para ler as modalidades:

	CAPS I ×
	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
	CAPS II ×
	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
	CAPS i ×
	Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
	CAPS ad Álcool e Drogas ×
	Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
	CAPS III ×
	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
	CAPS ad III Álcool e Drogas ×
	Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria nº 3088/11, que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS considera que todos os pontos de atenção à saúde da população devem estar conectados para garantir a integralidade e a resolutividade das ações em saúde mental. Isso significa que a Atenção Primária à Saúde, os serviços de urgência e emergência, como o SAMU e as UPAS, e os hospitais de referência também fazem parte da RAPS (BRASIL, 2011).

Clique em cada número para saber as diretrizes que constituem o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

1. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
2. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
3. Combate a estigmas e preconceitos;

4. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
5. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
6. Diversificação das estratégias de cuidado;
7. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
8. Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
9. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
10. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
11. Promoção de estratégias de educação permanente;
12. Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE I

Atenção psicossocial: uma rede em construção

TÓPICO III

Como funciona a RAPS?

E a Atenção Primária à Saúde como fica na RAPS?

Considerando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante no cuidado em saúde da população, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a proposta de ampliar e qualificar as ações da ESF.

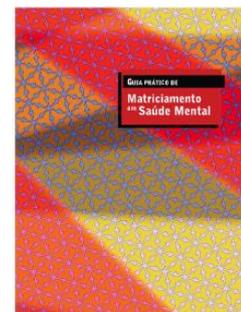
Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF, sendo composto por nove áreas estratégicas de atuação, dentre elas a saúde mental. (Brasil, 2009). Clique [aqui](#) e Saiba mais sobre o NASF. (PDF: [caderno_39.pdf](#)).

Outra estratégia inovadora de cuidados colaborativos voltada para a APS é o Matriciamento ou Apoio Matricial em Saúde Mental. O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde (Campos e Domitti, 2007). Enquanto metodologias de matriciamento, podem ser citados o apoio técnico-pedagógico e o assistencial, culminando em atividades como consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, discussão de casos, desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), atividades de educação permanente para a equipe da APS, apoio institucional às equipes da APS, etc.

O Matriciamento pode ser desenvolvido por equipes do NASF, do CAPS ou de ambulatórios especializados, que se integram organicamente (equipes de apoio matricial) às equipes da ESF (equipes de referência) e possibilitam um cuidado horizontal, que integra os saberes.

No Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, desenvolvido em 2011 por equipe técnica especializada, é apresentada a proposta do matriciamento em saúde mental na APS, seu conceito e suas ações na APS, bem como são exploradas propostas de atenção, através da discussão de casos clínicos, para transtornos mentais comuns, dependência química e transtornos mentais graves. Clique na guia para ler mais detalhes. (PDF: [guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf](#)).

Guia prático de matriciamento em saúde mental



Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

Considerando os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, bem como a reorientação do modelo de atenção à saúde, de um modelo hospitalocêntrico e biomédico para um modelo voltado para o vínculo, em serviços de base comunitária que respeitam a autodeterminação do sujeito, foram incorporadas ao escopo de

ações de saúde as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, através de Portarias Ministeriais nº 971 e 1600/06. Foram contempladas diretrizes e ações para inserção de serviços referentes à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, além de Observatórios de Saúde para Termalismo Social e Medicina Antroposófica, Terapia Comunitária. (BRASIL, 2006).

A equipe de profissionais das PICs deverá atuar em parceria com os profissionais das respectivas equipes de Saúde da Família, nos territórios sob responsabilidade destas últimas, compartilhando suas práticas em saúde com todos os níveis de atenção e promovendo assim a integralidade na estratégia (SENAD, 2014).

Ao longo desse percurso, viu-se o fortalecimento de ações que priorizam a atenção integral à saúde, sob a ótica do respeito à autonomia e à individualidade do sujeito, levando-se em conta os vínculos com a comunidade. Passou-se de um modelo baseado no aprisionamento e isolamento social, para um modelo que valoriza as relações sociais e que busca constantemente se aprimorar. Há ainda um longo caminho a ser percorrido, haja vista as dificuldades inerentes a todo processo de mudança de paradigma.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE II

Tristeza ou depressão

TÓPICO I

Diagnosticando o problema



DEPRESSÃO

- Não existe um motivo que justifique a vontade de chorar.
- A pessoa não sabe o motivo de está chorando.
- A tristeza é duradoura e ocupa a maior parte do dia, pelo menos 30 dias.
- Falta de interesse pela higiene, por atividades com família e amigos.
- Se sente culpado por esta com baixa auto-estima.
- Tem pensamentos suicida.



TRISTEZA

- Sempre tem motivo e a pessoa sabe por que está triste.
- Devido a tristeza a pessoa pode sentir sintomas no corpo como:
 - Aperto no peito, taquicardia e chorar.
 - Costuma ter pensamentos repetitivos sobre a mesma razão.
 - Não afeta as relações interpessoais e nem na performance no trabalho.

Fonte: (NUTEDS, 2017).

Embora informalmente tristeza e depressão sejam muitas vezes usadas como sinônimos, clinicamente são condições distintas. Tristeza é um estado ou sentimento fisiológico e passageiro, referido por qualquer pessoa, normalmente reacional a uma situação. Depressão é uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas com variadas etiologias, caracterizada por tristeza ou humor deprimido, falta de vontade ou disposição para executar atividades cotidianas, redução do prazer, dificuldade em manter atenção e fixar novas informações, percepção de si, do mundo e do futuro sob um prisma negativo, focando nos defeitos e fracasso, com sentimento de culpa ou inutilidade, alterações do sono e apetite, os quais geralmente estão diminuídos, mas podem estar aumentados em alguns casos. Além disso, pensamentos de morte ou ideação suicida com ou sem planejamento podem acompanhar o quadro e devem ser ativamente investigados. Assim como os fatores associados a aumento do risco de suicídio como desemprego, tentativa de suicídio previa, história familiar de suicídio.

Os limites entre o normal e o patológico devem considerar a abrangência e a intensidade dos sintomas, a duração e a repercussão pessoal, social e funcional. Dessa forma, na depressão, os sintomas são bastante intensos a ponto de causar sofrimento significativo na pessoa e comprometer suas atividades usuais. Esses sintomas devem durar pelo menos duas semanas. Caso isso não seja obedecido, é provável tratar-se de um transtorno de ajustamento. Nesse caso, não necessita medicação e costuma melhorar com o progredir do tempo.

Após diagnosticar um episódio depressivo, deve-se tentar diferenciar uma depressão pura de um transtorno afetivo bipolar, pesquisando ativamente episódios de mania e hipomania no passado, os quais são caracterizados por humor elevado ou irritado, aumento da energia, aumento da autoestima ou grandiosidade, menor necessidade de sono, pressão por fala,

pensamento acelerado, agitação psicomotora, envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de risco para consequências dolorosas (por exemplo: compulsão por compra, indiscrições sexuais, investimentos financeiros insensatos).

Essa é uma etapa de extrema importância, pois, além de o tratamento ser extremamente diferente, prescrever um antidepressivo para um paciente com transtorno afetivo bipolar pode ser iatrogênico, uma vez que pode precipitar episódios maníacos ou hipomaníacos.

Além da história clínica detalhada, devem, ainda, ser realizados exames físico, neurológico e laboratoriais de rotina (hemograma, glicemia, sódio, potássio, TGO/ TGP, ureia, creatinina, TSH e T4L) para descartar possíveis quadros orgânicos associados.

Pesquisando Ativamente



FONTE: Dreamstime

Muitas vezes, pacientes deprimidos podem-se apresentar na Unidade Básica de Saúde apenas com queixas físicas persistentes, inespecíficas, e as mais variadas possíveis, como dores difusas, fadiga, insônia, constipação, etc. Costumam ser polimedicados e apresentam difícil resposta em relação à sua queixa. Portanto, é fundamental o rastreamento de sintomas depressivos nesse perfil de pacientes. Também é comum a associação com o transtorno por uso de substâncias numa tentativa de aliviar alguns sintomas depressivos. Isso pode dificultar o diagnóstico de depressão e a adesão ao tratamento.

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE II

Tristeza ou depressão

TÓPICO II

Como tratar?

O tratamento ideal para a maioria dos casos de depressão consistiria em uma abordagem integrada entre psicoterapia e farmacoterapia. É muito importante a realização de psicoeducação com os pacientes e familiares. Isso inclui orientações e esclarecimento de dúvidas sobre depressão, prognóstico, benefícios do tratamento e possíveis efeitos colaterais das medicações. A relação médico-paciente exerce função terapêutica importante, potencializando a adesão e a efetividade do tratamento. Além disso, deve-se estimular medidas comportamentais como a realização de atividade física, e engajamento em grupos e atividades de socialização.

A base do tratamento medicamentoso consiste no uso de antidepressivos. Existem diversas medicações antidepressivas, as quais possuem diferentes mecanismos de ação. Dentre aqueles distribuídos pelo Sistema Único de Saúde, estão presentes classes de antidepressivos, como: tricíclicos (amitriptilina, clomipramina e nortriptilina), inibidores seletivos de recepção de serotonina (fluoxetina, paroxetina), de noradrenalina e serotonina (venlafaxina) e de noradrenalina e dopamina (bupropiona).



Tricíclicos

x

Classe	Nome Químico	Dose	Posologia	Apresentação
Tricíclicos	Amitriptilina	75-300	1x/dia: se dose < 150 2x/dia: se dose > 150mg.	25, 75mg
	Clomipramina	150-300	1x/dia: se dose < 150 2x/dia: se dose > 150mg.	10, 25mg
	Nortriptilina	50-200	1x/dia: se dose < 100 2x/dia: se dose > 100mg.	10, 25, 50, 75mg



ISRS

Classe	Nome Químico	Dose	Posologia	Apresentação
ISRS	Fluoxetina	20-60 (80: TOC)	Dose única, após o café-da-manhã ou almoço.	20mg
	Paroxetina	20-80	Dose única, preferencialmente à noite.	20mg
	Citalopram	20-60	Dose única, após o café-da-manhã ou almoço.	20mg

ISRSN

Classe	Nome Químico	Dose	Posologia	Apresentação
ISRSN	Venlafaxina	75-225	Dose única, após o café-da-manhã ou almoço.	75 e 150mg

ISRD

Classe	Nome Químico	Dose	Posologia	Apresentação
ISRD	Bupropiona	150-300	Doses com intervalo de 8 horas manhã e tarde.	150mg

Tanto a fluoxetina como os tricíclicos podem ser usados como primeira escolha na maioria dos episódios depressivos. Por ter um mecanismo de ação mais seletivo e menos efeitos colaterais, a fluoxetina geralmente é preferida. Os tricíclicos tem grande relação com arritmias cardíacas, hipotensão, sedação, boca seca, constipação e retenção urinária.

O ideal é começar o antidepressivo em sua dose terapêutica mínima. Em caso de história de intolerância gastrointestinal, tentar doses menores por três a sete dias, em seguida aumentando-se até a dose-alvo. Uma reavaliação em duas semanas se faz necessária para observar os efeitos colaterais e a adesão ao tratamento. A resposta à medicação costuma iniciar em 2 semanas e chegar ao auge em 4 semanas (6 semanas, nos idosos). O objetivo sempre é a remissão, ou seja, a ausência de sintomas depressivos. Se houver redução dos sintomas depressivos, mas sem remissão nesse período, indica-se o aumento da dose da medicação. A ausência de resposta após 4 a 6 semanas de tratamento sugere que um novo antidepressivo deve ser tentado. No entanto, antes de considerar a

2



Em que dose começar?
Como progredir?

falta de resposta, deve-se investigar se o diagnóstico está correto, bem como a adesão ao tratamento.

3



Por quanto tempo tratar?

Em linhas gerais, o tempo de tratamento com antidepressivo deve ser equivalente a 6 a 12 meses para um primeiro episódio depressivo; 2 ou 3 anos para um segundo episódio; 5 anos para um terceiro; e por toda a vida para um quarto episódio ou superior. No entanto, na prática, a presença de fatores de mau prognóstico implica em um aumento do tempo de tratamento, principalmente idade avançada, história de internação, tentativa de suicídio, sintomas psicóticos ou comorbidades clínicas relacionadas ao episódio depressivo.

4



Quando usar outras medicações?

Se insônia importante e/ou ansiedade associado ao quadro, pode-se associar um benzodiazepínico, preferencialmente em doses mais baixas. Em caso de alucinações ou delírios, é recomendável prescrever antipsicóticos. Nesse caso, devido à gravidade, o paciente deve ser encaminhado para avaliação por um psiquiatra.

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE II

Tristeza ou depressão

TÓPICO III

Quando encaminhar o paciente com depressão?

QUANDO ENCAMINHAR O PACIENTE COM DEPRESSÃO?



AO CAPS

- Intolerância ou falta de resposta ao tratamento proposto (dois antidepressivos em dose e por tempo adequados).
- Internações psiquiátricas recentes.
- Comorbidades com outros transtornos psiquiátricos graves, que necessitem de cuidados intensivos e semi-intensivos.
- Dúvida diagnóstica.



À EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

- Tentativa suicida recente.
- Pensamento suicida atual e recorrente (fazer avaliação de risco de suicídio).
- Intensa anorexia e/ou perda de peso com comprometimento físico grave e/ou risco de vida.
- Sintomas psicóticos com risco de autoagressividade, heteroagressividade e/ou exposição moral.

O Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica é um cartão que possui instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de

transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco. Clique [aqui](#) e acesse o documento. (PDF: [cartao_babel.pdf](#)).



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE III

Ansiedade: normal ou patológica

TÓPICO I

Diagnosticando o problema

Em uma sociedade com tantas cobranças, tornam-se cada vez mais comuns problemas relacionados à ansiedade com prejuízos individuais e coletivos, como doenças orgânicas, transtornos mentais, faltas no trabalho, baixo desempenho acadêmico e ocupacional, etc. Em muitas pesquisas, os transtornos ansiosos aparecem como o grupo de transtornos mentais mais prevalentes na população. Devido à alta prevalência e aos grandes prejuízos associados, espera-se que seja bem estudado e conduzido por qualquer médico (CORDIOLI; MANFRO, 2004; MIGUEL, et. al, 2011).



FONTE: 123RF

Ansiedade é um estado de emoção normal e experimentado por todas as pessoas. Ela costuma se manifestar em situações de perigo ou diante de eventos negativos da vida (perda de entes queridos, demissão, adoecimento, situações de abandono, etc.), funcionando como um alerta para a adoção das medidas necessárias para resolver a situação. Assim, a ansiedade é uma reação fisiológica essencial para a adaptação do indivíduo a novas situações (CORDIOLI; MANFRO, 2004).

A ansiedade se torna patológica quando surge na ausência de um estímulo externo ou representa uma resposta desproporcional a este com intensidade, frequência e duração aumentadas, causando sofrimento e prejuízo funcional. Nesses casos é descrita como uma emoção desagradável, geralmente associada a diferentes sintomas físicos (CORDIOLI; MANFRO, 2004).



A ansiedade pode ser desencadeada diretamente por um ou mais agentes estressores específicos e costuma cessar após o término destes.

Nesses casos, a pessoa não apresenta queixas prévias à ocorrência do evento. Então, tende-se a pensar em uma **reação ou transtorno de ajustamento**.

Deve-se antes excluir outros possíveis diagnósticos.

Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas bem como **doenças neurológicas** (neoplasias cerebrais, TCE, AVE, etc.) e condições sistêmicas (LES, endocrinopatias, uremia, hipoglicemia, intoxicações, etc.) devem ser sempre cogitadas e descartadas em casos de ansiedade aguda e em grande intensidade.

Em muitos casos, os sintomas ansiosos eclodem junto a um episódio depressão, integrando outros sintomas característicos como tristeza, adinamia, anedonia, ideias de morte e alteração do apetite. A esse evento, alguns autores denominam Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão; outros, de Episódio Depressivo com Sintomas Ansiosos.



Ansiosos de longa data apresentam preocupação excessiva e desproporcional com vários eventos da vida (saúde, filhos, emprego, finanças), tendendo a uma visão pessimista dos fatos. Isso se reflete em inquietação, dificuldade de concentração, insônia e irritabilidade. Sintomas físicos, como cefaleia, tensão muscular, dores difusas, taquicardia, tremores, sudorese e calores são comuns (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Essas pessoas costumam apresentar intenso sofrimento e prejuízo funcional. Assim como em episódios depressivos, uma história clínica detalhada, um exame físico e neurológico completo e exames laboratoriais de rotina (hemograma, glicemia, sódio, potássio, TGO/ TGP, ureia, creatinina, TSH e T4L) devem ser realizados (LOUZÃ NETO, ELKIS, 2007).

O quadro descrito trata-se do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)^{2,3}.

Quadro: Critérios do DSM-V para o Transtorno de Ansiedade Generalizada

- A. Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar).
- B. A preocupação é difícil de controlar.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses):
 - Inquietação ou sensação de estar no limite;
 - Cansar-se facilmente;
 - Dificuldade de concentração;
 - Irritabilidade;
 - Tensão muscular;
 - Distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação sono não satisfatório).
- D. Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras.
- E. O transtorno não pode ser atribuído a: uma condição médica geral, uso de substâncias ou outro transtorno mental*.

* as condições médicas gerais, uso de substâncias ou outro transtorno mental, que precisam ser excluídas são as mesmas descritas no artigo "Características básicas do transtorno do pânico".

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE III

Ansiedade: normal ou patológica

TÓPICO II

É pânico ou ansiedade?

Ataques de pânico são crises súbitas, agudas e intensas de ansiedade, decorrente de descarga adrenergica do sistema nervoso autônomo. Assim, ocorrem sintomas, como tremores, taquicardia, sudorese, sensação de calor ou frio, parestesias, sensação de asfixia, sufocamento e desconforto torácico.

Os sintomas são tão agudos e intensos que, no momento em que são experimentados, tem-se a sensação de estar prestes a morrer ou enlouquecer. Os sintomas chegam a um pico de intensidade em dez minutos e persistem por cerca de 30min, podendo durar até uma hora ou mais. Há casos em que há ataques de pânico recorrentes e os sintomas duram por muito tempo (DALGALARRONDO, 2008).

No momento da crise, esses pacientes julgam estar sofrendo um problema clínico que pode conduzi-los à morte (como IAM, asfixias, etc.), buscando repetidas vezes emergências clínicas. Lá costumam realizar exames que se revelam inalterados (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

Algumas vezes os médicos assistentes, até reconhecem o problema, mas subestimam a gravidade e não iniciam um tratamento.

Ataques de pânico, no entanto, não é sinônimo de transtorno do pânico. Os ataques de pânico podem ser experimentados em diversas situações das quais a pessoa já manifesta medo. Os critérios diagnósticos são estabelecidos para fins de facilidade de comunicação e uniformidade clínica pelas classificações diagnósticas Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Clique em cada aba para ler as informações.

Duração dos sintomas

Fobia específica, fobia social, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada: o medo, ansiedade ou esquiva são persistentes, geralmente duram mais de seis meses (sendo que, para a ansiedade generalizada, esse período mínimo é exigido).

Transtorno de pânico: é necessário que pelo menos um dos ataques seja seguido - por um período mínimo de um mês - de preocupação sobre ter novos ataques ou sobre as consequências de um ataque ou ainda de mudança desadaptativa no comportamento relacionada aos ataques (como comportamentos evitativos).

Transtorno de estresse pós-traumático: duração mínima de um mês.

Transtorno obsessivo-compulsivo: não há duração mínima dos sintomas.

Sofrimento e prejuízo

Medo e ansiedade são emoções que fazem parte do comportamento habitual de todos nós. Assim, é importante avaliar o sofrimento e os prejuízos que decorrem da ansiedade. Para o diagnóstico de um transtorno de ansiedade, é preciso que haja sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo.

Uso de substâncias e outras condições médicas:

Sabendo que medo e ansiedade podem ser consequência do uso de substâncias ou de outra condição médica, é importante afastar essa possibilidade. Se os sintomas são explicáveis pelos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica, o diagnóstico de transtorno de ansiedade não se aplica.

História prévia

É fundamental pesquisar a história pregressa do paciente e investigar se ele teve episódios de ansiedade semelhantes no passado ou ainda outros episódios de doença psiquiátrica. Esse ponto não consta dos critérios diagnósticos, mas clinicamente é bastante útil. A presença de sintomas ansiosos na infância e de transtornos de ansiedade em familiares reforçam a hipótese diagnóstica (AMERICAN..., 2014).



Podem estar associados a vários outros transtornos ansiosos. Por exemplo, se um paciente com fobia específica entrar em contato com a situação ou objeto temido, principalmente se de forma aguda ou inesperada, é possível um ataque de pânico. O mesmo pode ocorrer quando uma pessoa com fobia se apresentará em público ou outra com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) se depara com uma situação que lembre o evento traumático ou alguém com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) recebe uma notícia trágica. É recomendável também a exclusão de intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas, bem como relação com medicações.

Para se caracterizar um **Transtorno de Pânico**, os ataques de pânico devem ser recorrentes e sem fatores desencadeantes aparentes, além disso o

indivíduo apresenta preocupação em relação a novos ataques ou as consequências decorrentes desses - morrer ou enlouquecer (KAPLAN, H. et al., 1997, FORLENZA, et al., 2014). Algumas vezes, o paciente tende a evitar locais onde seja difícil escapar ou chegar ajuda em caso de um ataque de pânico. Assim, o indivíduo tende a ficar cada vez mais limitado em sua funcionalidade. Nesse caso, tem-se outro transtorno em associação ao pânico chamado **agorafobia**, cuja presença indica um pior prognóstico (American..., 2008).

Quando o ataque de pânico se manifesta em uma idade tardia (> 45 anos) ou com sintomas atípicos (perda de consciência, amnésia, liberação esfinteriana, etc.), a probabilidade de se tratar de uma causa orgânica aumenta e deve ser bem investigada. Angina, asma, DRGE, DPOC, epilepsia, AVC e endocrinopatias são importantes diagnósticos diferenciais.

Em suspeita de transtorno de pânico, devem-se pedir exames a depender do tipo de sintomatologia apresentada pelo paciente e das hipóteses que se pretenda excluir. Em queixas de dor ou desconforto torácico, um eletrocardiograma deve ser indicado. Se dispneia, um ausculta pulmonar e um raio-X de tórax podem ajudar no diagnóstico. Em desmaios ou liberação esfinteriana, cabe um eletroencefalograma.

Tudo junto e misturado!

A associação entre Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico é bastante comum e deve ser pesquisada quando um deles é diagnosticado (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Além de pesquisar a presença de comorbidades com outros transtornos ansiosos (fobias, TOC, etc.) e episódios depressivos (KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) está desenvolvendo uma nova versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). A publicação (CID-11), a ser lançada mais provavelmente em 2018, trará na parte de transtornos mentais um subcapítulo voltado para a Atenção Primária à Saúde (APS), o CID-11-AP, que contará com algumas categorias diagnósticas novas como, por exemplo, depressão-ansiosa, ansiedade com a saúde e transtorno do sofrimento corporal no estresse. [Saiba mais.](#)

Saiba Mais

x

A Dra. Sandra Fortes explica que a nova categoria incluída na CID-11 (depressão-ansiosa) é o quadro mais encontrado na APS. "Na verdade, mais de 50% das pessoas atendidas na APS têm sofrimento emocional significativo, a maior parte com intensidade grave o suficiente para ser considerada um transtorno mental[2]. Este transtorno será muito provavelmente um quadro de depressão-ansiosa", diz, lembrando que "o fato de os pacientes apresentarem depressão associada à ansiedade agrava o prognóstico".

Referencia: <http://portugues.medscape.com/verartigo/6501309>

Explicar o problema e garantir a existência de tratamento para as crises e o transtorno, assim, como um bom relacionamento médico-paciente é fundamental. Durante as crises, pode-se inicialmente recorrer a técnicas de respiração e/ou práticas de relaxamento, se não houver melhora dos sintomas pode-se fazer uso imediato de diazepam 5mg ou outro benzodiazepínico disponível, devendo esses serem usados com cautela e por tempo limitado (FORLENZA, et al, 2014).

Quadro como tratar ansiedade:

Classe	Nome Químico	Meia vida	Dose	Posologia	Apresentação
Benzodiazepínicos	Alprazolam	Meia vida 6-20 horas	0,25 – 6mg/dia	Dose dividida até 3 vezes ao dia.	0,25mg, 0,5mg, 1mg, 2mg
	Clonazepam	Meia vida de 20 a 40horas	0,25 a 2mg/dia	1x/dia a noite.	0,5mg, 2mg, solução 2,5mg/ml
	Diazepam	Meia vida de 20-80 horas	5- 20mg/dia	Dose divididas até 2 x/dia Administração referencial a noite)	5mg, 10mg
	Lorazepam	Meia vida de 8 a 16 horas	1 a 4mg por dia	Dose dividida até em 3x/dia.	1mg, 2mg

Os pacientes devem ser tratados com uma combinação de farmacoterapia e psicoterapia. Dentre as medicações, usam-se os antidepressivos. Elas devem ser iniciadas e progredidas de forma semelhante ao que se faz na depressão. Costuma-se tentar retirar a medicação após um ano em que o paciente se mantém sem crises. Após o tratamento, 30% apresentam remissão do quadro; 40-50%, melhora parcial (redução importante da frequência, mas ainda sintomáticos); e 20-30% referem sintomas iguais ou levemente piores (KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, 1997).

Para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, a psicoeducação e a psicoterapia também são importantes. Recomenda-se o uso de antidepressivos, mas esperando-se até seis a oito semanas para avaliar mudança na medicação. A remissão também é buscada, embora seja mais difícil de acontecer, principalmente quando não associada a psicoterapia.

O uso de um benzodiazepínico por um período prolongado pode causar dependência. Esta é caracterizada por tolerância e surgimento de sintomas de abstinência após a interrupção da medicação. Em casos de dependência de benzodiazepínicos o desmame deve ser feito de forma gradual.

Caso a dependência ocorra com a utilização de um benzodiazepínico de meia vida curta (alprazolam, lorazepam), este deve ser inicialmente trocado por um de meia vida longa (diazepam, clonazepam) para então ser iniciado o desmame gradual.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE IV

Ele está fingindo? Os limites entre conversão, dissociação, somatização e simulação

Diagnosticando o problema

Na atenção primária, é comum a lida com pacientes com queixas clínicas cujos diagnósticos não se conseguem estabelecer apesar de exaustiva investigação. Muitos desses sintomas podem ser secundários a transtornos mentais, sendo originados ou potencializados por conflitos psíquicos conscientes ou inconscientes. Geralmente, esses pacientes se destacam por uma difícil relação médico-paciente, menor adesão ao tratamento e pior resposta terapêutica.

Grande parte das manifestações orgânicas de conflitos psíquicos se dá inconscientemente. Leia as informações na imagem:



01

Quando o estressor psíquico traz sintomas neurológicos, sensoriais e/ou motores voluntários, chamamos esse processo de **CONVERSÃO**. Ex: cegueira e mutismo, paralisia e/ou anestesia súbitos de um ou mais membros, etc.

02

Se os sintomas forem relacionados aos múltiplos sistemas do corpo (Ex: cardiovascular, respiratório e digestivo), denomina-se **SOMATIZAÇÃO**. Ex: dores abdominais e osteoarticulares, dispneia, entalcos, constrição torácica, etc.

03

Já **DISSOCIAÇÃO** trata-se da ruptura nas funções integradas de consciência, identidade, percepção do ambiente e memória. Ex: amnésia dissociativa, fuga dissociativa e transtorno dissociativo de identidade

Os sintomas descritos na tela anterior são considerados fenômenos inconscientes e involuntários, ou seja, manifestam-se independente do desejo do indivíduo. Os pacientes acreditam que suas queixas são orgânicas e costumam admitir o substrato psicológico.

Esses fenômenos costumam causar grande sofrimento e prejuízo individual e social, sendo classificados em transtorno conversivo, dissociativo ou somatoforme de acordo com o tipo de manifestação. No entanto, essa sintomatologia pode ser secundária a outro transtorno, por exemplo episódio depressivo.

Fortes (2004) distingue ainda o que seriam os “somatizadores de apresentação” e os “somatizadores verdadeiros”. Os primeiros seriam aqueles que fazem da queixa somática uma primeira forma de apresentar seu sofrimento, mas que quando questionados a respeito das possíveis causas do mal-estar somático se referem a problemas relacionais de toda ordem.

Os segundos seriam aqueles que, mesmo quando questionados a respeito de uma possível origem não orgânica para os sintomas, insistem na hipótese unicamente orgânica, negando qualquer origem relacional e emocional. Entretanto, a caracterização dessa manifestação de sofrimento como somatização também é problemática. Em primeiro lugar, pelo fato do termo ser genérico;

Em segundo pela confusão com o diagnóstico específico transtorno de somatização, subtipo de transtorno somatoforme, presente nos manuais de classificações psiquiátricas (FORTES, 2004).

Quando os sintomas se manifestam voluntariamente, deve-se indagar a motivação. Se eles são produzidos intencionalmente com fins de ganhos primários – externos, diretos com a doença (como evitação de situações difíceis ou perigosas, esquiva de responsabilidades legais ou recompensas, por exemplo, aposentadorias, indenização, cama e comida grátis, drogas, etc.), denomina-se simulação.

No entanto, se forem causados voluntariamente com fins de ganho secundário, com o objetivo (muitas vezes pouco claro para o indivíduo) de obter atenção, trata-se de um transtorno factício, também chamada Síndrome de Munchausen.

As queixas produzidas em transtornos factícios e simulações são as mais diversas possíveis, podendo ser físicas, psicológicas ou mistas. Os transtornos factícios costumam ser associados a uma história de internações recorrentes em que se cogita um transtorno genuíno (por exemplo, pensa-se em hipoglicemia A/E ou tumores de pâncreas em pacientes que injetam em si insulina com o objetivo de se internar e assumir a posição de doente ou em hipertensão em outro com picos hipertensivos induzidos por substâncias que elevam a pressão arterial). Outras vezes pais ou cuidadores com transtorno factício criam uma doença no terceiro (geralmente criança ou idoso) a fim de que o adulto mantenha relação com os médicos. Esse tipo especial de transtorno factício em que os sintomas são induzidos em um terceiro denomina-se Síndrome de Munchausen por procuração.

Transtorno de somatização

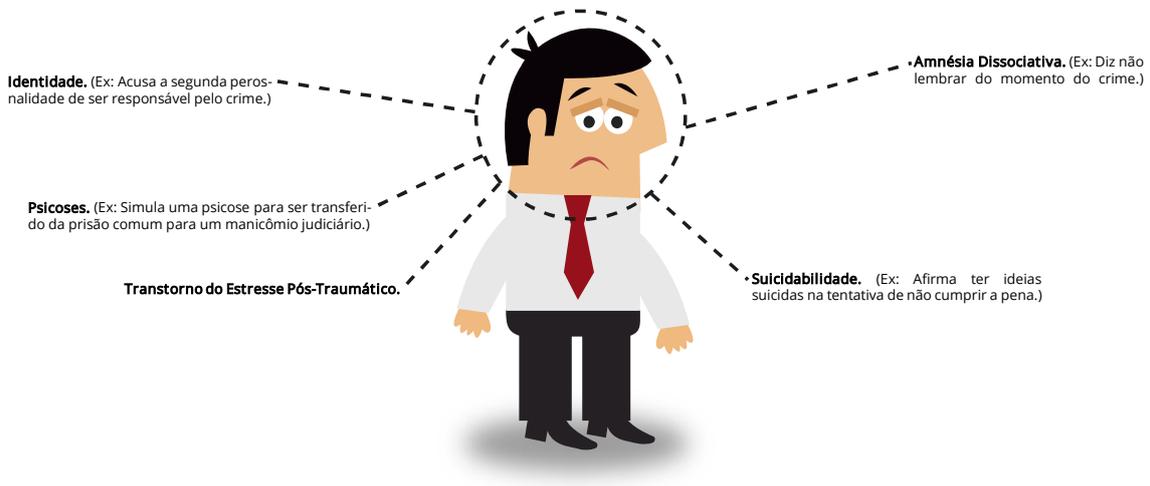


FONTE: Pinterest

... Trata-se, muitas vezes, de um evento grave que pode por em risco a vida do paciente ou de terceiros. À medida que progride o tempo, o doente passa a conhecer a medicina e os hospitais, melhor elaborando seus sintomas.

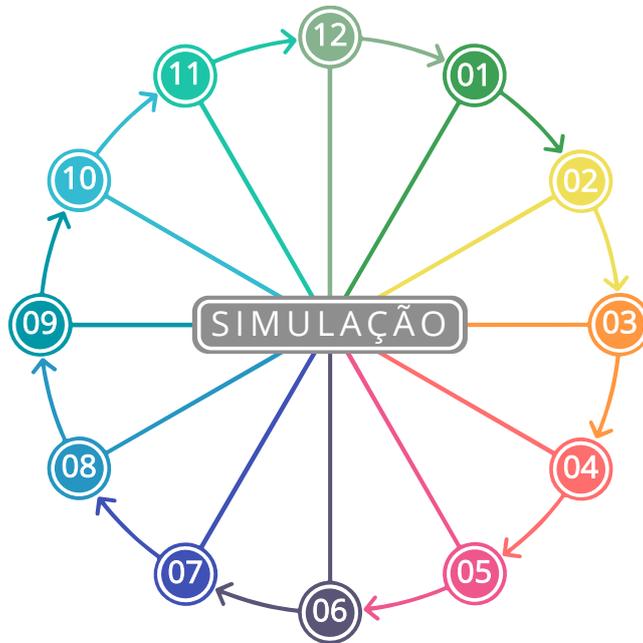
A simulação, conforme explicado anteriormente, é a produção voluntária de sintomas com o objetivo de ganho real e bem definido. Geralmente, o quadro clínico melhora após o objetivo ser atingido, não sendo mais necessário fingir. Se a sintomatologia persiste mesmo após esse momento, denomina-se metassimulação ou simulação residual. Se, em vez de criar novos sintomas, o indivíduo tende a omitir os existentes, tem-se uma dissimulação. Os objetivos para isso são os mais diversos, por exemplo evitar internação ou interdição, ganhar liberdade do manicômio judiciário, anulação de casamento, progressão de regime penal (em pacientes encarcerados). Existe também o caso de a queixa ser real, mas ter a intensidade propositalmente agravada por um objetivo claro. Nesse caso, há um supersimulação.

Na psiquiatria, os transtornos mais simulados são transtornos dissociativos de:



Quando pensar em simulação?

Na prática, pode ser difícil de ser reconhecido, devendo-se estar atento para algumas características. Clique em cada número.



SIMULAÇÃO 01: Contexto médico-legal da situação.

SIMULAÇÃO 02: Maior preocupação com atestados e indenizações que com a cura da doença.

SIMULAÇÃO 03: Ganho secundário claro, como busca de drogas, ganho financeiro ou evitação de situações difíceis.

SIMULAÇÃO 04: Sintomas subjetivos, vagos, superdramatizados e oscilantes.Ex: cefaléia, tontura.

SIMULAÇÃO 05: História mal contada, alegando dificuldade de memória ou esquecimento.

SIMULAÇÃO 06: Divergências entre auto-relato e informações do prontuário.

SIMULAÇÃO 07: Falta de cooperação durante avaliação diagnóstica e adesão do regime prescrito.

SIMULAÇÃO 08: Alta discrepância entre sofrimento e achados objetivos, costumando chorar à entrevista.

SIMULAÇÃO 09: Irritação com boa notícia.

SIMULAÇÃO 10: Conhecimento de legislação.

SIMULAÇÃO 11: Transtorno de Personalidade Antissocial.

SIMULAÇÃO 12: Histórico de simulações anteriores ou de adulteração na própria história de vida.

MÓDULO	Saúde Mental na Atenção Primária
UNIDADE IV	Ele está fingindo? Os limites entre conversão, dissociação, somatização e simulação
TÓPICO II	Como tratar?

O primeiro passo para tratar os transtornos dissociativos, conversivos e somatoformes é o entendimento de que são produzidos involuntariamente e de que causam sofrimento real. Ignorando esse processo, muitos médicos se irritam ao atender esse perfil de pacientes, postura pouco saudável para a terapêutica. Deve-se acolher os pacientes, garantir a veracidade das queixas, explicar sua origem psicogênica e indicar o tratamento adequado.



Os transtornos factícios, embora voluntariamente produzidos, têm motivação inconsciente e estão associados a muitos prejuízos ao indivíduo. Assim, também devem ser tratados com psicoterapia a fim de identificar possíveis motivadores. No entanto, a adesão dos pacientes costuma ser baixa; e a resposta, insatisfatória.





CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE V

Drogas lícitas e ilícitas: o que fazer?

TÓPICO I

Que substância usa?

A palavra droga é popularmente usada como sinônimo de droga psicotrópica ou psicoativa, referindo-se a qualquer substância que atua no funcionamento cerebral, causando alterações psíquicas e comportamentais. De forma geral, as drogas agem liberando dopamina no SNC, ocasionando sensação de prazer.

Vários fatores influenciam o consumo de drogas, sejam eles culturais como busca por sensação de prazer e por identificação dentro de determinado grupo social, sejam fatores como problemas relacionais, desemprego, más condições de saúde e educação, falta de opções de lazer. Além disso, o consumo de drogas pode agravar os problemas sociais de um indivíduo, da família, da comunidade. Tal fenômeno complexo requer que abordagens diversas sejam tomadas, tanto em relação à promoção à saúde, prevenção e tratamento, tendo como premissa o respeito à cidadania e à autonomia dos usuários. Isso requer que a atenção seja integral e intersetorial.



Nesse estágio, os prejuízos sociais e individuais do uso da substância são bem evidentes.

Clique em cada imagem para ler as informações.



Álcool

A ingestão alcoólica costuma provocar inicialmente uma breve fase de euforia e desinibição. Com o aumento do consumo, sucedem sintomas de lentificação psicomotora, prejuízo à coordenação e capacidade de julgamento. Associado a essas manifestações, também costumam surgir comportamento sexual inadequado, agressividade, humor instável, prejuízo no julgamento e/ou menor funcionamento social e ocupacional. A esse conjunto de sintomas, dá-se o nome de intoxicação alcoólica. Já a abstinência alcoólica é uma síndrome secundária a cessação ou intensa redução do uso pesado e/ou prolongado do álcool. Casos leves são marcados por tremores grosseiros, insônia, náuseas, vômitos e disautonomia (sudorese, taquicardia, taquipneia e tremores), além de leve ansiedade e irritabilidade. Em casos mais graves, podem ocorrer convulsões tipo tônico-clônico generalizadas, sintomas psicóticos e rebaixamento do nível de consciência.

Nicotina

Já a abstinência de nicotina é uma síndrome após a cessão ou redução abrupta do consumo de nicotina em pacientes em uso intenso e crônico. Ela é marcada por irritação, inquietação, ansiedade, insônia e dificuldade de concentração.

Cocaína e derivados (crack)

A cocaína pode se apresentar na forma de um pó branco, de pureza variável, que costuma ser inalado. Pode também ser misturada com amoníaco e bicarbonato dissódico e aquecido, produzindo o crack, forma bastante adictiva e geralmente fumada. Muitas vezes, usa-se maconha misturada ao crack com o objetivo de aliviar seus efeitos estimulantes, composto denominado mesclado. O risco de dependência é alto, principalmente na forma de crack. Dentre seus efeitos agudos, a cocaína costuma causar aumento da auto-confiança e da energia, além de insônia. Doses mais altas podem se associar a euforia ou irritabilidade, agitação, desinibição e sintomas psicóticos exuberantes, com delírios persecutórios e alucinações vívidas visuais e táteis. Em usuários crônicos, após 24 a 48h do último consumo, começa-se sintomas de abstinência: apatia e adinamia, intercaladas com períodos de intensa fissura e ansiedade. Tanto a intoxicação como a abstinência de cocaína costumam cursar com sintomas bem intensos, requerendo internação em grande parte dos casos.

Cannabis ou Maconha

Agudamente, a cannabis ou maconha produz sensação de relaxamento e leve euforia. Os usuários costumam ter a impressão de o tempo passar mais devagar ou de alheamento em relação ao lugar. Referem intensificação das experiências auditivas, visuais e táteis. As conjuntivas tendem a ficar hiperemiadas; a boca, seca; e o apetite, aumentado. Em geral, esses efeitos não causam grande repercussão e cessam espontaneamente, não motivando busca por assistência médica. Seu uso crônico se relaciona com DPOC e síndrome amotivacional, marcada por alterações comportamentais (como isolamento, passividade, auto-negligência), cognitivas (diminuição da atenção, concentração e memória) e volitivas (relativa abulia e apatia). Além disso, existe uma relação bem documentada entre cannabis e desenvolvimento de esquizofrenia. A existência ou não de dependência de cannabis ainda não está clara, bem como não foi bem caracterizada nenhuma síndrome de abstinência relacionada.

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE V

Drogas lícitas e ilícitas: o que fazer?

TÓPICO II

Como abordar?

As intervenções devem ter como norte a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas enquanto um fenômeno complexo, que requer respostas intersetoriais; a redução de danos como estratégia e diretriz de gestão de cuidado; a preconização de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação social, com foco em superar o senso

comum sobre os usuários de drogas e o fortalecimento da autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania e coesão social (BRASIL, 2015).

O conceito de Redução de Danos tem sido consolidado como um dos princípios da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (MS). Para tanto, instituiu as Portarias nº 1.028 e nº 1.059, em julho de 2005, determinando ações que visam a reduções de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, e o recurso financeiro para desenvolver estas ações nos Caps.

No contexto da atenção à saúde, as estratégias devem evitar julgamento moral e intervenções autoritárias ou preconceituosas, que afastam do cuidado os usuários muitas vezes já marginalizados em todos os âmbitos sociais. Além disso, a abordagem deve priorizar o cuidado no território, o fortalecimento dos vínculos familiares e a reinserção social e laboral.

Clique em cada número para ler os elementos da rede de atenção à população com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas:

1. Unidades de Atenção Primária à Saúde;
2. Consultórios na Rua;
3. Serviços de Urgência e Emergência (SAMU, UPAS);
4. Leitos em Hospitais Gerais;
5. Unidades de Acolhimento Transitórias;
6. Leitos de Atenção Integral nos CAPS-AD III;
7. Casas de Passagem;
8. Recursos da Comunidade - Comunidades Terapêuticas, Grupos de Ajuda Mútua (AA, NA);
9. CAPS-AD;
10. Serviços especializados conveniados ou não ao SUS. Saiba mais com a portaria de nº 1.208 de 2005.

Algumas ferramentas podem ajudar na detecção do uso problemático de álcool e outras drogas, facilitando abordagem e principalmente uma intervenção precoce. Dentre os vários instrumentos de triagem disponíveis estão o CAGE e o AUDIT, para uso de álcool e o ASSIST para uso de álcool, tabaco e outras drogas. Tais instrumentos foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e podem ser facilmente aplicados na APS.

Em casos de dependência, deve-se avaliar o estágio motivacional do paciente veja na imagem.



No tabagismo, recomenda-se marcar o dia D (dia da parada). Após a interrupção, é recomendável a pessoa se afastar de outros tabagistas em momentos de fumo. Grupos de autoajuda são muito importantes. Pode-se usar adesivos, gomas de nicotina ou bupropiona. Na intoxicação alcoólica, é recomendável o suporte ventilatório, o controle hidroeletrólítico e a regulação térmica e pressórica. Por isso, o ideal é encaminhá-lo a uma emergência clínica. Deve-se administrar tiamina (300mg IM) para evitar Encefalopatia de Wernicke. Em casos de agitação intensa, pode-se administrar haloperidol. Já em casos de abstinência, o tratamento é feito com benzodiazepínicos, principalmente os de meia-vida longa, como o diazepam.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO

Saúde Mental na Atenção Primária

UNIDADE VI

Reorganizando as ações de saúde mental na APS

TÓPICO I

Ações nos territórios da estratégia saúde da família

Para discutir a implantação de ações nos territórios da estratégia saúde da família, é importante destacar algumas considerações.

As gestões municipais precisam expandir as ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, criando diretrizes para orientar os profissionais na efetiva integração da área da saúde mental com o restante da saúde geral, ofertando ações ampliadas de tratamento, criando instrumentos de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários; promovendo condições técnicas e políticas, que estimulem a implantação dessas ações, priorizando a contratação de profissionais capacitados para realizar o matriciamento em saúde mental; e articulando políticas intersetoriais no território, utilizando o contexto comunitário para lidar com os determinantes sociais do sofrimento psíquico dos usuários.

É necessário contratar profissionais para qualificar e fortalecer o apoio matricial e melhorar a integração da rede de saúde. É preciso estimular a divulgação dos trabalhos da rede de atenção psicossocial, por meio de capacitações para usuários e profissionais do município, dando visibilidade a estes trabalhos. As gestões municipais precisam incentivar a capacitação dos profissionais da atenção primária para o uso racional de psicotrópicos, estimulando a prevenção quaternária, criando ainda um programa de educação permanente, que vise estimular formas não farmacológicas de tratamento.

Também é essencial incentivar a inserção na atenção primária dos programas de formação, especialmente as residências médicas e multiprofissionais, reforçando a ideia do papel ativo do usuário no tratamento, estimulando a negociação e sua participação nas decisões a serem tomadas. Isto implica formar profissionais que conheçam a realidade de nossos municípios e que ajam como apoiadores de seus pacientes, e não como detentores do conhecimento e de decisões que serão impostas aos usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Destaca-se que para promover a organização da assistência em saúde mental nas UAPS, é preciso implantar avaliações de risco e dispositivos de intervenção oportunos, o que ainda poderia ajudar a melhorar a adesão aos tratamentos. O apoio matricial mostra-se capaz de promover a integração da equipe de saúde mental à equipe de saúde da família, auxiliando também na articulação da rede de serviços de saúde quando adequadamente expandida e implantada. Para tanto, Tavares (2016) julga interessante propor um projeto de intervenção como forma de promover saúde mental, prevenir transtornos mentais e facilitar o acesso de usuários em sofrimento psíquico aos serviços de saúde.

A estratégia de intervenção tem como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação das novas práticas (ROCHA, 2003).

Os procedimentos da intervenção estão estruturados a seguir, detalhando-se as ações a serem realizadas:

1. Cadastro e busca-ativa dos usuários através de instrumento próprio e capacitação dos agentes comunitários de saúde para aplicação.

Sugere-se criar, em parceria com os profissionais dos CAPS e as equipes de matriciamento em saúde mental, um instrumento para que os agentes comunitários de saúde possam identificar e cadastrar os usuários de psicotrópicos de suas áreas, que necessitem e desejem ser acompanhados pela equipe de Saúde da Família. Para facilitar a busca-ativa pelos ACS sugere-

se priorizar o cadastro dos usuários de psicotrópicos. Esta estratégia foi pensada pela facilidade de identificação na comunidade daqueles que fazem uso de medicação controlada. Entretanto quaisquer usuários, que desejem, poderão ser cadastrados.

Além de identificar o paciente através de dados sociodemográficos, como nome, endereço, idade, escolaridade, ocupação, informações sobre a habitação e a família, rede de apoio, entre outros, este instrumento poderá ser útil para avaliar a gravidade e complexidade do caso.

2. Capacitação dos gestores, das Equipes de Saúde da Família, NASF e RAPS.

Deverão, inicialmente, ser sensibilizados os gestores através da apresentação deste projeto e de rodas de conversa sobre o tema. Com o apoio da gestão municipal, poderão ser realizadas reuniões com a equipe matricial e os demais profissionais do município.

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família receberão aprimoramento específico para o atendimento sob a forma de consulta conjunta através do apoio matricial de médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros profissionais do NASF e dos serviços de saúde mental, ou por meio de outras estratégias definidas pelas equipes e seus apoiadores.

3. Realização de avaliação dos cadastros levantados em cada equipe de Saúde da Família, realizando o diagnóstico em saúde mental da comunidade estudada.

Uma vez levantada uma quantidade mínima de cadastros terá início a avaliação desta fase do projeto. A avaliação será realizada pela equipe de Saúde da Família, com o apoio da equipe matricial. Esta avaliação tem como objetivo nortear a organização do atendimento, baseado nos princípios do sistema único de saúde, principalmente os da universalidade e equidade.

Com base nas informações dos cadastros, será definido a que grupo o paciente pertence (pessoa com transtornos mentais severos e persistentes, de transtornos mentais comuns, transtornos neurológicos, sofrimento psíquico, uso problemático de álcool ou outras substâncias, dependente de benzodiazepínicos, egresso de internações psiquiátricas, entre outros) e o grau de gravidade do problema, observando-se o uso de medicação psicotrópica e a rede social de apoio de que o mesmo dispõe. A partir de uma classificação de risco e vulnerabilidade, será possível definir a cronologia e os tipos de atendimento a que esse usuário poderá ser submetido: atendimento individual e/ou em grupo com médico e/ou enfermeiro da equipe de Saúde da Família, visita domiciliar com abordagem familiar, interconsulta com a equipe matricial ou referência para serviço secundário ou terciário.

A avaliação dos cadastros será útil também para o levantamento do perfil de saúde mental da comunidade estudada, identificando os principais problemas para melhor abordá-los através de atividades comunitárias, sessões educativas, entre outros.

4. Reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Após territorialização e diagnóstico de saúde da comunidade, a equipe de Saúde da Família deve implantar o acolhimento e um cronograma que responda à demanda espontânea e organizada, baseado no acesso avançado.

O atendimento poderá ocorrer de forma individual ou coletiva (grupos), a depender da necessidade dos pacientes ou a critério da equipe. O agendamento será realizado através dos agentes comunitários de saúde, ou por demanda espontânea, fortalecendo o vínculo dos ACS e do serviço com estes indivíduos.

5. Realização de visitas domiciliares com abordagem familiar para casos selecionados, ampliando o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e construindo redes de apoio e integração.

A família do paciente pode funcionar como recurso terapêutico, ou como fator agravante do quadro. Desta forma, alguns pacientes deverão receber visita domiciliar com abordagem familiar através da utilização de instrumentos como o genograma e o "PRACTICE" (P- Problema apresentado; R- Papéis desempenhados pelos integrantes da família; A- Afeto; C- Comunicação; T- Tempo no Ciclo de Vida; I- Doenças na família no passado e presente; C- Enfrentando o

estresse; E-Ecologia/ambiente). Estes instrumentos ajudarão a identificar o papel protetor e/ou agressor desta família, direcionando o trabalho a ser realizado com estes indivíduos.

6. Utilizar o apoio matricial e a interconsulta em saúde mental para casos selecionados, contando com matriciadores lotados preferencialmente em equipes NASF.

De acordo com a necessidade, a equipe matricial poderá se fazer presente através de diversas maneiras. É importante negociar com a gestão municipal, que os matriciadores sejam contratados para este fim, sejam eles lotados em NASF, CAPS ou serviços ambulatoriais. Percebe-se que a vinculação ao NASF facilita todo o processo de integração entre os serviços, sendo esta modalidade preferencial.

Sobre o modo de funcionamento do matriamento Fortes, (2008) sugere:

Equipe de Matriciamento (EM)
Uma Equipe de Matriciamento (EM) poderia ser composta de um psiquiatra e um psicólogo, sendo que cada EM seria responsável por oito unidades da ESF.
Locação da unidade
A EM ficaria alocada em uma unidade secundária (Centro de Saúde, Policlínica, CAPS, etc.).
Contratação de profissionais
Cada um desses profissionais seria contratado em regime de 20h, com quatro turnos de 5h, assim distribuídos.
Divisão de atividades
Dois turnos para realização de uma visita mensal a cada unidade do ESF, em que poderiam ser realizadas as seguintes atividades: supervisão dos grupos e discussão de casos em interconsulta; grupo operativo com a equipe; a consulta conjunta, na qual o paciente seria visto ao mesmo tempo pela equipe de saúde da família e os matriciadores; a visita domiciliar em conjunto; o desenvolvimento de atividades comunitárias.
Atendimento direto ambulatorial
Um turno para atendimento direto ambulatorial nas unidades secundárias de casos mais complexos, que fossem encaminhados pelo médico da ESF (p.ex. pacientes com risco moderado a grave de suicídio, transtornos psicóticos agudos, pacientes que não melhoram apesar do tratamento adequado etc.).
Turno livre com horário variável
Um turno que seria livre e com horário variável para: capacitação teórica da própria EM e das equipes da ESF; reuniões administrativas; atividades comunitárias, incluindo artísticas e culturais; supervisão para a EM.

Os interconsultores atuarão auxiliando e supervisionando a equipe de saúde da família para detecção precoce e abordagem adequada de pessoas em sofrimento psíquico; "cuidando de quem cuida", através da realização de grupos de reflexão, pois na medida em que as equipes de saúde sintam-se menos angustiadas, podem melhor desempenhar seus papéis de vínculos de apoio, ampliando as ações intersetoriais e aumentando a rede de suporte para as pessoas da comunidade (VASCONCELOS, 2001).

As principais atividades desenvolvidas pela equipe matricial serão:



Supervisão de alguns grupos educativos e discussão de casos em interconsulta.

Consulta conjunta, na qual o paciente seria visto ao mesmo tempo pela equipe de Saúde da Família e pela equipe matricial.

Visita domiciliar em conjunto.

Uma reunião por mês para capacitação teórica dos profissionais; reuniões administrativas; atividades comunitárias, incluindo artísticas e culturais.

7. Criar os ambulatórios de Psiquiatria e Psicologia para atendimento individual.

Para que os CAPS possam realizar aquilo a que são propostos, é necessário desafogar seus ambulatórios. Percebe-se hoje que estes dispositivos realizam praticamente apenas atendimentos individuais, especialmente por médicos psiquiatras.

Os psiquiatras matriciadores, assim como os psicólogos e outros profissionais não médicos dos NASF, podem realizar ambulatórios em policlínicas, CAPS ou nas próprias ESF (quando não houver médico na unidade, por exemplo), de modo que possam oferecer assistência a usuários que demandem atendimento individual. Os próprios profissionais encaminhariam os pacientes para seus ambulatórios, evitando a “empurroterapia” por profissionais pouco comprometidos com seu trabalho.

Para melhor organização das referências, sugere-se que cada psiquiatra seja vinculado a um determinado território do município. Desta forma, esse psiquiatra seria matriciador das UAPS desse território, e ele mesmo encaminharia os casos que julgasse necessário para os demais serviços da rede de atenção psicossocial.

8. Realização de educação voltada à saúde mental.

Deve-se realizar educação voltada à saúde mental, trabalhando mitos, crenças populares e o estigma através da promoção de sessões educativas, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade da comunidade e usando recursos da mesma; e também da incorporação da promoção em saúde mental nas ações voltadas para grupos específicos: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, entre outros.

Sugere-se implantar, com o apoio do NASF, um serviço de promoção de saúde mental, que objetivará a realização de sessões educativas, debates e orientação quanto a crenças populares e preconceito; atividades artísticas e oficinas (pintura, serigrafia, teatro, corte/costura, artesanato); além de outras atividades comunitárias, como a comemoração anual do “Dia da Saúde Mental”, a ser realizada no dia já consagrado pela Organização Mundial da Saúde, dia 10 de outubro de cada ano.

A economia solidária será ainda forte aliada na construção desses espaços, promovendo o empoderamento dessas comunidades.

9. Instituição da terapia comunitária.

(Clique em cada número para visualizar)



Sobre a Terapia Comunitária

A terapia comunitária foi criada há 20 anos pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará. O método surgiu na comunidade do Pirambu, em Fortaleza, e se alastrou para todo o Brasil, existindo hoje 7 mil terapeutas comunitários. Seus principais objetivos são reunir pessoas, trocar experiências, participar de vivências, expandir conhecimentos e pontos de vista sobre emoções que todos nós sentimos, através de ações de inclusão social e diversidade cultural (MARCHETTI, 2003).

Desta forma, trabalha-se a promoção e a prevenção em saúde mental. Esta técnica é caracterizada por um espaço de convivência social. Representa uma oportunidade das pessoas buscarem e encontrarem uma rede social de apoio. Isto, independente de idade, classe social e nível de instrução. Trata-se de encontrar um grupo social de acolhimento. As vivências terapêuticas são baseadas em partilhar emoções que fazem parte da vida de todo ser humano.

Terapia Comunitária



9. Instituição da terapia comunitária.

(Clique em cada número para visualizar)



Muitas vezes, uma pessoa pode apoiar outra por ter vivenciado e encontrado solução para os mesmos problemas e também ser ajudado simultaneamente, uma vez que o problema do outro pode ser semelhante ao seu. O resultado terapêutico é atingido de forma individual, mesmo diante de histórias e narrativas compartilhadas, pois todo participante sente e percebe de acordo com suas vivências pessoais.

A presença e participação do outro é importante e é o referencial de apoio e das diferenças culturais. A cada encontro, é possível também observar o resultado coletivo, através das construções e produções do grupo, durante o processo de terapia (GOMES et al., 2003).

9. Instituição da terapia comunitária.

(Clique em cada número para visualizar)



Para realizar este procedimento, pretende-se identificar na comunidade pessoas com perfil adequado para se tornarem terapeutas comunitários, para que estas possam realizar as reuniões independentemente do apoio dos profissionais de saúde em espaços da própria comunidade.

10. Parcerias a serem efetivadas e constituição de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade.

A partir da territorialização de cada área, os diversos equipamentos sociais serão mapeados, e ao longo da aplicação deste projeto de intervenção, deverão ser gradualmente estabelecidas parcerias das mais diversas etiologias com indivíduos e instituições, que poderão em determinados momentos ser úteis na sua sedimentação e construção de uma comunidade mentalmente mais saudável. Estes parceiros poderão atuar através da melhor divulgação das atividades desenvolvidas pelos mesmos, ou ainda por meio da criação conjunta de propostas que visem constituir novos espaços de reabilitação psicossocial, como oficinas terapêuticas, e promover a saúde mental, como novos espaços de lazer, educação, profissionalização e esportes.

Os principais parceiros até o momento deverão ser: centros de atenção psicossocial geral e álcool-drogas; hospitais; centros de cidadania; narcótico-anônimos; alcoólico-anônimos; associação de moradores; igrejas da comunidade; pastores, líderes comunitários, vereadores e rezadeiras da comunidade, entre muitos outros.

11. Utilizar os indicadores específicos em saúde mental, que deverão ser analisados mensalmente, para avaliar e redirecionar as atividades desenvolvidas.

Com a implantação do E-SUS, alguns indicadores de saúde mental estão sendo utilizados. Estes indicadores podem ajudar na avaliação deste trabalho.

Também podem ser utilizados outros indicadores:

1. Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool: percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo.
2. Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas: percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo.
3. Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente: número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos), por faixa etária e sexo.
4. Atenção a pessoas com outros transtornos mentais que fazem uso de medicação psicotrópica: número de pessoas identificadas com outros transtornos mentais que fazem uso de medicação psicotrópica, por faixa etária e sexo.
5. Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica: percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.
6. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia): prevalência de transtornos convulsivos (epilepsia), por sexo e faixa etária.
7. Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos: número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo.
8. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio: percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhada pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população).

Poderão ainda ser analisados indicadores para avaliar o aumento da mobilização de recursos comunitários, redução dos índices de violência no território e indicadores que identifiquem a ampliação de trabalhos comunitários e territoriais.

12. Criar a função de gerente do cuidado para gerenciamento do projeto.

Alguns centros, como o AIMS Center, em Washington, utilizam a figura do "Care Manager" ou "gerente de cuidado", que coordena o esforço global do grupo e garante uma comunicação eficaz entre os membros da equipe. Gestores de cuidados são tipicamente enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais entre outros profissionais, mas a capacidade de executar as tarefas que precisam ser concluídas e criar um plano sob medida para quem vai fazer cada uma dessas tarefas é muito mais importante do que as credenciais de cada um.

O gerente de cuidado é um profissional de saúde comportamental, que executa todas as tarefas de gerenciamento de cuidados incluindo a oferta de psicoterapia, quando isso faz parte do plano de tratamento. Um gerente de cuidados em tempo integral normalmente supervisiona 100-150 pacientes, dependendo de como o programa está estruturado. Gestores de cuidados eficazes são capazes de apoiar o psiquiatra-consultor (matriciador) em seu papel através da coordenação do projeto terapêutico, proporcionando melhor acompanhamento da resposta ao tratamento, alertando o psiquiatra quando o paciente não está melhorando, apoiando à gestão de medicamentos, e facilitando a comunicação com o psiquiatra em relação a mudanças de tratamento. Eles também oferecem aconselhamento breve, utilizando técnicas baseadas em evidências, como entrevista motivacional, ativação comportamental, tratamento e resolução de problemas, e ajudam a facilitar mudanças no tratamento caso os pacientes não estejam melhorando conforme o esperado.

Gestores de cuidados em uma equipe de cuidados colaborativos são necessários para construir um conjunto único de habilidades clínicas específicas para prática na atenção primária e em outras configurações (AIMS CENTER, 2015).

