

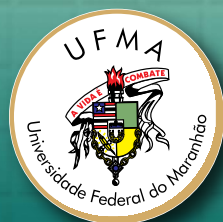
**MÓDULO 12 • UNIDADE 2**

# **SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL**



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 12 • UNIDADE 2

# SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL

São Luís  
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

***Reitor*** – Natalino Salgado Filho

***Vice-Reitor*** – Antonio José Silva Oliveira

***Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*** – Fernando de Carvalho Silva

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

***Diretora*** – Nair Portela Silva Coutinho

**COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA**

COORDENAÇÃO GERAL

***Ana Emília Figueiredo de Oliveira***

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

***Deborah de Castro e Lima Baesse***

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

***Rômulo Martins França***

## Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde  
**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**  
**Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**  
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660  
**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

### NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva  
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex Matos Santos

### REVISÃO TÉCNICA

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Fabício Silva Pessoa

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

### REVISÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia

### DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

João Gabriel Bezerra de Paiva

### ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

**Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA**

**Saúde mental e a Saúde da Família: abordagem em Saúde Mental/ Mae Soares (Org.). - São Luís, 2014.**

**31f.: il.**

**1. Saúde mental. 2. Saúde da Família. 3. Reabilitação. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Pessoa, Fabício Silva. III. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. IV. Título.**

**CDU 613.86**

## **APRESENTAÇÃO**

O objetivo desta unidade é discutir métodos de abordagem e o acolhimento do usuário no âmbito da Saúde Mental.

A equipe de Saúde da Família deverá estar preparada para identificar situações de sofrimento mental, por isso abordaremos, neste momento, algumas estratégias para atuação da equipe que poderão auxiliar na condução dos casos identificados na comunidade.

# SUMÁRIO

UNIDADE 2 .....	7
1 POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS PARA OS CUIDADOS DE PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL .....	7
2 CONCEPÇÃO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	8
3 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E TRABALHOS COM GRUPOS .....	10
4 PRÁTICAS CLÍNICAS E MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	12
5 ÉTICA E BIOÉTICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	14
6 O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE MENTAL .....	16
7 ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS COM AGRAVOS DE SAÚDE MENTAL NA APS.....	17
7.1 A chegada do usuário na Unidade Básica de Saúde .....	17
7.2 Ferramentas e recomendações na abordagem familiar.....	19
7.3 Abordagem em Saúde Mental.....	20
7.4 Avaliação da Saúde Mental.....	20
7.5 Grupos de alto risco para doença psiquiátrica .....	23
7.6 Sinais e sintomas em Saúde Mental.....	24
REFERÊNCIAS.....	29

# UNIDADE 2

## 1 POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS PARA OS CUIDADOS DE PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL

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

A organização dos serviços de saúde apresenta alguns dispositivos que atuam direta ou indiretamente na assistência à Saúde Mental (MANSUR, 2013):

- ESF: possibilita a existência de ponto de acolhimento e resgate territorial nas demandas, realizando busca ativa dos usuários por meio de instrumentos que possibilitem o rastreamento e identificação do indivíduo suscetível a sofrimento mental.
- Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família): constitui-se de equipes que possibilitam dar suporte e ampliar a abrangência e o escopo de ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e de regionalização.
- Caps (Centros de Apoio Psicossocial) / Naps (Núcleos de Assistência Psicossocial): têm um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde, podendo desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, dispensar medicamentos, encaminhar e acompanhar pacientes que moram em residências terapêuticas e de apoio e dar retaguarda ao trabalho da equipe de Saúde da Família. Possibilita um atendimento individual, em grupos e para a família/comunidade. Os Caps podem se organizar em: Caps I, II e III (variam somente em números populacionais e carga horária), Caps i (para acompanhar crianças e adolescentes) e Caps-AD (álcool e drogas).
- Serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros e hospitais da rede.
- Ambulatórios de especialidades, onde o paciente recebe cuidado estritamente médico e de Enfermagem.
- Hospitais psiquiátricos, com número muito reduzido de leitos e períodos cada vez menores de internação.

- Unidades psiquiátricas em hospitais gerais, com finalidade de internações breves.
- Ceco (Centro de Convivência): oferta oficinas e grupos de interesse cultural e profissional que reforçam a esfera social do atendimento integral.
- Serviço de Residência Terapêutica.
- Programa “De Volta para Casa”.
- Unidades de Acolhimento (UAs): oferecem atenção residencial de caráter transitório, sendo parte da rede de assistência psicossocial. Organizam-se em unidade de acolhimento adulto e unidade de acolhimento infanto-juvenil.
- Consultórios de Rua: modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde.

## 2 CONCEPÇÃO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A reabilitação psicossocial é um importante processo na operacionalização da reforma psiquiátrica, sob o qual estão fundamentados serviços de Saúde Mental como o Caps e o Naps (PINTO; FERREIRA, 2010).

Em sua definição, estão contidos aspectos como reinserção social, treinamento de atividades diárias e suporte social, devendo ser combinada com adequada medicação e psicoterapia no manejo dos transtornos mentais e comportamentais (OMS, 2001).



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



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

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

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

### **REFLITA COMIGO!**

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



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

### 3 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E TRABALHOS COM GRUPOS

O conceito de reorganização do modelo assistencial em Saúde Mental tem como ponto central a desinstitucionalização. Apresentamos o Caps como serviço estratégico da organização da rede de Saúde Mental, funcionando de forma articulada com outros serviços, setores e associações comunitárias.

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

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



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

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

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

O grupo pode tanto ser uma ferramenta de detecção precoce de problemas de saúde mental, como pode ser desenvolvido priorizando casos como: pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos Caps, tentativas de suicídio e vítimas de violência doméstica intradomiciliar (BRASIL, 2013).

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

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

### **SAIBA MAIS!**

A abordagem a alguns grupos específicos pode ser conferida nas referências abaixo. Vale a pena conferir!

ALMEIDA, M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-393, fev. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/FcrCxR>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/e3bJJ5>>.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do Autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde**: versão consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/68JaCA>>.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/ZUhAOh>>.

## **4 PRÁTICAS CLÍNICAS E MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

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

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

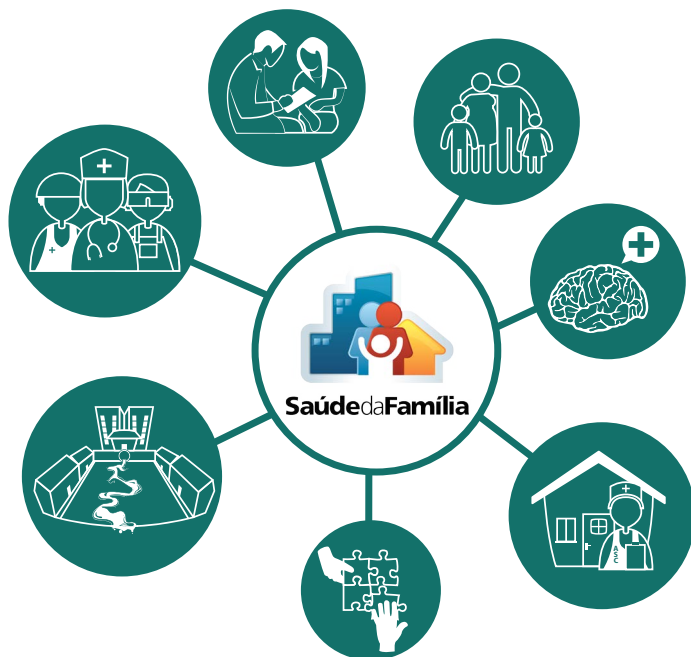
A elaboração de um modelo terapêutico singular é um ponto de fundamental importância na clínica psicossocial, em que a vida conflituosa e o sofrimento do sujeito-usuário no mundo devem ter lugar de destaque no tra-

tamento. O que se destaca aqui é o cuidado que se deve ter em não igualar a loucura, o transtorno ou o sofrimento a uma doença ou problema médico, cujos riscos podem ser manejados com a medicalização.



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

Veja abaixo o esquema:



Nesse aspecto, podemos interpretar que a ESF representa um grande avanço na relação médico-paciente, ao estar fundamentada na longitudinali-

dade. Esse princípio implica no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, ao longo do tempo, favorecendo que toda demanda seja atendida de forma mais eficiente e em conformidade com a realidade psíquica, social e cultural do sujeito.

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

### SUGESTÃO DE LEITURA:

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/ly89Ym>>.

## 5 ÉTICA E BIOÉTICA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A ética, como reflexão crítica da moral, trata da possibilidade de refletirmos sobre a nossa conduta perante a sociedade. Pensar a ética na atenção psicossocial é também poder refletir sobre a conduta, que nesse caso envolve um serviço de saúde e o usuário dele.

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

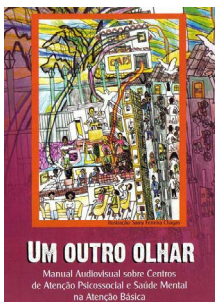


No panorama atual, a discussão que deve ser provocada nos serviços de Saúde Mental recai sobre a ética da inclusão social. Que técnicas e estratégias estão sendo utilizadas pelos serviços para promover a inclusão do sujeito -usuário na sociedade e na sua família?

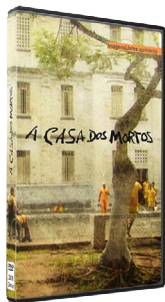
A ética aqui em questão não parte mais da prática asilar do doente, mas da construção diária do lugar social do doente na cidade. Uma inclusão que exige não apenas o habitar a cidade, mas estar nela com uma postura ativa, reconhecendo suas potencialidades, além de suas limitações. Partindo desse princípio, de que o sujeito “louco” é também um cidadão, como pensar em autonomia do sujeito em casos que a realidade psíquica não é a mesma compartilhada pela sociedade?

Temos aqui o ponto crucial da ética da inclusão, que reside na inclusão da diferença. Dirigir-se ao sujeito na sua diferença é poder permitir que ele construa possibilidades que sustentem o seu lugar no mundo. É criar possibilidades de vida. Transcreve-se, portanto, o pensamento de Artaud (1979), na ocasião em que escreveu a “Carta aos diretores de asilos de loucos”: “E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico como qualquer outra série de ideias e atos humanos.”

### **DICAS DE DOCUMENTÁRIOS**



“Um Outro Olhar” é um manual audiovisual sobre os Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica. Trata-se de um documentário sobre a Reforma Psiquiátrica e os serviços de saúde mental prestados nos diferentes Caps, realizado pela Fundação Universitária José Bonifácio – FUJB e pelo Núcleo de Pesquisas em Saúde Mental – NUPP-SAM/IPUB/UFRJ, com apoio do Ministério da Saúde.



“A Casa dos Mortos” é um documentário sobre manicômios judiciais e o desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira, com direção e roteiro da antropóloga Débora Diniz. Disponível em:

<http://www.acasadosmortos.org.br/>.

## 6 O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE MENTAL

O controle social aqui apresentado é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, definido como a posição que a sociedade assume diante de seus governantes de interlocução. Tal posicionamento pode alternar a afirmação de parcerias e momentos de embates, tendo como pano de fundo a garantia de direitos humanos e da liberdade.

O controle social, no âmbito da saúde mental, pode ser exercido mediante diferentes instâncias, como:



As ações de controle devem ser direcionadas para as políticas públicas de saúde que garantam serviços de Saúde Mental de qualidade. Desta forma, devem incidir sobre o modelo assistencial assumido pelo poder público, em busca de uma assistência digna para todos e de espaços do diálogo entre a loucura e a sociedade.





Os conselhos Municipal e Estadual de Saúde estão ligados às secretarias de Saúde. Para mais informações sobre os conselhos do município de São Luís e do estado do Maranhão, entre no site oficial das secretarias Municipal e Estadual de Saúde:

Semus: <<http://goo.gl/3Ap3wO>>

SES: <<http://goo.gl/SH9Ij7>>

### **IMPORTANTE!**

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

#### **FIQUE POR DENTRO!**

Leia: Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial que aconteceu na cidade de Brasília, no período de 27 de junho a 1º de julho de 2010. Acesse: <<http://goo.gl/TE8WdY>>.

## **7 ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS COM AGRAVOS DE SAÚDE MENTAL NA APS**

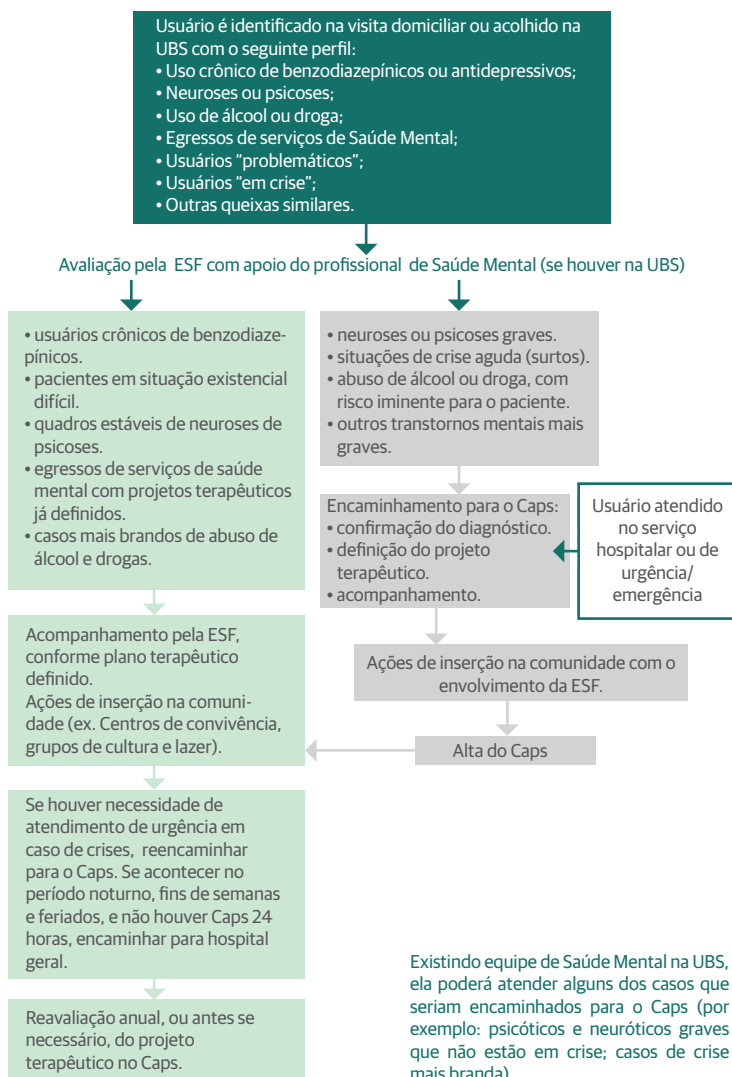
### **7.1 A chegada do usuário na Unidade Básica de Saúde**

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

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

## Acompanhe abaixo sugestão de Fluxograma de Atenção em Saúde Mental:

Figura 1 - Fluxograma de Atenção em Saúde Mental.



Fonte: Adaptado de: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

## 7.2 Ferramentas e recomendações na abordagem familiar

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

- Conceituar família e considerar sua complexidade.
- Cuidar com base na experiência da família ao longo do tempo, ou seja, sua história pregressa, atual e perspectivas futuras.
- Trabalhar com todos da família, tanto doentes como saudáveis.
- Que a família enquanto um sistema é afetada pela mudança de qualquer um de seus membros.
- Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família também pode mudar com o tempo.
- Promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família sempre que possível.
- Levantar em conta o contexto social e cultural da família na facilitação de suas relações com a comunidade (SOUZA, 2011).

### **SAIBA MAIS!**

Dispomos de algumas ferramentas úteis no dia a dia da equipe de Saúde da Família que possibilitam compreender melhor a estrutura, organização e dinâmica familiar, como:

- Entrevista familiar;
- Genograma;
- Ecomapa;
- F.I.R.O.;
- P.R.A.C.T.I.C.E.;
- Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional;
- Projeto Terapêutico de Cuidado à Família (BRASIL, 2013).

A descrição completa de cada instrumento você encontra na publicação Cadernos de Atenção Básica, nº 34 - Saúde mental. Acesse: <http://goo.gl/tyFqL7>.

### 7.3 Abordagem em Saúde Mental

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

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

A maior parte da carga originada de transtornos neuropsiquiátricos se deve à depressão, ansiedade, às psicoses e aos transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool. Na *World Health Survey*, realizada em 2003 com métodos padronizados internacionalmente, 18,8% dos brasileiros relataram ter recebido um diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses (WHO, 2010).

Estudos com critérios mais amplos para transtornos mentais comuns (TMC; estados mistos de depressão e ansiedade) relataram que cerca de 30% dos adultos brasileiros apresentaram tais sintomas (MARAGNO et al., 2006). Depressão e TMC foram mais prevalentes em pessoas com níveis mais baixos de educação e renda e em pessoas que estavam desempregadas.

### 7.4 Avaliação da Saúde Mental

A avaliação de pessoas com problemas mentais não é um tarefa fácil, principalmente quando o objetivo é identificar se aquilo ao qual o indivíduo se refere é verdadeiramente uma doença mental. Desse modo, o profissional deverá estabelecer uma relação construtiva com a pessoa para permitir comunicação de forma efetiva e que sirva como base para qualquer relação te-

rapêutica subsequente, avaliar as emoções e atitudes da pessoa, determinar se a pessoa tem um transtorno mental e, se for o caso, qual é ele, descobrir (quando possível) o que causou o transtorno e estabelecer como pode ser feito o tratamento (SIMON; EVERITT; VON DORP, 2013).

### **REFLITA COMIGO!**

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

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

### **A consulta:**

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

- Ocupação – desemprego? Feliz no trabalho?
- Situação domiciliar – habitação, relações, apoio social, dívidas etc.
- Queixa principal – ordem cronológica, história prévia de sintomas semelhantes. Perguntar diretamente sobre ideias suicidas e de automutilação.
- História familiar – doença psiquiátrica, perda recente ou doença grave em membro da família, luto, depressão, suicídio ou tentativa de suicídio, psicose, alcoolismo, uso de drogas.
- História pessoal – abuso (quando criança, violência doméstica), abuso de substâncias, doenças graves (incluindo história psiquiátrica prévia e doenças físicas importantes), eventos significativos recentes (por exemplo: nascimento de criança, mudança de casa etc.).

- Atitudes e crenças – como a pessoa se enxerga? O que ela pensa que está errado? Como ela acha que as outras pessoas enxergam a situação? O que ela quer que você faça?

### **Exame do estado mental**

Simon, Everitt e Von Dorp (2013) recomendam considerar:

- Aparência e comportamento – sinais de autonegligência ou desnutrição, atitudes, movimentos, interação social.
- Discurso – espontaneidade, frequência, quantidade, continuidade (fuga de ideias, falta de associações).
- Humor – deprimido ou alegre demais. Considerar o rastreamento para depressão, por exemplo: questões de rastreamento de depressão para pessoas com doenças crônicas.
- Pensamento – forma, conteúdo, fluxo, posse.
- Percepção – ilusões, alucinações, pseudoalucinações.
- Cognição – rastreamento cognitivo.
- Insight – compressão da pessoa sobre sua doença, seus efeitos e sua necessidade de tratamento.

### **ATENÇÃO!**

Quando estamos trabalhando com a escuta devemos nos certificar de que aquilo que entendemos foi realmente o que o usuário tentou explicar. Dessa forma, resuma a história de volta para a pessoa e dê oportunidade para que ela preencha alguma lacuna. Além disso, é importante fazer uma lista de problemas e plano de manejo com a pessoa e programar uma data de revisão.

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

## 7.5 Grupos de alto risco para doença psiquiátrica

Quadro 1 - Grupos de alto risco para doenças psiquiátricas.

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

Fonte: SIMON, C.; HAZEL, E.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**. Porto Alegre, Artmed, 2013.

## **ATENÇÃO!**

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

- Identificar todos os cuidadores e marcar o seu registro.
- Verificar anualmente a saúde mental e física dos cuidadores.
- Informar aos cuidadores que eles estão aptos a uma avaliação de necessidades.
- Perguntar aos pacientes se é possível dividir algumas informações com os cuidadores.
- Informar aos cuidadores sobre grupos de apoio e centros de cuidadores.
- Residentes de casas de repouso e instituições de longa permanência.
- Aproximadamente 50% têm depressão.

## **7.6 Sinais e sintomas em Saúde Mental**

### **Confusão aguda**

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

### **Ansiedade**

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

### **Depressão**

Questões de rastreamento para depressão

- Durante o mês que passou você se incomodou por sentir-se deprimido ou desesperançado?
- Durante o mês que passou você se incomodou por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
- Se houver resposta positiva para alguma das questões, fazer avaliação minuciosa.



### **Crenças anormais**

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

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

### **Compulsões**

Comportamentos forçados e repetidos apesar de serem inadequados, irracionais e associados a desconforto em resposta a uma obsessão. Podem ser incapacitantes, por exemplo, lavar as mãos e repetir o processo várias vezes ao longo do dia.

### **Percepções (anormais)**

Considerar:

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

## **Transtornos do pensamento**

Considerar transtornos de:

Conteúdo:

- Ideias de referência: a pessoa sente que é notada por todo mundo ao seu redor; o conteúdo de mídia, televisão ou rádio se refere a ela ou os outros estão pensando ou falando nela. Tornam-se delírios de referência quando o insight é perdido. Associam-se à esquizofrenia, estados depressivos e prejuízo cognitivo agudo e crônico.

- Delírios: crenças que são inabaláveis, apesar de evidências contrárias disponíveis e inesperadas, considerando as circunstâncias e o ambiente. As crenças costumam ser (mas nem sempre são) falsas. Podem ser primários (crença completamente formada) e secundários (a crença surge com base na experiência).

Fluxo:

- Fuga de ideias: salta de uma ideia para outra. Sempre há alguma associação entre as ideias, mas ela pode parecer estranha. Associa-se a doenças maníacas.

- Perseveração: persistência de um compromisso verbal ou de outro tipo além do que parece ser pretendido, esperado ou necessário. Associa-se com demência e lesão cerebral.

- Falta de associações: sequências de pensamentos que parecem muito pouco (ou nada) associados entre si. Associa-se à esquizofrenia.

- Bloqueio de pensamento: interrupção abrupta e completa da corrente de pensamento deixando a mente em branco. Associa-se à esquizofrenia.

Forma:

- Preocupação: a pessoa pensa sobre um tópico com frequência, mas pode terminar o pensamento de forma voluntária. Sintoma comum em estados de ansiedade. Perguntar sobre preocupação com suicídio em pessoas deprimidas.

- Obsessão: o pensamento ou imagem se repete apesar de ser inadequado ou intrusivo e de estar associado com desconforto. O pensamento e os esforços para cessá-los podem ser incapacitantes.

Possessão:

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

- Retirada de pensamentos: é o oposto da inserção. A pessoa percebe que está faltando um pensamento que foi retirado por alguém. Um dos principais sintomas de esquizofrenia.

- Transmissão de pensamentos: a pessoa acredita que seus pensamentos podem ser ouvidos por outras pessoas, diretamente ou por meio de jornais, rádios etc. Associa-se à esquizofrenia.

Entenda mais sobre a política nacional de Saúde Mental e o acolhimento desses agravos na Atenção Básica. Acesse o Caderno de Atenção Básica 34: Saúde Mental: <http://goo.gl/8I5O6L>.

## *Considerações finais*

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

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

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

## REFERÊNCIAS

- ARTAUD, A. **Cartas aos poderes**. Porto Alegre: Editorial Vila Martha, 1979. (Coleção Surrealistas).
- ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O Conceito de Saúde Mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, set./ nov. 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/HqqcRx>>. Acesso em: abr. 2013.
- BANDEIRA, M; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/2FJeIO>> Acesso em: abr. 2013.
- BARROS, S; EGRY, E. Y. A Enfermagem em Saúde Mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**. v. 3, n. 2, p. 79-94, 1994. Disponível em: <<http://goo.gl/4s88iP>> Acesso em: abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <<http://goo.gl/lW7IAE>>. Acesso em: 3 ago. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 144 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível: <<http://goo.gl/71zgSj>>. Acesso em: abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Programa "De Volta para Casa"**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível: <<http://goo.gl/tjPe5b>>. Acesso em: abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível:<<http://goo.gl/5HWqFm>>. Acesso em: abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/EufUPG>>. Acesso em: abr. 2013.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/Q8rXWY>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e. 340 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/99s2OC>>. Acesso em: abr. 2013.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Opas, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/4SsD65>>. Acesso em: abr. 2013.

\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Conselho nacional de saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em: <<http://goo.gl/DOiBTY>>. Acesso em: abr. 2013.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/UK9Ddw>>. Acesso em: abr. 2013.

CHIAVERINI, D. H. et al (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <<http://goo.gl/qZUwhp>>. Acesso em: abr. 2013.

MANSUR, C. G. (Org.) **Psiquiatria para médico generalista**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MARAGNO, Luciana et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006. Disponível em: <http://goo.gl/FMbM7t>. Acesso em: 25 ago. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://goo.gl/YY9J00>>. Acesso em: abr. 2013.

OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.

\_\_\_\_. **Relatório Mundial da Saúde:** saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/lm4G6V>>. Acesso em: abr. 2013.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/Goi7Ng>>. Acesso em: abr. 2013.

SIMON, C.; HAZEL, E.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SOUZA, D. M. M. e. **A prática diária na estratégia Saúde da Família (Org.)**. Juiz de Fora: UFJF, 2011.

WHO. **World Health Survey Results 2010**. 2010.