
Guia prático de
Matriciamento
em Saúde Mental

Ministério da Saúde

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesc) e Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral
Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
Pontifícia Univeridade Católica do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina

Autores
Daniel Almeida Gonçalves
Dinarte Ballester
Dulce Helena Chiaverini (Organizadora)
Luís Fernando Tófoli
Luiz Fernando Chazan
Naly Almeida
Sandra Fortes

Colaboradores
Fernanda Pimentel
Flavia Ribeiro
Gabriela de Moraes Costa
Mariane Ceron
Martina Kopittke
Paulo Volpato
Sarah Putin
Thiago Hartmann

Revisão metodológica e tratamento de texto
Maria Leonor de M. S. Leal

Revisão gramatical e de referências
Maria Auxiliadora Nogueira
Sônia Kritz

Projeto gráfico, diagramação e tratamento de imagem
Jonathas Scott
Eliayse Villote

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
236 p.; 13x18 cm.

Bibliografia; p. 219-235.
ISBN 978-85-89737-67-8

1. Saúde mental – Matriciamento. I. Chiaverini, Dulce Helena. II. Brasil. Ministério da Saúde. III. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. IV. Título.

616.84

Sumário

Apresentação pág5

Capítulo 1. Matriciamento: integrando saúde mental e atenção básica em um modelo de cuidados colaborativos

1.1 Que é matriciamento? pág15
1.2 Núcleo e campo pág18

Capítulo 2. Instrumentos do processo de matriciamento

2.1 Elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental pág21
2.2 A interconsulta como instrumento do processo de matriciamento pág25
2.3 A consulta conjunta de saúde mental na atenção primária pág28
2.4 Visita domiciliar conjunta pág34
2.5 Contato a distância: uso do telefone e de outras tecnologias de comunicação pág38
2.6 Genograma pág40
2.7 Ecomapa pág44

Capítulo 3. Intervenções em saúde mental na atenção primária

3.1 Grupos na atenção primária à saúde pág53
3.2 Educação permanente em saúde e transtornos mentais pág59
3.3 Intervenções terapêuticas na atenção primária à saúde pág62
3.4 Intervenções baseadas em atividades na atenção primária pág79
3.5 Uso de psicofármacos na clínica da atenção primária pág81
3.6 Abordagem familiar pág90

Capítulo 4. Situações comuns da saúde mental na atenção primária

4.1 Exame do estado mental pág101
4.2 Risco para transtornos mentais pág102
4.3 Transtornos mentais comuns pág110
4.4 Transtornos mentais graves pág117
4.5 Alcoolismo e outras drogadições pág124
4.6 Suicídio pág129
4.7 Problemas do sono pág135
4.8 Demências pág137
4.9 Problemas da infância e da adolescência pág142
4.10 Problemas comuns na família pág149

Capítulo 5. Desafios para a prática do matriciamento

5.1 Preconceito e estigma: como identificar e lidar com eles pág161
5.2 Dificuldade de adesão ao tratamento pág165
5.3 Violência: repercussões na prática da Estratégia de Saúde da Família e possibilidades de intervenção pág172
5.4 Comunicação profissional-usuário pág177
5.5 Comunicação de más notícias pág181
5.6 O trabalho com as equipes da Estratégia de Saúde da Família: cuidando do cuidador pág186

Capítulo 6. O matriciamento como organizador, potencializador e facilitador da rede assistencial

6.1 Equipes de atenção primária à saúde e de saúde mental: o papel de cada um pág197
6.2 Trabalho em rede: construindo as redes de saúde psicossocial pág198
6.3 Seguimento de pessoas com transtornos mentais comuns no território pág203
6.4 Seguimento de pessoas com transtornos mentais graves no território pág204
6.5 Psicoterapias especializadas e atenção primária à saúde: quando e como? pág210

Carta aos profissionais de saúde mental: a atenção primária e a saúde mental pág215

Referências pág219

Apresentação

Perduto è tutto il tempo che in amar non si spende.
Torquato Tasso

O(s) organizador(es) do *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* convidaram-me para apresentar o que deverá ser um "livreto de bolso" que se destina, pelo que conhecemos em nossa experiência, a atingir um grande e relevante objetivo: capacitar profissionais da saúde geral, que atuam no nível dos cuidados primários ou básicos de saúde, assim como os de saúde mental que com eles interagem, para a prática diuturna das suas atividades, quando trabalhando os problemas da área da saúde mental.

Pediram algo "escrito livremente sobre a nossa experiência e visão sobre o desenvolvimento de tarefas de atenção primária da saúde e de saúde mental a elas associadas", dentro da perspectiva do que nos permitia depreender da leitura da estrutura do Guia que nos foi fornecida pelos mesmos. Nosso entendimento sobre a sua utilidade como instrumento de treinamento de pessoal, que se capacitaria a assistir, a pesquisar e a administrar programas de saúde geral e mental.

Logo compreendemos que nos solicitavam esta tarefa, aparentemente sobre uma prática de treinamento ou melhor, de ensino-aprendizagem, a ser facilitada por um Guia que é bem mais que um modesto folheto, porque tinham conhecimento de nossa visão sobre o desenvolvimento de ações de saúde geral e também de, mais especificamente, ações de saude mental em locais de cuidados primários. Estes conhecimentos e perspectivas derivaram da bagagem de experiências por nós vividas quando participamos das pioneiras experiências de implantação de um modelo de Sistema de Saúde Comunitária, tanto de saúde em geral quanto de saúde mental. Nós os adquirimos numa área experimental

que ficou conhecida como a Unidade Sanitária Murialdo, onde se desenvolveram projetos, pesquisas e ações de saúde comunitária derivadas de estudos acadêmicos dos profissionais envolvidos, dos estudos de ações de saúde feitas com envolvimento do povo, que não sem esforço se tornaram factíveis e concretamente possíveis de serem realizadas, e por saber terem sido, por testes de avaliação, resolutivas, eficazes e eficientes, fato de que muito nos orgulhamos.

Foi assim que se desenvolveram e se sistematizaram pela primeira vez em nosso país ações que levaram a um Sistema de Saúde Comunitária, protótipo do que é mais conhecido hoje em dia como Sistema de Cuidados Básicos de Saúde.

A história inicial e os desenvolvimentos ocorridos em nosso país, ações que levaram à criação do projeto de organização de um Sistema Nacional de Unidades Básicas de Saúde, bem como da reintrodução do Médico e da Medicina de Família e de Comunidade, fazem hoje parte fundamental das políticas de saúde de nosso país. Vale referir também que dentro de uma estrutura formal inovadora, não caberia a prática de uma medicina convencional, cujo protótipo era de baseá-la nas atividades de um médico atendendo a uma doença de um cliente e muito menos ao cliente e muito mais à doença que ele a portava. Estávamos mudando o foco da atenção à saúde, pretendendo dar a uma população definida cuidados básicos de saúde, já então denominados cuidados integrais, o que significava que deveriam ser cuidados preventivos, curativos e reabilitadores dos problemas de saúde física, mental e social que afetavam os clientes, e definitivamente mudando a direção da tarefa médica até então fortemente orientada para trabalhar com a doença, agora orientada para uma mais iluminada postura, que é a de trabalhar com a saúde.

Assim é que o pedido de uma apresentação de um livro instrumentalizador de trabalhadores da saúde a agirem com populações, visando

elevar cada vez mais o grau de saúde física, mental e social das mesmas, logo nos reportou à nossa Tese destinada à habilitação à livre docência e ao título de doutor em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1976). Ela trata justamente da *A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária*, quando assumimos algumas posturas básicas que consideramos fundamentais a serem adotadas por todos os profissionais da saúde da linha de frente, em Unidades Básicas de Saúde, que dispensam cuidados básicos dentro dos domicílios e das aglomerações humanas comunitárias. E, em consequência, de todos os que o fazem em locais de prestação de serviços de saúde, de cada vez maior complexidade: centros de saúde, hospitais base e os macro hospitais, dispensando cuidados complexos e sofistificados em termos de prevenção, cura e reabilitação de problemas de saúde, entre eles compreendidos os de saúde mental.

Já naquela época tivemos o privilégio de adotar uma postura derivada do que de mais avançado existia em conhecimentos para dar início à grande luta que a Humanidade, após ter conseguido escapar do caminho que levava à destruição em massa de populações, isto é, havia vencido a assim chamada II Grande Guerra Mundial, e de uma certa forma celebrava a vitória que permitia sonhar uma Humanidade composta por seres criados com iguais direitos à liberdade, à igualdade e à fraternidade, o que quer dizer, a um maior grau possível de saúde física, mental e social.

Por serem estes ideais eternos e imutáveis, e coincidirem com a proposta da criação dentro da Organização das Nações Unidas (ONU), mais precisamente da proposta da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), de uma ação dirigida a alcançar o maior grau possível de saúde física, mental e social para toda a Humanidade, as ações preconizadas de saúde e todo o tipo de administração, de ensino e de pesquisa em que estas ações se baseiam, só poderiam ser considerados válidos se destinados à busca de maior grau possível

de saúde física, mental e social para todos, e não apenas a um pobre objetivo de atendimento de problemas causados por doenças já em desenvolvimento.

Ao se desenvolver um *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*, outro não deve ser o objetivo e o destino deste pequeno grande livro: o de atingir o enorme, o maravilhoso e – porque não dizer –, o colossal objetivo que traz no seu bojo: o de se inserir entre os instrumentos que participarão da construção de uma Humanidade possível, sem doenças, gozando do mais completo bem-estar físico, mental e social.

Ao publicar a nossa Tese e defendê-la para obter uma titulação acadêmica que nos desse uma tribuna maior para falarmos com mais autoridade sobre o que estamos certos, às populações do planeta Terra, estávamos já total e absolutamente alinhados aos que partilhavam do sonho impossível que é o da criação de uma união das nações cujas populações merecem e devem conquistar uma Terra composta de populações que gozam de um grau cada vez maior de saúde.

Esta forma de pensar ficou sendo o nosso estandarte desde que escrevemos com um grupo de visionários o Projeto de um Sistema Comunitário de Saúde para as populações, base da Organização do Sistema de Saúde Comunitária da Unidade de Saúde Comunitária Murialdo, origem dos cinco primeiros Postos Avançados de Saúde, hoje Unidades Básicas de Saúde, onde uma então denominada Equipe Primária de Saúde, hoje Equipe de Saúde da Família, encarregava-se da saúde física, mental e social de cerca de 1.000 a 1.500 famílias, atendendo entre 5.000 e 7.500 pessoas. Estávamos nos alinhando com outros visionários que plantavam as sementes das organizações necessárias para dar apoio ao Projeto da ONU/OMS, lançado na histórica Conferência de Alma-Ata, hoje adotadas pela maioria das nações do mundo como básicas e necessárias para a organização de suas instituições de saúde.

Por fim, mas não com menor importância, devemos referir que o amor que se utiliza na construção de um pojeto de saúde para toda a Humanidade é o mesmo que se utiliza para a construção da assistência à saúde de que a população necessita, do ensino que os profissionais que vão atuar neste projeto devem construir com os professores e os administradores envolvidos no mesmo, e da pesquisa libertadora em duplo sentido, tanto dos profissionais que a realizam quanto dos sujeitos que livremente delas participam, todos unidos pela ideia de que a descoberta científica existe para adotar tudo o que constrói o humano, e para descartar tudo aquilo que o destrói.

Guias de matriciamento como este são muito mais do que expressa o termo ser este um "livreto de bolso". Originado por um ato de amor, pois que somente o amor enriquece as nossas vidas, ainda mais se é um amor que visa proporcionar mais saúde física, mental e social para a Humanidade, este *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* escapa de qualquer possibilidade de ser uma pequena obra e, muito menos, tempo perdido.

Ellis D'Arrigo Busnello
Psiquiatra; Professor Emérito da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
Fundador do Centro de Saúde Murialdo
(*Marco histórico das residências em MFC e multiprofissional*).

CAPÍTULO 1
Matriciamento: integrando saúde mental e atenção primária em um modelo de cuidados colaborativos

1.1 Que é matriciamento? pg 15
1.2 Núcleo e campo pg 18

1.1 O QUE É MATRICIAMENTO

Matriciamento ou **apoio matricial** é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes:

- equipe de referência;
- equipe de apoio matricial.

Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental.

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400), a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde:

> apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009): "um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações".

Matriciamento não é:

- encaminhamento ao especialista
- atendimento individual pelo profissional de saúde mental
- intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de

projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico.

O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

Quando solicitar um matriciamento?

- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.
- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

Saiba mais!

- *Texto base para discussão sobre matriciamento*, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2009).

1.2 NÚCLEO E CAMPO

No processo de construção coletiva do projeto terapêutico entre as duas equipes – a de referência e a de apoio matricial –, profissionais de diversas especialidades compartilham o seu saber ao se depararem com a realidade exposta.

Dessa forma, existe o **campo** comum a todos e o **núcleo** específico de cada especialidade ou profissão, como explica Campos (2000):

> O núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental.

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes.

Saiba mais!

- *Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (2009).

CAPÍTULO 2
Instrumentos do processo de matriciamento

2.1 Elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental pg 21
2.2 A interconsulta como instrumento do processo de matriciamento pg 25
2.3 A consulta conjunta de saúde mental na atenção primária pg 28
2.4 Visita domiciliar conjunta pg 34
2.5 Contato a distância: uso do telefone e outras tecnologias de comunicação pg 38
2.6 Genograma pg 40
2.7 Ecomapa pg 44

2.1 ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo "singular" em substituição a "individual", outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

Os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra "individual". E ainda que o centro de um projeto terapêutico singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial. Essa concepção é extremamente importante para um matriciador quando ele aborda algum caso com a equipe de referência.



Um caso pode ser um indivíduo, uma família, uma rua ou praticamente toda uma área de abrangência.

É com esse sentido que sugerimos a todo matriciador considerar os pontos do roteiro destacados a seguir, quando estiver com seus matriciandos em uma discussão de caso.

Roteiro para discussão de casos em apoio matricial de saúde mental

- Motivo do matriciamento
- Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente
- Problema apresentado no atendimento
    - nas palavras da pessoa

    - visão familiar
    - opinião de outros
- História do problema atual
    - início
    - fator desencadeante
    - manifestações sintomáticas
    - evolução
    - intervenções biológicas ou psicossociais realizadas
    - compartilhamento do caso (referência e contrarreferência)
- Configuração familiar (genograma)
- Vida social
    - participação em grupos
    - participação em instituições
    - rede de apoio social
    - situação econômica
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar
- Formulação diagnóstica multiaxial

Durante a coleta dessas informações e no diálogo com a Equipe de Saúde da Família (ESF), é muito importante não fazer julgamentos bruscos, cuidando sempre para reforçar atitudes positivas, especialmente aquelas que denotem autonomia com responsabilidade e clareza técnica. Além disso, em toda discussão devemos buscar uma formulação diagnóstica, lembrando que na saúde mental os diagnósticos são frequentemente temporários e que, mais importante do que acertar o código diagnóstico, é compreender a situação em suas várias facetas.

O uso de diagnósticos sindrômicos amplos é perfeitamente aceitável no campo da ESF. No entanto, vale destacar os itens que devemos ter em mente ao formular um diagnóstico ampliado multiaxial. Não falamos aqui dos critérios do manual diagnóstico americano, o DSM-IV, mas sim de

uma adaptação para a Atenção Primária à Saúde (APS). Não estamos, em absoluto, restringindo-nos ao diagnóstico psiquiátrico, mas abrindo uma agenda interdisciplinar. Veja este tipo de formulação.



Formulação diagnóstica multiaxial

- Sintomas mentais e transtornos mentais
- Estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento
- Problemas de saúde em geral
- Avaliação de incapacidade
- Problemas sociais

Ao primeiro item da formulação – sintomas mentais e transtornos mentais – corresponde a maior parte dos sintomas e das grandes síndromes psiquiátricas. Mas é importante lembrar, como já preconiza a Classificação Internacional de Doenças (CID) para a atenção primária, que um diagnóstico extremamente detalhado nem sempre é necessário, havendo espaço para diagnósticos sindrômicos como "psicose não-afetiva", "transtorno ansioso" ou "sintomas inexplicáveis".

O primeiro eixo na APS pode incluir descrições de sintomas que não chegam a configurar, exatamente, diagnósticos psiquiátricos. O matriciador, ao dialogar sobre diagnósticos específicos, deve cuidar para não intimidar a equipe sob seu apoio, procurando reforçar a capacidade de identificar quadros, mesmo sem o grau de precisão psicopatológico de um especialista. Os outros eixos irão focar em outras áreas importantes na vida do paciente, como o seu estilo de personalidade (e eventualmente, transtornos da personalidade ou transtornos do desenvolvimento, como a deficiência intelectual), seus problemas de saúde, seu grau de capacidade ou incapacidade e a presença de questões sociais que influenciem no quadro.

Uma das importâncias de um diagnóstico amplo que não fica somente centrado no componente biológico ou nosológico é justamente potencializar o que pode ser feito dentro da atenção primária, sem esquecer, é claro, dos cuidados que podem ser ofertados por outras esferas de atenção, caso sejam necessárias. Então, com base no conjunto de dados obtidos, o matriciador deve estimular a equipe da APS a refletir sobre como deverá ser o plano terapêutico singular do caso em discussão. A seguir encontram-se alguns pontos a serem pensados na construção desse plano.



Formulação de projeto terapêutico singular

- Abordagens biológica e farmacológica
- Abordagens psicossocial e familiar
- Apoio do sistema de saúde
- Apoio da rede comunitária
- Trabalho em equipe: quem faz o quê

Essa formulação não deve pecar por tentar ser absolutamente autossuficiente. Uma equipe que procure fazer um plano terapêutico singular absolutamente exclusivo da APS, quando houver indicação em contrário, deve ser inquirida a respeito das motivações que levaram a ser excessivamente "maternal". Da mesma forma, quando as equipes tendem a não estar implicadas nos planos terapêuticos por elas formulados, é preciso compreender por que isso acontece. Na quase totalidade das vezes não existe intenção de dolo; portanto, o matriciador deve ser cuidadoso ao abordar esses temas potencialmente explosivos.

Por fim, lembramos aos profissionais da atenção primária à saúde e aos matriciadores de saúde mental que o quinto item da formulação – trabalho em equipe: quem faz o quê – é absolutamente fundamental. É preciso haver clareza quanto à delimitação das tarefas, que devem ser factíveis, e quanto à definição dos responsáveis por cada tarefa. Destacamos ainda que uma boa prática é a retomada periódica dos PTS para

atualizar o caminhar dos casos, repactuar e reformular os novos PTS e, também, para avaliar o que deu certo e o que não deu.

Saiba mais!

- *A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde*, de Carvalho, S. R. e Cunha, G. T. (2006).
- *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*, do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (2008).

2.2 A INTERCONSULTA COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DE MATRICIAMENTO

O processo de matriciamento requer a estruturação de novas tecnologias para sua implementação. Essas intervenções constituem-se de ações de tecnologia leve, segundo o conceito de Mehry e Onocko (1997). Algumas intervenções desse tipo têm sido desenvolvidas na prática assistencial em unidades de atenção primária à saúde do SUS. Vamos abordá-las a seguir.

Interconsulta é o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado.

A interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de

conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente. Porém, dentro da prática do matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico no caso.

Histórico da interconsulta

A prática da interconsulta é antiga dentro das unidades de hospital geral como método de trabalho integrado da saúde mental com as diferentes especialidades. Em nosso país, há duas origens identificadas: a interconsulta médico-psicológica de Luchina e a psiquiatria de consultoria e ligação americana.

A interconsulta desenvolve-se inicialmente com pacientes internados e tem como objetivos: fazer o diagnóstico e instituir uma terapêutica especializada (diferindo dessa forma de um parecer tradicional); e, principalmente, possibilitar um intercâmbio entre os diversos especialistas, construindo uma abordagem integral e um trabalho interdisciplinar nos casos atendidos.

Um aspecto que caracteriza a interconsulta é o fato de ela conter a discussão do caso. Essa é uma das partes do processo e está sempre presente, mesmo que se avance para formas mais complexas de interconsulta, como é a consulta conjunta. É importante que essa discussão ocorra dentro de uma visão biopsicossocial que incorpore as diferentes dimensões dos problemas e a contribuição dos distintos saberes.

No momento de discussão de casos, isoladamente ou inseridos em outro tipo de interconsulta, alguns aspectos devem ser avaliados:

- **o motivo pelo qual aquele caso deve ser discutido:** muitas vezes o que mobilizou os profissionais da equipe básica a buscar matriciamento para um caso é distinto do principal problema trazido pelo paciente ou família;

- **a situação atual:** importa tanto analisar e discutir o contexto quanto firmar um diagnóstico para que uma intervenção terapêutica possa ser bem-sucedida;
- **os recursos positivos disponíveis:** essa afirmativa pode parecer óbvia, mas muitas vezes é ignorada na prática, quando terapêuticas inalcançáveis são reafirmadas como solução para o problema. Por exemplo, dar uma medicação menos sofisticada, mas à qual o paciente tem acesso, em vez de uma medicação superior que o paciente não irá comprar nem está disponível na rede; ou deixar de encaminhar o paciente para espaços alternativos de apoio disponíveis na unidade ou na comunidade por considerar que a psicoterapia semanal regular é a opção terapêutica ideal, porém inalcançável;
- **o principal objetivo do cuidado, que é apoiar e aliviar o sofrimento:** as equipes não são responsáveis pela resolução do sofrimento emocional e dos problemas da população sob seus cuidados. Sua obrigação é acompanhar, criando espaços de superação e de reestruturação, utilizando todos os recursos disponíveis.

As diferentes formas de interconsulta possíveis no processo de matriciamento são a discussão de casos e a discussão de casos em equipe interdisciplinar, como detalhado a seguir.

A discussão de casos

Com certeza é a forma mais conhecida de interconsulta e mais frequentemente realizada. Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação. Porém, dentre todas as formas de interconsulta que podem ser realizadas, essa é a que tem menor campo de visão, estando limitada pela visão individualizada dos profissionais envolvidos. O problema na discussão de casos é o que **não** chega a ser trazido para a discussão.

A discussão de casos em equipe interdisciplinar

Mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador, essa forma de interconsulta permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular.

2.3 A CONSULTA CONJUNTA DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A consulta conjunta não é um recurso novo. A ferramenta, embora pouco explorada na literatura, faz parte do conjunto de estratégias da interconsulta clássica. Mas o que é uma consulta conjunta? Veja a definição de Mello Filho e Silveira (2005).



Consulta conjunta

É uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste. A ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico (MELLO FILHO, 2005).

É necessário frisar, no contexto do apoio matricial e, em especial, do apoio matricial em saúde mental, que a consulta conjunta deve combinar elementos de atenção com características pedagógicas. Uma razão importante para isso é que a demanda de saúde mental é tão grande na

ESF que o profissional matriciador não consegue prestar atendimento individual sequer a uma parcela significativa dos que necessitam de cuidados.

Com base nessa constatação, podemos perguntar: mas se consultas individuais não dão conta, o que dizer de consultas individuais feitas com a presença de mais de um profissional?

De fato, a consulta conjunta em si não dá conta de todas as necessidades. No entanto, quando benfeita – e logo a seguir recomendaremos alguns elementos relevantes para uma boa consulta conjunta – ela pode desenvolver, com o tempo, novas competências no profissional da ESF. Na verdade, o matriciador também se desenvolve com esse recurso, principalmente no que se refere à construção de competências de compreender e lidar com as demandas e peculiaridades da atenção primária e da ESF.

O desenvolvimento de matriciadores e matriciandos na consulta conjunta se dá principalmente por meio da troca de questionamentos, dúvidas, informações e apoio entre as partes: uma troca catalisada pela presença real e instigante do caso a ser abordado e da família a receber atenção.

Que personagens podem integrar o grupo de participantes de uma consulta conjunta?

- Da atenção primária à saúde
  - médico de família e comunidade (ou outro profissional médico exercendo esse papel)
  - enfermeiro
  - dentista
  - agente comunitário de saúde
- Da equipe de saúde mental
  - psiquiatra
  - psicólogo

- enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social ou outro profissional de saúde de nível superior com experiência em saúde mental

- De usuários do serviço de saúde
  - pacientes
  - familiares
  - acompanhantes

- Outros profissionais
  - estudantes
  - estagiários
  - outras pessoas interessadas das equipes

Não é necessário que esse grande número de pessoas esteja ao mesmo tempo na mesma consulta conjunta. No entanto, uma consulta conjunta, para receber este nome, necessita de pelo menos um matriciador (profissional de saúde mental) e um matriciando (profissional da atenção primária).



A participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na consulta conjunta deve ser pensada com cuidado e o próprio agente deve participar dessa tomada de decisão.

Muitas vezes os agentes comunitários encontram-se entre o profissionalismo e o pertencimento à comunidade. Por isso é necessário, do ponto de vista da confidencialidade, decidir sobre a presença deles na consulta conjunta, examinando cada caso em sua particularidade. Os matriciadores devem ter em mente que a participação dessa importante categoria também pode ser um dos motivos para a sensibilização sobre a relevância do sigilo na saúde mental. Lembramos que a questão do sigilo na ESF é um desafio cotidiano, muito diferente dos cenários da atenção secundária.

Quanto à equipe matriciadora, destacamos alguns comentários bastante relevantes no que diz respeito à sua atuação nas visitas conjuntas:

- quanto maior for a experiência da equipe matriciadora na atenção primária ou quanto maior a sua disposição em compreender a saúde mental em um contexto diferente da formação (até então) clássica, maior será a sua capacidade de gerar mudanças efetivamente positivas e perceptíveis em suas equipes matriciadas;
- o matriciado não deve agir como um simples prescritor de condutas, demonstrando meramente seu suposto saber diante de uma ESF que não é chamada a participar;
- o bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da ESF relacionadas à saúde mental.

Em relação aos usuários – pacientes (portadores diretos das queixas mentais), acompanhantes e familiares –, destacamos que o escopo da ESF é comunitário e, desde que haja o consentimento do usuário e se respeitem os limites da confidencialidade, não há problemas em acolher também os acompanhantes. O matriciador, no entanto, deve tentar trabalhar com a demanda trazida à consulta conjunta pela ESF. Se ele perceber a ausência de algum grupo importante que demanda a atenção, é interessante perguntar sobre casos desse tipo, já que para o caráter pedagógico da consulta conjunta a variabilidade é bastante eficaz.

Uma dúvida levantada por quem está começando a conhecer o universo da consulta conjunta em atenção primária é o excessivo número de presentes no cenário de ação. Há consultas conjuntas com cinco ou até seis profissionais atendendo a um único usuário e, eventualmente, a seus acompanhantes. Esse tipo de situação chega a causar incômodo nos profissionais que dela participam nas primeiras vezes. Mas é importante destacar

que não há receitas universais. Por isso recomendamos indagar ao usuário, muito cuidadosamente, se ele aceita esse tipo de procedimento. A maioria dos pacientes não só aceita, como até gosta de ser atendida por tamanha "junta de profissionais". Para os que manifestam algum desconforto – ou quando se percebe –, recomenda-se negociar a equipe mínima, composta de pelo menos um matriciador e um matriciando.

Etapas de uma consulta conjunta de saúde mental na atenção primária

1. Contato prévio entre as equipes
- Informar à ESF o que será feito
- Compartilhar o planejamento da primeira consulta conjunta
- Por frisar a importância do caráter colaborativo e não a ideia de somente "empurrar casos"
- Esclarecer que os matriciadores não irão simplesmente atender e sim trabalhar juntos

2. Discussão antes do atendimento
- Discutir a situação em conjunto, de preferência com todos os profissionais envolvidos

3. Explicação do modelo ao usuário

Um membro da ESF, preferencialmente, deve apresentar os matriciadores e dar as explicações:
- Informar ao usuário o que está acontecendo
- Orientar para que a equipe de referência continue a mesma
- Esclarecer sobre outras formas de cuidado que podem ser recomendadas

4. Solicitação de permissão
- Solicitar a autorização do usuário e demais envolvidos para a realização da consulta conjunta

5. Realização da consulta

- Os profissionais da ESF devem iniciar a consulta e, se for o caso, posicionar-se fisicamente na sala ou no consultório onde ficam os condutores de uma consulta
- Os matriciadores começam a participar ou a intervir paulatinamente, colocando-se mais como interconsultores do que como condutores da consulta

6. Discussão de uma conduta compartilhada

- Cuidar para nunca discutir o caso na frente do paciente
- O matriciador procura saber qual é o modelo explicativo do matriciando para o problema e quais soluções ele vislumbra, corrigindo posteriormente as imperfeições que porventura surjam na estratégia adotada
- A conduta não deve ser "prescrita" tão somente pelo matriciador, mas decidida dialogicamente por todos os envolvidos
- Quando a conduta do caso for proposta aos usuários, ela deve ser informada pela equipe de referência (matriciandos), preferencialmente
- Discutir condutas não medicamentosas sempre, mesmo quando for indicada ou solicitada avaliação para um tratamento medicamentoso

7. Organização da revisão do caso

- Normalmente, a maioria dos pacientes só precisa de revisão em caso de falha terapêutica
- Pacientes com transtornos mentais mais graves, e que a equipe deseja manter somente na APS, ou que se recusam a serem tratados em cuidados especializados, devem ter revisões mais constantes
- O encaminhamento de um paciente à atenção secundária não impede que o caso dele continue a ser visto e discutido na APS

Por fim, ressaltamos que há vários desafios e obstáculos para a implantação de uma estratégia que não é clássica e que ainda não faz parte da formação dos profissionais envolvidos. Os problemas mais comuns são o entendimento, por parte da equipe, de que o matriciador irá realizar consultas individuais como especialista e a não participação de alguns profissionais na consulta conjunta.

Cabe então ao matriciador compreender que, na maioria das vezes, isso não ocorre por "má-vontade", mas por compreensão insuficiente do formato ou por medo para lidar com a saúde mental. O matriciador deve desenvolver competências para contornar tais situações com cordialidade, paciência e, eventualmente, firmeza. Para tanto, não pode ter medo de experimentar, desde que saiba examinar seus erros e crescer com os novos desafios.

Saiba mais!

- *Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde*, de Mello Filho, J. e Silveira, L. M. C. (2005).
- *Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF)*, de Fortes, S.; Furlanetto, L. M. e Chazan, L. F. (2005).

2.4 VISITA DOMICILIAR CONJUNTA

A visita domiciliar conjunta de saúde mental na atenção primária apresenta diversas características comuns à consulta conjunta. Por isso recomendamos a leitura do tópico "A consulta conjunta de saúde mental na atenção primária", que acabamos de apresentar, como pré-requisito à leitura desse novo tema, já que vários contrastes e semelhanças serão apontados com base no referencial da consulta.

O recurso da visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde.

No entanto, o foco das equipes de saúde mental e de saúde da família costuma diferir quando em ação no domicílio do paciente.

As equipes dos CAPS, em geral, fazem o seguimento domiciliar de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, comumente de maior gravidade, o que acentua um caráter quase terciário a esse tipo de atendimento e um papel importante do psiquiatra. Visitas domiciliares de outros profissionais também acontecem, mas costumam ter um escopo mais delimitado.

Em situações típicas, a visita domiciliar das equipes do CAPS também inclui:
- terapeutas ocupacionais para a discussão de atividades de vida diária com o usuário e seus familiares;
- assistentes sociais para atuação quanto à garantia de direitos.

Já no caso das ESF, embora uma vasta gama de situações seja atendida por visitas domiciliares, o maior volume se dá para os pacientes idosos, acamados e com necessidades especiais. Em segundo lugar vêm os casos de maior complexidade social ou psicossocial. Essa maior variabilidade precisa ser aquilatada pela equipe de apoio matricial em saúde mental, pois sempre corre-se o risco de a visão do profissional de saúde mental ficar atrelada ao tipo de "visita domiciliar de atenção secundária", que é a realizada pelos CAPS e serviços similares.

As fases para a realização de uma visita domiciliar conjunta são bastante semelhantes às da consulta conjunta. No entanto, alguns comentários são importantes, de modo a atender às necessidades particulares dessa modalidade de atenção, como destacaremos a seguir.

No contato prévio que as equipes terão sobre o tema, que pode ser o mesmo no qual se explane o funcionamento da consulta conjunta, é importante refletir coletivamente sobre quais tipos de casos para visita domiciliar precisam ser priorizados no território específico em questão. E como as necessidades de visitas domiciliares conjuntas são mais díspares de um território para o outro, é preciso traçar um planejamento para elas, que deve ser revisto periodicamente.



Perguntas que devem nortear o planejamento das visitas domiciliares conjuntas

- Quais são os grupos de risco nessa população?
- Que tipos de usuários com questões psicossociais têm dificuldade de acesso ao serviço?
- Qual deverá ser a regularidade das visitas domiciliares conjuntas dentro do matriciamento?

A discussão sobre um caso de visita domiciliar, que tende a ser mais complexo, deve incluir o maior número de participantes possível, mesmo que nem todos possam estar presentes no domicílio do usuário. A presença concomitante de variadas ideias e visões facilita o surgimento de percepções e de ações que podem vir a ser bem-sucedidas. Aqui vale lembrar sobre a importância da participação de profissionais da saúde mental e da atenção primária, e que o papel dos agentes comunitários de saúde é, muitas vezes, fundamental. A ausência do ACS na visita domiciliar conjunta só deve acontecer se houver uma justificativa muito importante.

Explicar ao usuário e à sua família o que está acontecendo, solicitar a sua permissão e realizar a visita também são passos que acontecem de forma semelhante às etapas da consulta conjunta. No entanto, algumas ponderações são necessárias na hora de decidir a conduta a ser tomada. Diferentemente da consulta conjunta, em que o usuário pode esperar por alguns momentos no lado de fora da sala, na visita domiciliar não existe um "lado de fora da sala". Assim, há duas opções possíveis:

- explica-se ao usuário que a equipe irá se reunir na unidade de saúde para a tomada de decisões e que as propostas serão trazidas para ele pela equipe de referência (matriciandos);
- as decisões são tomadas diante do paciente, o que só é recomendável para equipes que já estejam trabalhando com um grau suficiente de desenvoltura e sinergia.

A primeira opção tem a desvantagem de não trazer uma resposta imediata para o usuário e sua família, além de não permitir trocas sobre as opções terapêuticas com a presença de matriciandos e matriciadores. Por outro lado, essa opção permite mais tranquilidade para a discussão do caso e minimiza a possibilidade de erros graves. Para atenuar as desvantagens, a equipe pode improvisar uma sala de discussão em algum ambiente externo à casa do usuário, porém perto dela, e retornar a seguir para a definição terapêutica.



Em qualquer uma das duas opções, não se deve discutir o caso numa "visita à beira do leito".

Um cuidado especial também deve ser tomado na revisão dos casos acompanhados pela visita domiciliar que, devido à sua complexidade, não podem ser esquecidos. A melhor solução para isso é a manutenção, por parte da equipe de apoio matricial, de um registro desses casos, que serve como um lembrete regular para perguntar (e anotar) como estão evoluindo.

Outro aspecto a ser lembrado é que, numa visita domiciliar, as habilidades de comunicação e de adaptabilidade cultural são essenciais. Além disso, se por um lado essas visitas são provavelmente o procedimento matricial mais complexo, por outro lado elas são capazes, para olhos e mentes atentos, de prover um número incrível de pistas que irão auxiliar a condução do caso. Por isso as visitas domiciliares são um recurso a considerar sempre que a equipe se sentir em um "beco sem saída" na condução de um caso.

Saiba mais!

- *A potência terapêutica dos agentes comunitários de saúde*, de Lancetti, A. (2006).
- *Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF)*, de Fortes, S.; Furlanetto, L. M. e Chazan, L. F. (2005).
- *Realidades escondidas*, de Cruz, M. L. S. (2001).

2.5 CONTATO A DISTÂNCIA: USO DO TELEFONE E DE OUTRAS TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO

Consideremos a seguinte situação: a médica da Estratégia de Saúde da Família, ansiosa e preocupada, liga para a psiquiatra que faz o matriciamento na sua equipe, mas não consegue falar imediatamente, pois a matriciadora está ocupada.

No final da tarde, a matriciadora liga e elas conversam sobre uma puérpera que está com psicose, iniciada no puerpério, e que faz uso de risperidona e periciazina, mas ainda apresenta muitos sintomas delirantes e atitudes bizarras.

A matriciadora não conhece esse caso, mas acolhe a médica da ESF, orienta um ajuste de dose da medicação, comenta sobre o possível signi-

ficado das atitudes da puérpera em relação a seu filho e coloca-se à disposição para marcar uma consulta conjunta, se for necessário.

A usuária melhorou, não sendo necessária uma intervenção na urgência psiquiátrica como a família achava, e manteve o seguimento na própria unidade de saúde da família, com o apoio do matriciamento.

Essa situação ilustra bem como o contato entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o matriciador em saúde mental e a equipe da atenção primária pode ser otimizado com o uso das tecnologias de informação e comunicação.

O meio mais simples e tradicional é o telefone que, com a redução de custos e abrangência das redes de telefonia móvel, tornou-se mais acessível para as equipes de saúde. Embora à primeira vista possa parecer um "luxo" a equipe de matriciamento contar com um celular, a avaliação do custo-benefício desse serviço pode ser compensadora, considerando o aproveitamento do tempo dos profissionais e outros custos relacionados a transporte e mesmo à efetividade da atenção à saúde da população.



O uso do celular ou de qualquer outro meio não significa que um matriciador estará sempre on-line!

Como em qualquer relação de trabalho, se as equipes optarem pela comunicação a distância, ela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais. Inclusive os registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos de usuários e trabalhadores, devem ser adaptados a esse tipo de comunicação.

Atualmente os serviços básicos de saúde já começam a ter acesso a um atendimento mais estruturado, como é o Telessaúde. Nesse caso, a disponibilidade de um terminal com acesso à internet, tendo como referência um outro polo com a opinião de especialistas, é bastante adequado ao

que se propõe a prática do matriciamento. Na saúde mental, o uso de câmeras e microfones pode minimizar o efeito da distância no contato entre as pessoas, personalizando o atendimento.

Em serviços como o Telessaúde, além da comunicação imediata e mediada por recursos como e-mail ou fóruns, há possibilidade de agregar outras funcionalidades, como os prontuários eletrônicos, o acesso à informação científica e as atividades educativas.

O conceito de Telessaúde, antes dirigido a populações em áreas remotas, vem sendo modificado pela necessidade de suprir as demandas dos usuários e serviços mesmo em áreas urbanas, onde a proximidade não garante o acesso a muitos serviços de saúde.

Saiba mais!

- *Programa Telessaúde Brasil* no portal www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php

2.6 GENOGRAMA

O genograma ou genetograma ou ainda familiograma é um instrumento essencial para o profissional de saúde que trabalha com famílias, pois permite descrever e ver como uma família funciona e interage.

A família pode ser crucial na prevenção de doenças, na recuperação de um paciente ou ser parte da origem e da manutenção da patologia.

McGoldrick et al. (1999) esclarecem que o genograma apresenta:

> ...informação sobre os membros de uma família e suas relações por pelo menos três gerações; o genograma apresenta graficamente a informação sobre a familia de maneira que permite uma rápida visão dos complexos padrões familiares e é uma rica fonte de hipóteses sobre como um problema clínico pode estar relacionado tanto com o contexto familiar atual quanto sobre o contexto histórico familiar.

Wagner et al. (1997) nos dizem:

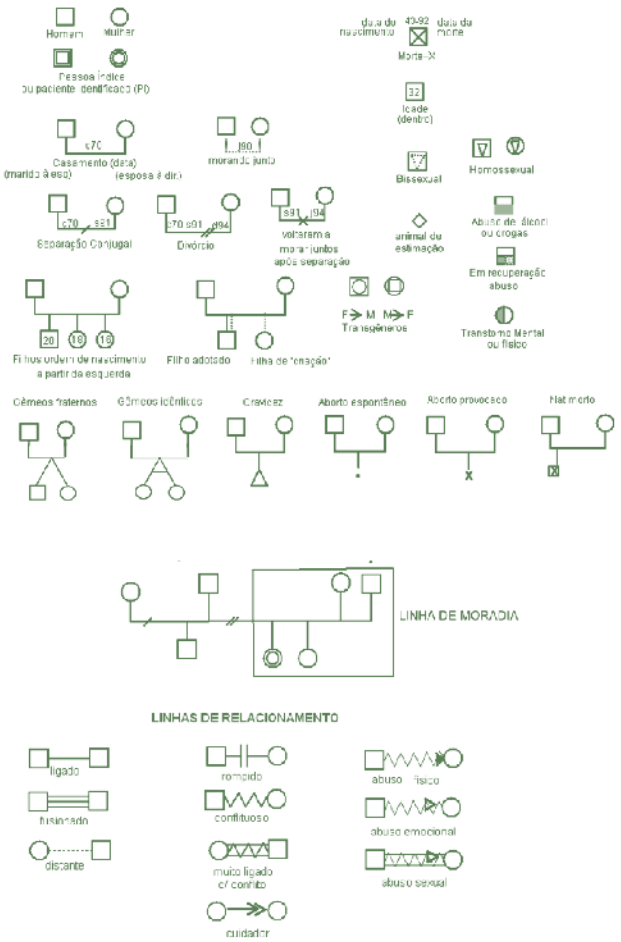
> Suas características básicas são: identificar a estrutura da família e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer – a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer. O instrumento, útil para a equipe de saúde, também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao paciente e sua família ter a noção das repetições dos processos que vem ocorrendo e em como estes se repetem. Isto facilita o "insight" necessário para acompanhar a proposta terapêutica a ser desenvolvida.

Ainda sobre as vantagens do genograma, McGoldrick et al. (1999) acrescentam:

> A maior vantagem do genograma é o seu formato gráfico. Quando existe um genograma no prontuário, o clínico pode, em um piscar de olhos, ter uma imagem imediata da situação clínica e da família sem uma árdua procura em pilhas de notas. Informação médica importante pode ser destacada no genograma e o problema médico atual pode ser visto em seu amplo contexto familiar e histórico. Desta maneira, o genograma, por si só, amplia a perspectiva sistêmica da doença.

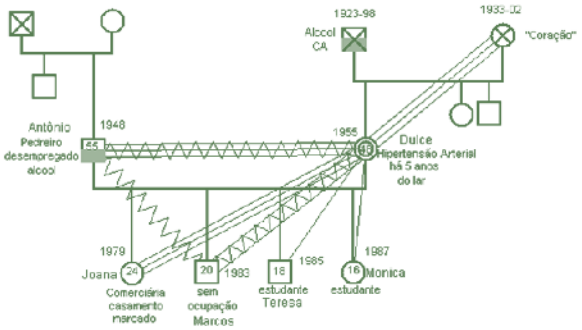
O genograma usa símbolos gráficos universalmente aceitos, o que facilita sua compreensão por qualquer profissional de saúde familiarizado com o sistema. Apresentamos alguns exemplos a seguir.

Figura 1 – Símbolos genogramas



Fonte: Muniz e Eisenstein (2009).

Figura 2 – Exemplo de genograma montado



Fonte: Material didático da Unidade Docente-Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ ([20--])

Observando a Figura 2, e com alguma experiência na leitura de genograma, pode-se ver:

1. O padrão repetitivo do alcoolismo para dona Dulce: o pai e o marido.
2. Dona Dulce e Joana são primogênitas e a relação delas repete o padrão da relação de dona Dulce com a mãe.
3. A mãe morreu do coração e dona Dulce é hipertensa.
4. Nota-se a relação próxima, porém conflituada, com o filho. Será uma "repetição" do modelo da relação com o pai?
5. Marcos, assim como o pai, está desempregado. Estará bebendo?
6. Joana aparentemente é a única fonte de renda da família. Como será quando casar?

Como percebemos, o genograma permite levantar questões que ajudam a estabelecer uma estratégia terapêutica para a família, inclusive em alguns aspectos preventivos.

Saiba mais!

- *Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família*, de Foppa, A. A. et al. (2008).
- *A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa*, de Wendt, N. C. e Crepaldi, M. A. (2008).
- *Novas abordagens da terapia familiar: raça, cultura e gênero na prática clínica*, de McGoldrick, M. (2003).
- *O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola*, de Castoldi, L.; Lopes, R. de C. S. e Prati, L. E. (2006).

2.7 ECOMAPA

O ecomapa é um instrumento útil para avaliar as relações familiares com o meio social (AGOSTINHO, 2009; MELLO et al., 2005). Complementa o genograma, que avalia as relações intrafamiliares. Pode ser definido como uma visão gráfica do sistema ecológico de uma determinada família, permitindo que os padrões organizacionais e suas relações com o meio sejam avaliados. Com esse conhecimento podemos avaliar os recursos e as necessidades.

Na Figura 3 podemos ver como se representam as ligações de um indivíduo ou de uma família com outros elementos da rede que, neste caso, é o trabalho.

Figura 3 – Representação das relações



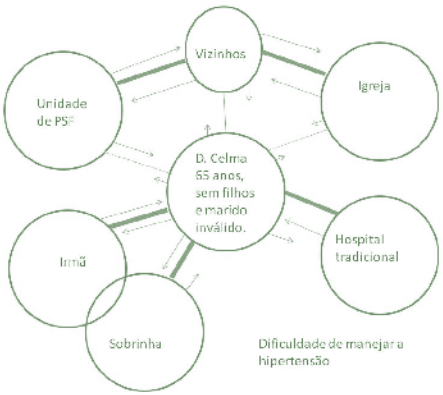
Fonte: Adaptado de Agostinho (2009).

2.7.1 COMO APLICAR O ECOMAPA?

Dona Celma ia com frequência à unidade de Saúde da Família com níveis pressóricos alterados. Aparentemente não seguia a prescrição, além de se mostrar sempre arredia e de pouca conversa. A própria ACS dizia conhecê-la pouco, pois era muito fechada e pouco saía de casa. Em uma reunião de equipe resolveu-se fazer o ecomapa para avaliar sua rede social. Nesse processo revelou-se a história de dona Celma.

Ela sempre se dedicou a cuidar dos pais. Teve um noivo aos 20 anos, mas como a mãe não o aprovava, rompeu o noivado. Depois da morte dos pais, ela ficou só e, após alguns anos, reencontrou seu José, o noivo, já viúvo e adoentado. Casaram-se e pouco depois um Acidente Vascular Cerebral (AVC) deixou-o completamente inválido e dona Celma passou a cuidar de seu José. Seus maiores vínculos sociais restringiram-se à irmã, já viúva, e à sobrinha. Sua hipertensão era de difícil controle, pois embora há muitos anos fizesse tratamento no ambulatório do hospital, sua frequência era irregular, já que não podia deixar o marido sozinho. Nunca aceitou participar dos grupos de hipertensos que lhe foram oferecidos. As informações colhidas sobre dona Celma foram registradas da forma como mostra a Figura 4.

Figura 4 – Registros das informações colhidas sobre dona Celma



Observando a figura, é possível destacar:

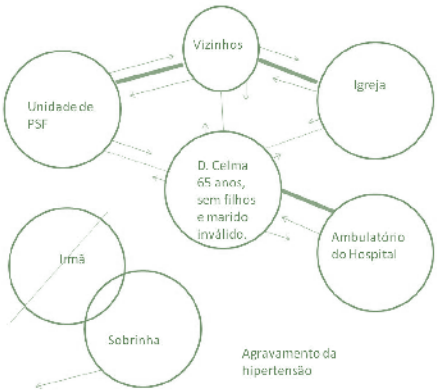
1.Dona Celma tem um bom vínculo com o ambulatório do hospital, mas ele se situa longe da sua casa, e são necessários dois ônibus e 3 horas para chegar lá. Com isso só frequentava o ambulatório quando ficava algum tempo sem remédio ou se sentia mal.

2.Sua dedicação aos pais e depois ao marido foi organizadora de uma pobre rede social. A relação com os vizinhos era cordial, mas distante, e só frequentava a igreja em dias de alguns santos.

3.Embora existisse uma unidade de Saúde da Família perto da casa de dona Celma, ela não confiava na equipe. Dizia: "Aqui por perto nunca houve nada bom, por que haveria agora?"

Um dia dona Celma chegou à unidade com piora do padrão pressórico e soube-se que a irmã havia falecido e a sobrinha estava de mudança para outra cidade, pois havia recebido uma boa oferta de emprego.

Figura 5 – Registros das informações colhidas sobre dona Celma após a morte da irmã



A solução veio quando a equipe teve a ideia de estrategicamente oferecer a seu José, por meio de dona Celma, o cuidado de uma ACS que estudava fisioterapia. A partir desse momento, com alguma melhora de seu José, e utilizando-se do vínculo da unidade com a comunidade e de várias atividades comunitárias, foi possível que os ACS introduzissem dona Celma gradativamente nas relações com os vizinhos, alguns tão sofridos quanto ela.



Tanto o genograma quanto o ecomapa devem ser complementados no processo diagnóstico com a avaliação do risco familiar. Garmezy (1996) mostra a necessidade da identificação de fatores que acentuam distúrbios, transtornos e respostas desadaptadas. Podemos usar nessa avaliação a escala de Coelho e Savassi (s/d), disponível em http://www.slideshare.net/leosavassi/sistematizao-de-instrumento-de-estratificao-a-escala-de-risco-de-coelho.

Saiba mais!

- *Ecomapa*, de Agostinho M. (2007).

CAPÍTULO 3
Intervenções em saúde mental na atenção primária

3.1 Grupos na atenção primária à saúde pg 53
3.2 Educação permanente em saúde e transtornos mentais pg 659
3.3 Intervenções terapêuticas na atenção primária à saúde pg 62
3.4 Intervenções baseadas em atividades na atenção primária pg 79
3.5 Uso de psicofármacos na clínica da atenção primária pg 81
3.6 Abordagem familiar pg 90

3.1 GRUPOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O trabalho com pequenos grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Seu manejo adequado permite organizar melhor os processos de trabalho e também ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a.

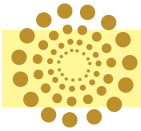


É importante definir pequenos grupos porque existe uma especificidade de conhecimento e de técnicas para esse tipo de organização. Há várias definições, mas para fins de objetividade, fundamental na APS, podemos dizer que um pequeno grupo é composto por quatro pessoas no mínimo. E o número máximo de pessoas é aquele que permite que todos se vejam e se ouçam, sem necessidade de fazer movimentos corporais ou usar artifícios auditivos.

Tradicionalmente os grupos realizados na atenção primária são os de educação em saúde, dentro da proposta de promoção e prevenção, tão importante nesse nível assistencial e tão valorizada pela Estratégia de Saúde da Família. Entre os grupos normalmente realizados por essas equipes podemos destacar: grupos de doenças crônicas (hipertensão e diabetes); de gestantes; de adolescentes; de convivência; de atividade física; de planejamento familiar; de famílias (por exemplo, de mães de crianças de baixo peso).

De maneira geral, esses grupos são considerados como ações educativas e, infelizmente, muitas vezes são realizados em modelos clássicos de transmissão de informações, em que profissionais fazem palestras para falar sobre as principais patologias e problemas de saúde. Esse modelo apresenta dificuldades relativas à adesão dos pacientes, não estimula a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde, além de ser monótono e repetitivo. Também nesse tipo de modelo

perdem-se várias ações terapêuticas que os grupos desempenham como, por exemplo, a reflexão e a mudança de uma atitude passiva para ativa.



Os grupos da atenção primária à saúde devem ser educativos, mas exigem um atributo de suporte e de reflexão.

Muitas vezes a participação de profissionais de saúde mental junto aos profissionais da atenção primária nesses grupos, em coordenação conjunta, facilita o aprendizado desses últimos quanto ao manejo dos aspectos subjetivos do processo grupal, perante os quais eles muitas vezes se sentem inseguros. Recomendamos sempre uma coordenação conjunta, pois facilita as trocas intraequipe e ajuda nos momentos difíceis.

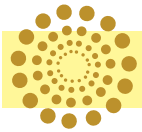
Funções dos coordenadores de grupo

- Ser um cuidador do grupo, trabalhando para que as pessoas tenham, cada vez mais, autonomia e cidadania.
- Promover a constância e a confiabilidade.
- Ter clareza dos objetivos.
- Garantir a voz de todos, sabendo manejar com equidade sua condição hierárquica.
- Não atrapalhar.
- Ter com o coordenador conjunto uma relação de franqueza, aceitando e fazendo críticas nos momentos de avaliação pós-grupo.

Muitas são as vantagens da realização de intervenções em grupo mais profundas e regulares, mesmo que de caráter aberto pois, para além da ação dos processos terapêuticos em geral, como descreveremos mais adiante, os grupos têm mecanismos terapêuticos próprios, que valorizam a sua utilização na rede de assistência.

Alguns desses mecanismos terapêuticos são:

- estabelecimento de identificações, reforçando a possibilidade de estruturação de comportamentos imitativos positivos: se deu certo para o outro, pode dar para mim também. Esse processo reforça a percepção da Universalidade Humana, que é fonte de instilação de esperança.
- reprodução de conflitos, por se tratar de um verdadeiro microcosmo social, permitindo uma elaboração mais direta e rápida de conflitos e o desenvolvimento de novas formas de relacionamento e socialização.
- possibilidade de a transferência também ocorrer de um modo lateralizado (ou seja, entre todos os membros do grupo), reeditando de forma corretiva o grupo familiar primário, porém com mudança de posições enrijecidas.
- catarse e realização de experiências emocionais corretivas.
- espaços importantes de apoio social, em que a troca de informações, a participação e a discussão das dificuldades de todos e de cada um levam a uma aprendizagem interpessoal em um ambiente coeso.
- apoio ao estabelecimento de uma verdadeira "mente grupal", que reforça fatores existenciais humanistas e altruístas.



O grupo, como um verdadeiro "ego grupal", por ter uma identidade, é capaz de "emprestar" estruturas mentais com funções egoicas, auxiliando na reestruturação dos indivíduos que o compõem, para além da ação individual de cada um.

Essa ação positiva ampliada reflete os diversos benefícios que toda ação grupal pode produzir, se adequadamente conduzida. Nos grupos de educação em saúde, a estruturação mais participativa, menos hierarquizada, com maior espaço para os aspectos subjetivos das dificuldades dos pacientes, traz muitos benefícios, dentre os quais destacamos:

- maior aderência do paciente ao tratamento;
- ampliação de consciência sobre a sua patologia;
- desenvolvimento de maior capacidade de assimilação das informações;
- ampliação da capacidade adaptativa (ajudar a organizar as defesas; auxiliar na administração da doença) – incremento da resiliência;
- auxílio na interação com o sistema de saúde, inclusive na cobrança do que lhe é devido;
- ampliação das noções de direitos e deveres;
- diminuição da passividade;
- estimulação da percepção da responsabilidade sobre o tratamento;
- estimulação da solidariedade e favorecimento para que cada paciente possa atuar na comunidade, de modo informal, como um agente de saúde;
- melhora da relação e da comunicação profissional (equipe)-paciente;
- integração dos profissionais de saúde, promovendo a interdisciplinaridade, pois o "trabalhar com" implica buscar uma linguagem comum, de modo a favorecer a comunicação e a preservar as especificidades de cada área;
- ampliação da capacidade crítica aos modelos anatomoclínicos em relação aos modelos centrados no homem, favorecendo a integração do conhecimento biomédico ao modelo integral;
- ampliação da personalização nas relações equipe-paciente e equipe-equipe e, portanto, do cuidado.

Trabalhar com grupos dentro de um modelo mais ampliado pressupõe conhecer um pouco mais as dificuldades que surgem no contexto desse trabalho. Um grupo que se organiza como grupo de trabalho (quando todos estão focados em alcançar seus objetivos), atuando de forma madura, é um caminho permanente que muitas vezes atravessa períodos de

funcionamento bastante regredidos, ou seja, sempre haverá resistências que deverão ser vencidas. Um bom exemplo disso são os grupos de estudo que a maioria de nós fez na faculdade, em que pouco se estuda (grupo de trabalho) e muito se conversa (grupo regredido).

Outra característica típica dos grupos são os papéis que as pessoas tendem a assumir no processo de cada sessão grupal. Identificar esses diversos papéis vai facilitar o manejo do grupo. Essa identificação pode ocorrer pela observação das dificuldades que as pessoas vêm encontrando para o desempenho de suas tarefas, quaisquer que elas sejam, como, por exemplo, a tarefa de cuidar corretamente de si e de sua saúde.



Papéis mais comuns assumidos pelas pessoas nos grupos

Líder – Positivo ou negativo, dependendo se a liderança é exercida para o benefício do grupo ou para benefício pessoal. Quanto mais frágil for a estrutura grupal, mais espaço tem o líder negativo.

Monopolizador – Tende a trazer tudo para si e não abre espaço para os outros.

Silencioso – Pode até se beneficiar do grupo, mas não compartilha seus ganhos, e pode estar em um conluio patológico com o monopolizador.

Queixoso – Rejeita a ajuda, podendo levar o grupo e os coordenadores à sensação de impotência. Nessa categoria encontra-se o paciente que apresenta sintomas médicos inexplicáveis.

É importante frisar que esses papéis podem existir em qualquer grupo e o grande problema é quando são crônicos e prejudicam

o alcance dos objetivos comuns. Podem ser um pesadelo para os coordenadores! Mas quando se consegue lidar com eles, contribuindo para que apresentem um novo comportamento, o ganho é de todos.

O trabalho com grupos da Estratégia de Saúde da Família na atenção primária pode ir além. O cuidado a pacientes com sofrimento emocional significativo, incluindo portadores de transtornos mentais comuns, também é ação dessas equipes. Esses pacientes procuram as unidades gerais de saúde em busca de apoio para superar seus sofrimentos e problemas. Nos últimos anos, diversas intervenções grupais na atenção primária têm sido construídas para ser realizadas pelas equipes da atenção primária, com ou sem participação direta dos profissionais de saúde mental, embora estes atuem sempre como apoio dessas intervenções pela ação matricial. Essas intervenções baseiam-se em técnicas psicoterápicas, como a terapia interpessoal, a reatribuição e a terapia de resolução de problemas, as quais serão descritas adiante, neste mesmo capitulo.

Para terminar, vale destacar a importância do trabalho em grupo com as equipes, mais uma das funções presentes nas atividades de matriciamento em saúde mental. São grupos de capital importância, uma vez que propiciam:

- ampliar a consciência da equipe sobre sua prática;

Prática sem reflexão = alienação

- gerar espaço para discutir e solucionar possíveis conflitos internos da equipe;
- oferecer continente para possíveis dificuldades de qualquer membro da equipe em relação à sua prática (*holding*);
- construir modelo de cuidado e empoderamento;

♦contribuir para a prevenção da síndrome de esgotamento no trabalho (*burn out*);

♦contribuir para criar uma linguagem comum da interdisciplinaridade;

♦reforçar a solidariedade e o sentimento de responsabilidade de todos sobre o trabalho.

Saiba mais!

- *Grupos homogêneos interdisciplinares*, de Chazan L. F. (2000).
- *O processo grupal*, de Pichon-Rivière, E. (1982).
- *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*, de Yalom, I. D.; Leszcz, M. (2006).

3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E TRANSTORNOS MENTAIS

Entre os profissionais que trabalham na saúde da família há uma enorme dificuldade em cuidar e apoiar os pacientes com "problemas de saúde mental".

Historicamente, há uma formação acadêmica deficitária no tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental. Quando existe essa formação, ela ocorre predominantemente em ambiente hospitalar e/ou ambulatórios psiquiátricos especializados, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na APS. Consequentemente, durante sua formação, os profissionais, em especial os auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, têm contato com pacientes com transtornos mentais graves e geralmente em períodos de crise. Dessa

forma acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico e julgam-se incapazes de lidar com esse problema. Os agentes comunitários de saúde, por sua vez, associam os portadores de transtorno mental àqueles "loucos" da comunidade, com toda carga de estigma comum à população geral.

Além disso, a rotina de trabalho na ESF traz uma demanda constante e muitas vezes exagerada por parte dos pacientes com sofrimento psíquico, seja dos usuários com transtorno mental grave ou dos dependentes de medicamentos (constante troca de receitas controladas) ou, ainda, daqueles usuários hipersolicitantes devido a transtornos mentais comuns ou queixas inespecíficas, que frequentemente demandam acolhimento e consulta não agendada.

Dessa forma, uma primeira barreira a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a desconstrução do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo a "educação em saúde mental" fundamental na rotina dos espaços matriciais.

Primeiramente, deve-se dissociar o conceito de saúde mental do conceito exclusivo de "doença" mental. É necessário apontar para os profissionais de saúde da família que, ao fazerem atividades de promoção e prevenção à saúde, como grupos de atividade física (caminhada, por exemplo), grupos de artesanado, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, estão promevendo saúde e, consequentemente, a saúde mental.

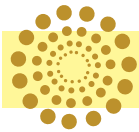
Ainda nesse sentido, os profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias devem ser sensibilizados, ou mesmo acompanhados em atividade compartilhada de matriciamento, de modo a oferecer espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. Dessa forma, amplia-se o escopo de atenção, propiciando diagnóstico

precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas ao transtorno mental (prevenção secundária).

No que se refere aos pacientes com qualquer grau de sofrimento psíquico, os profissionais de saúde da família devem compreender que o acolhimento já é uma intervenção em saúde mental. Nesses casos, mesmos os portadores de transtorno mental grave devem ter seu espaço de cuidado e de atenção na APS. Intervenções mais intensas, como processos psicoterapêuticos e/ou intervenções medicamentosas, podem ser de responsabilidade de centros especializados como os CAPS, mas o apoio à adesão ao tratamento, os cuidados clínicos a esses usuários e a inserção na comunidade podem (e devem) ser realizados pela equipe da ESF.

Também os portadores de transtornos leves, como os transtornos de ajustamento, e os portadores de transtornos mentais comuns devem ser acolhidos pelos profissionais de saúde da família com o devido suporte, incluindo a educação em saúde mental.

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados.



O profissional matriciador deve ter a preocupação de trocar conhecimentos com os profissionais matriciados e ambos são fonte de educação para a população, em especial no que se refere a questões sobre saúde e transtorno mental. O estigma que há entre os usuários dos serviços e a população em geral também deve ser alvo de educação e esclarecimento. Tal conduta visa

ampliar a socialização da a socialização da pessoa com problemas mentais, potencializar o acesso aos serviços de saúde ao aumentar a adesão ao tratamento.

Saiba mais!

- *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, do Ministério da Saúde/Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde (2009).

3.3 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na abordagem dos pacientes com sofrimento emocional/transtorno mental na atenção primária, não há mais dúvida de que os profissionais podem e devem atuar nesse nível de atenção, exercendo algum grau de cuidado. Do acolhimento ao tratamento farmacológico ou não farmacológico, devem atuar como terapeutas e gestores da atenção, referenciando aos serviços de saúde mental quando necessário.

Para tanto, a atuação dos profissionais da atenção primária em conjunto com os profissionais especialistas em saúde mental pode ser determinante para o sucesso terapêutico e a segurança dos profissionais da APS.

É muito importante que os profissionais da atenção primária – agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, odontólogos, médicos, enfermeiros e outros – estejam convencidos de que são capazes de oferecer cuidados em saúde mental.

Primeiramente os profissionais devem saber que desde a escuta do paciente, por meio de um acolhimento benfeito, até o plano de cuidado, eles são fonte de intervenção efetiva.

Via de regra, desde o primeiro contato com o paciente os profissionais não sabem que podem ser terapêuticos e ignoram o poder terapêutico do vínculo. Na atenção primária, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal no decorrer do tempo fazem desse nível de cuidado um ótimo local para estreitamento do vínculo com o paciente.

A relação profissional de saúde-paciente, quando bem-estruturada, por si só é terapêutica. Como?

A ação terapêutica decorrente de vínculos de cuidado bem-estruturados sustenta-se em quatro pilares que permitem, de forma específica, a ação das diferentes técnicas psicoterápicas. Esses pilares são mecanismos presentes em qualquer relação terapêutica, podendo ser instrumentalizados por todos os profissionais de saúde.



Pilares da ação terapêutica do vínculo

O acolhimento – estabelece o vínculo e permite o cuidado.

A escuta – permite o desabafo (denominado catarse em termos psicológicos) e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas.

O suporte – representa continente para os sentimentos envolvidos, reforçando a segurança daquele que sofre, empoderando-o na busca de soluções para seus problemas.

O esclarecimento – desfaz fantasias e aumenta informação, reduzindo a ansiedade e a depressão. Facilita a reflexão e permite uma reestruturação do pensamento com repercussões nos sintomas emocionais e até mesmo físicos.

E qual é o objetivo das intervenções de apoio na atenção primária?

Essas intervenções atuam terapeuticamente na redução do sofrimento emocional e até mesmo na reestruturação pessoal e na resolução dos transtornos mentais presentes nos pacientes. Além disso, as intervenções terapêuticas na atenção primária também apresentam impacto:

- na melhoria da capacidade de enfrentamento (*coping*) dos problemas da vida;
- no aumento da autoestima e da resiliência.

No entanto, os profissionais da atenção primária deparam-se frequentemente com muitas dificuldades no acompanhamento das pessoas com sofrimento emocional e no manejo dos transtornos mentais. A identificação e a discussão dessas dificuldades devem ser feitas juntamente com esses profissionais em encontros matriciais ou em outras atividades de educação permanente da equipe.

Dificuldades comumente vivenciadas pelos profissionais da atenção primária

- Tendência a dar soluções e conselhos
- Manejo do tempo de cuidado e de expectativa de melhora do quadro
- Dificuldades transferenciais
- A contratransferência

Além dessas dificuldades, no processo do cuidado integral, os profissionais se veem perante fenômenos transferenciais e contratransferenciais, o que pode levá-los a abandonar esses cuidados porque não compreendem os sentimentos envolvidos nessa relação.

Os conceitos de transferência e contratransferência são importantes porque descrevem fenômenos mentais universais que, na psicanálise, são instrumentos do processo terapêutico. Mesmo não havendo proposta de se fazer um tratamento psicanalítico na APS, conhecer os fenômenos mentais presentes em qualquer relação humana ajuda a ampliar a capacidade do profissional da APS para entender e manejar certos sentimentos e emoções que podem surgir nos encontros com as famílias e os pacientes.

Transferência

Conjunto de emoções e sentimentos vividos pelo paciente na relação terapêutica que correspondem aos padrões infantis de relacionamento. Como o profissional de saúde representa uma figura de autoridade, o paciente tende a (re)vivenciar com esse profissional o modelo das suas relações reais ou fantasiadas com os representantes de autoridade da sua infância. Por exemplo, o paciente vê no Profissional da Atenção Primária à Saúde (PAPS) uma figura idealizada que pode trazer todas as soluções. Como dizem alguns pacientes "é Deus no céu e o médico na Terra". Ou, ao contrário, o paciente já chega "raivoso" no primeiro contato, mesmo quando essa raiva pelo PAPS não tem qualquer base real.

Contratransferência

Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 102) é o "conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste". Por exemplo, alguns pacientes despertam no PAPS, às vezes até antes de qualquer comunicação verbal, sentimentos amorosos (como o desejo de colocar no colo) ou de aversão. No encontro matricial, deve ser reservado um momento para a discussão dos sentimentos que surgem na relação terapêutica. Dentre esses senti-

mentos, a insegurança no cuidado ao portador do transtorno mental é muito comum devido ao estigma que os PAPS geralmente têm em relação a essas pessoas.

Uma vez feito o diagnóstico do sofrimento emocional, com a presença ou não de algum transtorno psíquico, os médicos e enfermeiros podem utilizar intervenções terapêuticas específicas para tais condições, as quais necessitarão de treinamentos específicos. A literatura internacional e a experiência nacional apontam que essas intervenções podem também ser realizadas por profissionais especializados em saúde mental, em conjunto com os profissionais da atenção primária.

Neste capítulo apresentamos tais intervenções sumariamente, descrevendo os aspectos conceituais de modo breve, sem aprofundamento das etapas ou passos que as constituem, pois já estão descritas mais detalhadamente no material de referência indicado.

O matriciador deve estar atento para as intervenções terapêuticas efetivas nesse *setting* de cuidado para capacitar e estudar em conjunto com os profissionais da atenção primária.

Setting refere-se ao ambiente terapêutico no seu sentido físico e também no aspecto relacional-subjetivo.

As intervenções desenvolvidas e/ou já testadas para aplicação na atenção primária são as seguintes:

- Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica
- Terapia de Solução de Problemas (TSP)
- Terapia Interpessoal Breve (TIP)

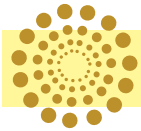
- Terapia Comunitária (TC)
- Intervenção breve para dependências químicas
- Outras terapias cognitivas comportamentais: ativação
- Práticas corporais e integrativas

Apresentamos, a seguir, alguns aspectos relativos a cada uma dessas intervenções.

3.3.1 REATRIBUIÇÃO

A reatribuição refere-se a um processo de abordagem de pacientes com sofrimento emocional/transtornos psíquicos que buscam cuidados na atenção primária, geralmente com sintomas físicos sem explicação médica. Essas queixas, apresentadas muito frequentemente, acabam por representar uma barreira para o cuidado adequado ao sofrimento emocional. Elas desviam o foco das consultas para exames e possíveis doenças físicas a serem detectadas quando, na verdade, representam uma forma de apresentar o sofrimento emocional difuso, geralmente com sintomas mistos de ansiedade e depressão, associado a problemas psicossociais importantes, típicos da atenção primária, distintos da forma como as síndromes psiquiátricas se apresentam em unidades especializadas.

Reatribuir, ou seja, construir uma conexão entre as queixas somáticas e o sofrimento psíquico é o primeiro passo para que os tratamentos psicossociais na atenção primária ou o encaminhamento para terapias especializadas sejam aceitos pelos pacientes. Uma vez que o processo seja realizado e o paciente entenda a conexão entre suas queixas físicas e seu sofrimento emocional, a abordagem, a elaboração e a resolução de seus problemas psicossociais se tornam o objetivo de seu tratamento, em vez das queixas físicas sem explicação.



O processo de reatribuição não se dá em apenas uma consulta. Ele faz parte do cuidado longitudinal dos pacientes da atenção primária.



Etapas da terapia de reatribuição

1. **Sentindo-se compreendido** – fazer anamnese ampliada e exame físico focado na queixa, com valorização das crenças da pessoa.
2. **Ampliando a agenda** – dar feedback à pessoa, com recodificação dos sintomas e vinculação destes com eventos vitais e/ou psicológicos.
3. **Fazendo o vínculo** – construir modelos explicativos que façam sentido para a pessoa.
4. **Negociando o tratamento** – pactuar, em conjunto com a pessoa, um projeto terapêutico ampliado.

As etapas desse tratamento devem seguir uma rotina de consultas de tal forma que o profissional e a pessoa em tratamento façam um contrato terapêutico. Essas consultas podem durar de 15 a 45 minutos, devendo-se reservar pelo menos uma consulta para cada uma das etapas.

3.3.2 TERAPIA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

A TSP surgiu no Reino Unido na década de 1970 e tem-se mostrado efetiva. É uma técnica psicoterápica do grupo das terapias cognitivas-comportamentais para estresse da vida cotidiana, tendo sido testada com médicos e enfermeiros.

Bem-aceita por pacientes e profissionais, é isenta de efeitos colaterais, breve e de fácil aplicação. Busca atingir diretamente os fatores relacionados ao sofrimento psíquico e é um ótimo recurso para aplicar na atenção primária devido aos seguintes fatores:

- ♦independência da capacidade de resolução de problemas com a inteligência;
- ♦forte associação entre adoecimento mental e conflitos vividos pelos indivíduos na atenção primária.

A terapia de solução de problemas tem como objetivos principais: ajudar o paciente a identificar problemas ou conflitos como uma causa de sofrimento emocional; ensiná-lo a reconhecer os recursos que possui para resolver as suas dificuldades, aumentando a sensação de controle com as circunstâncias negativas; e, por último, ensinar às pessoas um método para apoiá-las na resolução de problemas futuros. É uma terapia indicada para as seguintes situações associadas a transtornos mentais comuns:

- ♦perda real ou temida (propriedade, status, relacionamentos etc.);
- ♦adoecimento físico;
- ♦dificuldades nas relações conjugais ou interpessoais;
- ♦problemas de trabalho ou estudo;
- ♦adaptação às situações de transtorno mental ou problema psicológico.

Devem ser excluídos da terapia de solução de problemas os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, abuso de substâncias ou transtornos de personalidade).

Etapas da metodologia de terapia de solução de problemas

1. **Identificar a necessidade de aplicabilidade** – diagnóstico do transtorno mental e proposta de tratamento.
2. **Explicar o tratamento** – contrato terapêutico e sua metodologia.
3. **Listar e eleger problemas** – o paciente aponta problemas, que são agrupados por categorias, como pessoal, interpessoal, familiar, saúde, financeiro, profissional. Elege-se o problema prioritário, que então passa a ser dividido em problemas "menores".
4. **Pensar em metas alcançáveis** – discussão da exequibilidade das metas trazidas pela pessoa, relacionadas ao problema eleito.
5. **Gerar soluções** – identificação de meios para alcançar as metas, com base na realidade da pessoa. Quanto mais soluções, melhor.
6. **Eleger uma solução** – reflexão sobre prós e contras das soluções levantadas.
7. **Colocar solução em prática** – criação de plano de ação para efetivar a solução eleita.
8. **Avaliar e repetir o ciclo** – avaliar o progresso obtido, evitando-se visões negativas com crítica a soluções do tipo "tudo ou nada".

Tais etapas podem acontecer em encontros semanais de 20 a 30 minutos – geralmente de quatro a seis encontros –, em consultas individuais ou em grupo. Na estrutura de trabalho da ESF, essa rotina tem excelente aplicabilidade em grupo, uma vez que há tempo específico para essa prática na grade horária das equipes. O processo terapêutico, neste caso, tem ótimo impacto quando realizado em grupo, por permitir troca de experiências, uma vez que muitas situações são comuns entre as pessoas. Dessa forma, fortalece-se uma rede social de apoio, tal como acontece na terapia comunitária, apresentada adiante.

3.3.3 TERAPIA INTERPESSOAL BREVE

A TIP baseia-se num modelo biopsicossocial para a compreensão do sofrimento emocional. O funcionamento do indivíduo é produto da interação de seu temperamento, sua personalidade e suas características de apego e vínculo estruturados na biologia e na genética, agindo conjuntamente na interação com o meio sociofamiliar e cultural.

Essa terapia é um instrumento de trabalho para terapia breve, que atua nos estressores psicossociais, no suporte social e nas relações interpessoais, visando basicamente o rápido alívio sintomático e a melhora das relações interpessoais. Tem como bases teóricas:

- teoria do apego;
- teoria da comunicação;
- teoria social;
- teoria interpessoal.

O objetivo da TIP é diminuir os sintomas psíquicos que interferem na socialização da pessoa, reestruturando o funcionamento interpessoal por meio do trabalho em focos determinados nos primeiros encontros da terapia.

Atualmente, a terapia interpessoal breve vem sendo aplicada para casos de depressão em todas as faixas etárias, transtorno bipolar, transtornos alimentares, transtornos de estresse pós-traumático. Geralmente é realizada por profissionais especializados em saúde mental juntamente com os profissionais da APS.

Fases da terapia interpessoal breve

1. **Fase inicial** – um ou dois encontros para levantar a história do sofrimento psíquico/emocional, realizar um inventário interpessoal, fazer uma psicoeducação e determinar o foco da intervenção.

2. **Fase intermediária** – cinco a oito encontros em que o indivíduo e o profissional mantêm foco na área interpessoal e nos quais se detectam problemas com a finalidade de melhorar o funcionamento interpessoal que desencadeia ou mantém o sofrimento.
3. **Fase final** – um ou dois encontros destinados ao término da intervenção, em que é feito um levantamento dos progressos e mudanças ocorridos. É um momento de consolidação de ganhos, em que se discutem estratégias e cuidados de prevenção contra problemas futuros.

Os focos da terapia interpessoal breve são determinados junto ao indivíduo e encontram-se em quatro áreas de problemas interpessoais:

- luto: associado a perdas;
- disputas interpessoais: acentuam as dificuldades em desenvolver vínculos de confiança;
- transição de papéis: envolvem situações de mudança que podem ter sido ocasionadas por situações de rompimento dos papéis após um trauma;
- sensibilidade interpessoal: os sintomas intrusivos ou de evitação rompem o funcionamento interpessoal, levam a interações problemáticas ligadas a uma vulnerabilidade interpessoal anterior ao adoecimento.

A TIP apresenta grande potencial de atuação dos profissionais da atenção primária junto com seus matriciadores na abordagem a indivíduos que sofrem situações de violência física ou psíquica, tão comuns em nossa sociedade.

3.3.4 TERAPIA COMUNITÁRIA

É um espaço comunitário em que se procura compartilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, com base na escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos tornam-se corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2005).

A TC pode ocorrer em qualquer espaço físico em que as pessoas tenham condições de se reunir e conversar: no posto de saúde/ESF, em salas de espera, escolas, praças, casas dos usuários etc. Para tal é necessária apenas a presença de um ou mais terapeutas comunitários com formação: qualquer profissional de saúde, líder comunitário ou pessoa capacitada.

A terapia comunitária tem como objetivos:

- reforçar a dinâmica interna de cada um, para que possa descobrir seus valores, suas potencialidades, de tornar-se mais autônomo e menos dependente;
- reforçar a autoestima individual e coletiva;
- valorizar o papel da família e da rede de relações;
- valorizar todas as práticas culturais; suscitar, em cada pessoa, família e grupo social, o sentimento de união;
- identificar-se com seus valores culturais e tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do "saber popular" e "saber científico".

A TC operacionaliza-se de forma sistêmica, e dela pode participar qualquer usuário, portador ou não de sofrimento ou patologia orgânica e/ou psíquica. É um grupo aberto no qual cada um terá seu aproveitamento pessoal e será capaz de estabelecer redes de apoio. Sua teoria é baseada no pensamento sistêmico, na teoria da comunicação, na antropologia cultural e na teoria da resiliência.

Etapas da terapia comunitária

1. **Acolhimento** – momento de apresentação individual e das cinco regras.
2. **Escolha do tema** – as pessoas apresentam as questões e os temas sobre os quais querem falar. Vota-se o tema a ser abordado no dia.
3. **Contextualização** – momento em que o participante, com o tema escolhido, conta sua história. O grupo faz perguntas.
4. **Problematização** – o mote (questão chave para reflexão) do dia, relacionado ao tema, é jogado para o grupo.
5. **Rituais de agregação e conotação positiva** – com o grupo unido, cada integrante verbaliza o que mais o tocou em relação às histórias contadas
6. **Avaliação** – feita entre os terapeutas comunitários.

As cinco regras da terapia comunitária são fundamentais para o bom andamento do grupo. São elas:

1. Fazer silêncio para ouvir quem está falando.

2. Falar da própria experiência, utilizando a primeira pessoa do singular.

3. Evitar dar conselhos, fazer discursos ou sermões.

4. Cantar músicas conhecidas, contar piadas e histórias, ou citar provérbios relativos ao tema do dia.

5. Guardar segredo (comum em comunidades violentas).

A TC tem evidenciado seu potencial terapêutico em vários locais em que já é realizada. Mostra a mudança de olhar e de enfoque; sai do unitário para atingir o comunitário; sai da relação de dependência para adotar a de autonomia e

corresponsabilidade do sujeito. Vai além da carência, ressaltando a competência; sai da verticalidade para a horizontalidade; rompe com o clientelismo, caminhando para a cidadania; rompe com o modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

3.3.5 INTERVENÇÃO BREVE PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A técnica da intervenção breve foi proposta originalmente no Canadá para a abordagem terapêutica de dependentes de álcool. Assim como a TSP, tem a característica de ser objetiva, com tempo determinado, e focada na autonomia das pessoas. Pode ser realizada por profissionais, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e até agentes de saúde que tenham formação específica para tal.

Seus objetivos principais são a prevenção primária (impedir ou retardar o início do consumo de álcool e outras drogas) e a prevenção secundária (avaliar o padrão de consumo e evitar sua progressão, bem como minimizar os prejuízos relacionados ao seu uso).

Passos do processo da intervenção breve

1. **Avaliação do uso de substâncias e devolutiva** – aplicação de instrumentos padronizados – CAGE, ASSIST e o teste de Fagerström, mais detalhados no Capítulo 4, no item referente ao alcoolismos e outras drogadições – após identificar a exposição ao álcool e a outras drogas nas pessoas que buscam os serviços de saúde.

2. **Responsabilidades e metas** – devolutiva e negociação conforme padrão de uso encontrado no primeiro passo. Com isso faz-se a responsabilização pelas escolhas e suas possíveis consequências.

3. **Aconselhamento** – informações claras e sem preconceito sobre os riscos do uso das substâncias, além da vinculação dos problemas atuais vivenciados e o padrão de uso.

4. **Estratégias para mudança de comportamento** – identificação das situações de uso, fatores motivacionais que favorecem o consumo, pensando-se em mudanças de práticas e rotinas.

5. **Empatia** – disposição para ouvir e disponibilidade para continuar a discutir o assunto, ainda que em outro momento, evitando comportamento de confrontamento ou agressivo em relação à pessoa e ao uso da substância, de modo a fortalecer o vínculo, que é peça chave na abordagem.

6. **Autoeficácia** – encorajamento da pessoa para que se sinta no autocontrole, com confiança nos recursos de que dispõe (inclusive a equipe de saúde).

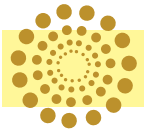
No trato com pacientes usuários, dependentes ou não de substâncias psicoativas, é fundamental uma abordagem mais ampliada em saúde mental, pois é muito comum a comorbidade de transtornos psiquiátricos com o abuso de álcool e outras drogas. Dessa forma, a participação próxima de matriciadores, e o conhecimento e a utilização da rede de serviços, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), são de grande valia para que essa abordagem seja mais efetiva na atenção primária.

3.3.6 OUTRAS TERAPIAS COGNITIVAS COMPORTAMENTAIS: ATIVAÇÃO

Durante o processo de cuidado dos portadores de sofrimento emocional ou transtorno mental, os profissionais de saúde da atenção primária podem incentivá-los à prática de atividades prazerosas. É muito comum

uma pessoa em sofrimento abandonar rotinas que costumavam trazer-lhe satisfação, prazer e tranquilidade, como atividades simples de jardinagem, cozinha, leitura, prática religiosa e esportes, por exemplo. A essa metodologia de incentivo e apoio à retomada de atividades prazerosas dá-se o nome de **terapia de ativação**.

Durante as consultas ou sessões de grupo, é importante que as pessoas sejam questionadas sobre o que costumavam fazer e o que lhes trazia prazer. Daí o incentivo à retomada dessas práticas, o que deve ser feito como força de tarefa, por meio de planejamento e compromisso consigo mesmo, usando-se a metáfora de uma "agenda positiva". Essa atividade deve ser feita considerando o estado motivacional da pessoa e a sua realidade, para não gerar muita expectativa e possível frustação.



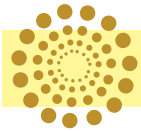
Para viabilizar a orientação e o apoio propostos pela terapia de ativação, é fundamental um registro adequado em prontuário e, ainda, a participação integrada da equipe de saúde. Assim, além da consulta médica, a pessoa continua a ser estimulada em consultas de enfermagem, na visita do agente de saúde e em outros encontros na unidade de atenção primária.

3.3.7 PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS

Muito utilizada no Oriente e valorizada nas medicinas integrativas e tradicionais (medicina tradicional chinesa, homeopatia e medicina antroposófica, por exemplo), a atividade física associada a exercícios de relaxamento respiratório e prática meditativa pode ser usada rotineiramente no dia a dia da atenção primária, gerando impacto positivo na qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento emocional. Essas práticas propõem ação integrada entre corpo e mente, têm notável poder ansiolítico e relaxante, em especial quando realizadas sob orientação de profissionais treinados.

Os grupos de atividades física e/ou de caminhada são comuns nas unidades básicas. A inserção de atividades como Lian Gong, Radio Taissô, Tai Chi Chuan, entre outras, tem-se mostrado viável. Tais práticas não só exercitam fisicamente como atuam no poder de concentração e motivação dos praticantes, entre outros efeitos.

Os exercícios de relaxamento respiratório, também definidos como respiração abdominal, praticados isoladamente ou associados à meditação, são de fácil aprendizado e buscam instrumentalizar as pessoas para terem alternativas ao uso de ansiolíticos, por exemplo.



A respiração abdominal deve ser praticada em quatro tempos, a saber:

1. inspiração profunda, com enchimento abdominal
2. pausa inspiratória
3. expiração lenta, com saída de ar pela boca
4. pausa expiratória

Orienta-se o praticante a "imaginar" o trajeto do ar pelas vias aéreas e se instalando dentro do abdômen. Aos poucos, trabalha-se a divisão entre os tempos descritos, pretendendo-se que a expiração seja no mínimo duas vezes mais lenta que a inspiração. As pausas são de igual importância.

Cabe lembrar que há uma terapia de grupo – o *stepped care* ou grupo de cuidados escalonados –, cuja metodologia integra a terapia de solução de problemas, parte da terapia de reatribuição, a terapia de ativação e práticas corporais de relaxamento, em especial a respiração abdominal. É um grupo fechado, com oito a 12 sessões, específico para pessoas portadoras de transtornos mentais comuns. Pode ser realizado pelo

médico e enfermeiro da atenção primária ou por profissional especializado em saúde mental.

Finalmente, podemos concluir que há muito a ser feito no tratamento para pessoas com sofrimento emocional, na atenção primária. Algumas das terapias apresentadas requerem treinamentos específicos, embora seus passos ou etapas sejam de fácil aplicabilidade e muitas vezes já utilizados pelos profissionais, sem que eles saibam. O mesmo acontece na abordagem terapêutica por meio do vínculo.

Saiba mais!

- *Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde*, Humeniuk, R. e Poznyak, V. (2004).
- *Problem-solving treatment in general psychiatric practice*, de Mynors-Wallis, L. (2001).
- *Psicoterapia interpessoal: teoria e prática*, de Schoedl, A. F. et al. (2009).
- *Terapia comunitária passo a passo*, de Barreto, A. (2005).
- *Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria*, de García-Campayo, J. et al. (1999).

3.4 INTERVENÇÕES BASEADAS EM ATIVIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Outras intervenções terapêuticas podem ser construídas a partir da principal característica do matriciamento, que é o encontro entre duas ou mais categorias profissionais.

Quando profissionais de saúde mental, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, musicoterapeutas e outros

são envolvidos, uma gama ainda maior de alternativas terapêuticas podem ser implementadas. Algumas das características dessas intervenções são:

- o matriciador vai às comunidades com uma frequência maior do que a mensal (semanal, quinzenal), ampliando as possibilidades de trabalhos conjuntos;
- o conhecimento da comunidade, de acordo com a singularidade de cada trabalho de matriciamento, envolve contatos e trabalhos intersetoriais e busca construir projetos terapêuticos (para os indivíduos, as famílias e a comunidade) que sejam adequados às suas necessidades e às capacidades e habilidades dos profissionais disponíveis;
- essa interação do profissional de saúde mental com os profissionais do ESF e com a comunidade revela possibilidades de construção de intervenções interdisciplinares, comunitárias e intersetoriais.

Como exemplo de matriciamento promotor de atividades e de intervenções intersetoriais, podemos citar o do município de Macaé/RJ, que já tem uma experiência de oito anos.

Dentre as atividades que lá foram desenvolvidas com base no matriciamento, destacamos:

- grupo de arteterapia e outras modalidades de trabalhos manuais;
- grupo de teatro, em especial o de teatro do oprimido;
- grupo do remédio, uma experiência bastante interessante em que são trabalhados os diversos aspectos do uso de medicamentos, sejam psicotrópicos ou não, assim como a adesão e a relação com a qualidade de vida. Em algumas comunidades também são trabalhadas as plantas medicinais;
- grupo de crianças;

♦grupo da linguagem, constituído por fonoaudiólogos, devido à grande demanda junto ao ACS;

♦oficinas terapêuticas, normalmente facilitadas por um terapeuta ocupacional em comunidades onde é grande o número de psicóticos resistentes a tratamento em ambulatório ou CAPS;

♦grupo de salas de espera, realizado em horários em que é grande o número de usuários, geralmente enquanto esperam atendimento médico, odontológico e outros.

O matriciamento constitui uma nova possibilidade de atendimento aos usuários em sua própria comunidade. Uma vez valorizados o modelo interdisciplinar e a parceria, torna-se possível a realização de atividades pelos diversos tipos de profissionais, de acordo com a necessidade dos projetos terapêuticos.

Saiba mais!

- *Diretrizes do Nasf. Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (2009).

3.5 USO DE PSICOFÁRMACOS NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A utilização de psicofármacos por médicos generalistas é um tópico importante na estruturação de uma atenção eficiente em saúde mental, devendo ser pautada por alguns princípios.

3.5.1 PRINCÍPIOS BÁSICOS DA UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

- Utilizar os psicofármacos preferencialmente em conjunto com outros tipos de intervenções terapêuticas. Muitas das situações de sofrimento psíquico na atenção primária estão associadas a situações e eventos de vida geradores de estresse, em que os pacientes podem se beneficiar de intervenções de apoio psicossociais (já discutidas neste capítulo), facilitando a retirada posterior da medicação. Podemos oferecer apoio e cuidado de muitas formas além do uso de medicação, em especial de benzodiazepínicos. Nesse apoio, o acolhimento e a escuta estruturam espaços de reorganização e solução de problemas que contribuem para uma melhora efetiva.
- Ser resolutiva quando o paciente pode ser cuidado pela equipe da atenção primária. Nesses casos estão incluídos os tratamentos de uma parte significativa dos pacientes com transtornos mentais comuns (quadros ansiosos e depressivos, geralmente com queixas somáticas), uso abusivo de álcool e transtornos mentais orgânicos, tais como epilepsia e quadros demenciais, com alterações de comportamento. Ser resolutiva significa também usar a medicação na dose correta pelo tempo correto, em tratatamentos adequados, ou seja, conforme o diagnóstico acertado do quadro clínico do paciente.
- Ser eficaz como medicação de situações de crise, até que o paciente possa ser atendido por especialista (seja pelo encaminhamento ou pelo matriciamento), caso esse apoio esteja indicado ou até que a situação crítica esteja equacionada.

Em todos os casos, a atenção primária dispõe de um recurso extremamente importante no manejo desses casos: a continuidade do tratamento. Grande parte dos problemas com a utilização crônica e inadequada de psicotrópicos é causada pela ausência de um profissional que se responsabilize pelo início, meio e fim do tratamento.

3.5.2 QUANDO E QUAIS PSICOTRÓPICOS DEVEM SER UTILIZADOS

Para essa discussão, utilizaremos como referência principal a lista de medicações da Farmácia Básica do Ministério da Saúde, embora algumas outras sejam incluídas por diversos municípios e estados. O matriciamento por psiquiatra, dependendo da forma como é organizado em cada município, pode auxiliar o médico de atenção primária para a prescrição desses medicamentos e o correto acompanhamento dos pacientes. Porém as particularidades do uso das medicações especiais transcendem o objetivo deste guia prático.

As medicações psicotrópicas incluídas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) são apresentadas a seguir.

3.5.2.1 ANTIDEPRESSIVOS

Antidepressivos tricíclicos

São amitriptilina, clomipramina, nortriptilina e imipramina. Como todos os antidepressivos, eles necessitam de cerca três semanas para se verificar o efeito obtido com a dose utilizada. Devem ser mantidos por seis meses a um ano após o paciente estar compensado (ou seja, assintomático), em caso de primeiro episódio depressivo. Se houve episódio anterior, deve ser solicitada avaliação de um psiquiatra, seja por meio de matriciamento ou de referência a serviço especializado.

As doses terapêuticas a serem utilizadas pelo médico de família situam-se entre 75-150 mg/dia, embora alguns pacientes pequenos e magros respondam a 50 mg/dia. Em caso de resposta terapêutica inadequada a 150 mg, é indicada uma avaliação especializada.

Dentre os efeitos colaterais dessas medicações, que não são inibidores seletivos, destacam-se boca seca, hipotensão postural, visão turva e sonolência. São contraindicados em casos de hiperprostatismo, distúrbios de

condução e glaucoma. E são particularmente indicados em casos de dor crônica (amitriptilina e nortriptilina) e de transtornos ansiosos crônicos (clomipramina), tais como fobias e transtorno obsessivo-compulsivo.

Podem ser introduzidos progressivamente, com aumento de 25 mg a cada três dias, e devem proporcionar melhora de cerca de 80% pelo menos.

Fluoxetina

Na maior parte dos municípios, o único inibidor de recaptação seletivo de serotonina disponível é a fluoxetina, embora a sertralina e paroxetina também possam ser usados, havendo menos problemas no seu manejo devido à meia-vida excepcionalmente longa da fluoxetina e seus metabólitos.

Entre os efeitos colaterais destacam-se náuseas, vômitos e disfunção sexual, geralmente um retardo no orgasmo, sendo menos frequentes que no caso dos tricíclicos. Também tem efeito em quadros ansiosos crônicos.

Na atenção primária, a necessidade de uso de mais de 40 mg/dia indica a necessidade de avaliação por um especialista.

Bupropiona

Muito utilizada pelas equipes de atenção primária no tratamento de tabagismo, a bupropiona é um inibidor de recaptação da noradrenalina e da dopamina, praticamente sem efeito na recaptação da serotonina. Atua em sintomas predominantemente negativos da depressão, tais como anedonia, lentificação motora e do pensamento, na desatenção e na "fissura", o que explica sua utilização nos casos de tabagismo, e também como droga de segunda linha no tratamento do déficit de atenção e hiperatividade.

A dosagem recomendada situa-se entre 150-450 mg/dia, sendo desaconselhado seu uso na gravidez e na amamentação. Provoca menos efeitos

colaterais do que os tricíclicos, em especial em relação a disfunções sexuais, mas apresenta maior risco de induzir crises convulsivas.

Poucas são as interações medicamentosas de risco da bupropiona, mas deve ser respeitado o período de wash-out após o uso de Inibidor da Monoamina-Oxidase (IMAO), lítio e outros inibidores de recaptação de serotonina. Sua meia-vida é longa, como a de seus metabólitos, que também apresentam ação antidepressiva.

3.5.2.2 ANSIOLÍTICOS

Diazepam

O mais comum entre os ansiolíticos, há muitos anos vem sendo utilizado de forma inadequada por não especialistas em saúde mental, porém pode ser importante instrumento terapêutico, se utilizado corretamente.

É a droga mais indicada como apoio à suspensão de uso abusivo de álcool. Doses de até 40 mg/dia podem ser utilizadas na prevenção de *delirium tremens*, que pode surgir de dois a 15 dias após a cessação do consumo abusivo regular. Também é utilizado no tratamento de quadros ansiosos agudos e de insônia, mas deve haver um cuidado especial nesses casos, por sua potencialidade para causar dependência química, que começa a se instalar a partir da sexta semana de uso contínuo, atingindo 20% dos usuários em três meses e 80% em dois anos. Para esses casos, as doses preconizadas são menores, de cerca de 5 a 15 mg/dia.

O uso irregular de diazepam não traz risco de adição e pode ser utilizado como parte do processo de retirada nos casos de uso crônico e abusivo.

O diazepam é pouco eficaz em transtornos ansiosos mais graves, como pânico e transtorno obsessivo-compulsivo, devendo ser evitado nesses casos.

Clonazepam

A principal indicação é exatamente para os casos em que o diazepam falha: transtornos ansiosos de maior intensidade, podendo ser utilizado nas doses de 0,5-2 mg/dia, regularmente, sem necessidade de avaliação de especialista, e de 0,25-0,5 mg sublingual, em situações de urgência.

O clonazepam tem uma meia-vida longa e pode ser utilizado em dose única à noite, sendo bastante útil no auxílio do controle de crises agudas de ansiedade (crises de pânico). Saber que a medicação irá deter as crises já funciona como um tranquilizador para os pacientes, reduzindo a ansiedade antecipatória que muitas vezes contribui para as crises.

Os mesmos cuidados preconizados para o diazepam também devem ser tomados para o clonazepam, de modo a evitar a dependência química.

3.5.2.3 ESTABILIZADORES DO HUMOR

A definição do diagnóstico de transtorno bipolar e a utilização de estabilizadores de humor são consideradas indicações de encaminhamento ao especialista, seja por matriciamento seja por meio de referência. Mas é importante que os médicos de família estejam cientes de algumas particularidades no manejo dessas drogas, pois estarão acompanhando esses pacientes.

Carbonato de lítio

O mais antigo estabilizador de humor existente requer cuidados especiais no seu acompanhamento, devido à proximidade da dose terapêutica com a dose tóxica e a gravidade desses efeitos colaterais. Por esse motivo, seu nível sérico deve ser monitorado regularmente, de modo a ser mantido entre 0,5 e 1,0 mEq/L, sob risco de intoxicação – quadro potencialmente letal cujos primeiros sintomas costumam ser poliúria, cefaleia, polidipsia, tremores e diarreia. Vale realçar que a litemia deve ser feita somente na vigência de tratamento com essa medicação.

Outros efeitos colaterais a longo prazo incluem lesão de tireoide e renal, cuja função deve ser regularmente monitorada durante o tratamento. O uso de lítio associado a diuréticos e antiinflamatórios também requer um monitoramento especial.

Anticonvulsivantes (carbamazepina e acido valproico)

Muitas vezes os médicos generalistas sentem-se mais seguros utilizando anticonvulsivantes como estabilizadores de humor, pois são medicações a que estão mais habituados a manejar. Também nesses casos é preconizado o monitoramento sérico, mas não há riscos graves de intoxicação como no lítio.

Os principais efeitos a serem monitorados por exames complementares envolvem alterações hepáticas e hematológicas. As doses preconizadas são de 400 a 800 mg/dia de carbamazepina e 900 a 1.200 mg de ácido valproico.

3.5.2.4 ANTIPSICÓTICOS

A utilização dos antipsicóticos por médicos de família abarca transtornos mentais graves e transtornos mentais orgânicos, como os quadros demenciais. Medicar transtornos mentais graves requer o trabalho integrado com um psiquiatra, embora este seja, por sua gravidade, um dos casos em que o médico generalista poderá iniciar a medicação em uma situação aguda, de crise, até que haja um atendimento especializado. O importante papel que a atenção primária desempenha no acompanhamento e manutenção do tratamento desses pacientes requer dos generalistas um nível mínimo de conhecimento sobre essas drogas. Entre as medicações mais importantes destacam-se haloperidol, clorpromazina e risperidona, a seguir comentadas.

Haloperidol

Antipsicótico típico, extremamente seguro e potente, mas com importante efeito colateral neurológico – o surgimento de quadros parkinsonianos. Pode ser usado em doses de até 3 mg/dia para os quadros de transtornos mentais orgânicos, quadros demenciais e de *delirium*, sem uso de medicação coadjuvante para os efeitos colaterais parkinsonianos. Acima de 5 mg deve ser associado ao biperideno (4 mg/dia) ou à prometazina (75 mg/dia).

Na atenção primária, a utilização das formas de depósito dessa medicação deve ser indicada pelos especialistas matriciadores, mas sua aplicação e manutenção devem ser acompanhadas pela equipe básica de referência, o que tem permitido garantir a adesão de pacientes com transtornos mentais graves ao tratamento.

Clorpromazina

O mais antigo dos neurolépticos típicos pertence ao grupo das fenotiazidas alifáticas, caracterizando-se por uma ação antipsicótica menos incisiva que o haloperidol, mas com ação sedativa e antiemética potente, que o torna muito utilizado como coadjuvante nos tratamentos de transtornos mentais, inclusive quando há patologias orgânicas associadas.

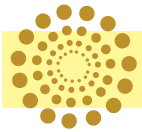
É muito hipotensor, sedativo e apresenta também efeitos colaterais anticolinérgicos, como boca seca. A dose pode ser iniciada desde 25 mg/dia, quando apresenta principalmente efeito sedativo, e ir até 1.200 mg/dia, sendo normalmente utilizado entre 300 a 600 mg/dia nos casos de psicoses. O uso de doses maiores deve ser monitorado com cuidado devido à sua ação hipotensora e antiemética.

Risperidona

Um bloqueador serotonérgico e dopaminérgico que pode ser considerado um dos antipsicóticos atípicos frequentemente utilizados pelos não especialistas. Apresenta efeito positivo nos quadros psicóticos tradicionais,

como as síndromes esquizofrênicas, mas também em menores doses no tratamento dos sintomas psiquiátricos dos pacientes demenciados ou em *delirium*.

Geralmente são duas tomadas diárias, sendo a dose tradicional entre 4 e 8 mg/dia. Abaixo de 3 mg/dia não costuma apresentar efeitos colaterais extrapiramidais, dispensando a associação com medicação para esses sintomas, tais como prometazina ou biperideno. Leva de uma a duas semanas para apresentar efeito pleno e seus efeitos colaterais mais frequentes são: aumento do apetite e do peso, disfunções sexuais, hipotensão, tremores e inquietação.



Usos inadequados dos psicotrópicos

O uso inadequado dos psicotrópicos por não especialistas em saúde mental tem contribuído para o uso abusivo de benzodiazepínicos e o uso inadequado de antidepressivos.

É fundamental lembrar que esses medicamentos devem ser utilizados quando se caracteriza a presença de um transtorno mental, conforme os critérios especificados no Cartão Babel, incluído ao final deste guia prático. Caso sejam indicados, devem ser utilizados em doses adequadas por tempo suficiente, conforme especificado neste capítulo, e os pacientes precisam ser acompanhados regularmente durante todo esse período.

Assim podemos evitar o surgimento de dependência física, a manutenção de quadros subclínicos e o aparecimento de resistências terapêuticas.

Saiba mais!

- *Manual de saúde mental*, de Sarraceno, B.; Asioli, F. e Tognoni, G. (2010).
- *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*, da WHO (2009).
- *Protocolo de atenção em saúde mental*, do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2008).
- *Psicofármacos: consulta rápida*, de Aristides, V. et al. (2005).

3.6 ABORDAGEM FAMILIAR

O pensamento sistêmico e a teoria da comunicação são conhecimentos fundamentais para o trabalho com as famílias. O pensamento sistêmico permite que o jogo das interações familiares seja compreensível. Todas as pessoas de uma família, por exemplo, se influenciam mutuamente e, ao mesmo tempo, têm certo grau de autonomia. O que acontece com um influencia todos e, dependendo do grau de mudança deste indivíduo, é possível que as funções familiares sejam modificadas, tanto para a saúde como para a doença.

Watzlawick (1981), um dos mestres da comunicação, nos mostra que nos comunicamos não só por meio das palavras como também dos gestos, expressões e várias outras formas, chegando a afirmar que o ser humano não pode não se comunicar.

Nesse contexto, família pode ser definida como

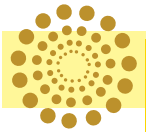
> um sistema de indivíduos que mantém consigo alguma relação de vínculo e compromissos necessários à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto e socialização, no todo ou em parte, sendo parentes consanguíneos ou não. Pessoas pertencentes a esse sistema vivendo sob tetos diferentes não excluem a classificação de família caso sejam observados os vínculos mencionados anteriormente (AGUIAR, 2005).

McGoldrick e Carter (2001) consideram a família um sistema movendo-se pelo tempo. E para McGoldrick (1999): "A família é o primeiro e, exceto em raros instantes, o mais potente sistema a que nós humanos pertencemos".

Ainda a respeito da família, Minuchin apud Groisman (2003) escreve:

> a experiência humana de identidade tem dois elementos: um sentido de pertencimento e um sentido de ser separado. O laboratório em que estes ingredientes são misturados e administrados é a família, a matriz da identidade.

O Ministério da Saúde (1997) preconiza que se considere família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Se tivermos em conta que na proposta da ESF deve-se trabalhar nos níveis de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, é necessário considerar que nenhum desses níveis será plenamente atingido sem a abordagem familiar.



Trabalhar com as famílias é fundamental para a que o cuidado à saúde seja integral. Por exemplo, a prevenção em saúde mental começa no cuidado com a gestante e com mãe e filho após o parto. As funções materna e paterna são uma necessidade humana para o desenvolvimento das potencialidades genéticas e culturais que carregamos – funções que dificilmente estarão presentes em famílias disfuncionais e que precisarão de ajuda nesse processo de construção de um ambiente adequado ao desenvolvimento pessoal e afetivo.

No livro *Terapia Familiar Médica*, McDaniel et al. (1994) descrevem cinco níveis de crescente complexidade no trabalho com as famílias. É o que reproduzimos a seguir, com pequenas modificações.

Nível 1 – Ênfase mínima sobre a família

Este nível básico de envolvimento consiste em lidar com famílias apenas o necessário, por razões práticas ou legais, mas sem ver a comunicação com as famílias como parte integrante do papel do profissional de saúde. É o nível mais comum, resultado do foco predominante no modelo biomédico, ainda habitual nas escolas médicas.

Nível 2 – Informações e aconselhamento contínuo

Base de conhecimentos

Exige, além da ênfase mínima sobre a família, o reconhecimento dos aspectos psicossociais do relacionamento profissional de saúde-paciente, em especial a dimensão triangular dos relacionamentos humanos.

Desenvolvimento pessoal

Interesse e dedicação para trabalhar cooperativamente com os pacientes e suas famílias.

Habilidades

1. Comunicar-se de forma clara e regular sobre as questões de saúde.
2. Estabelecer diálogo indagativo que permita identificar informações diagnósticas e de tratamento relevantes.
3. Fazer escuta atenta e participativa das dúvidas e preocupações dos membros da família.
4. Aconselhar sobre o modo de lidar com as necessidades médicas e de reabilitação dos pacientes.
5. Saber como canalizar a comunicação por meio de um ou dois membros chave, nos casos de famílias grandes ou que exigem muita atenção.

6. Diagnosticar disfunção familiar que interfira no tratamento e discutir com o matriciador em saúde mental para definir a necessidade de encaminhamento para terapia na atenção secundária.

Nível 3 – Sentimentos e apoio

Base de conhecimento

O ciclo de vida familiar e as reações ao estresse.

Desenvolvimento pessoal

Conscientização dos próprios sentimentos (contratransferência) no relacionamento com o paciente e a família.

Habilidades

1. Estabelecer diálogo empático que permita clarificar os sentimentos e emoções relacionados ao quadro clínico do paciente e esclarecer sua adequação. Por exemplo, sentir tristeza ou raiva é uma reação esperada e adequada em certos casos.
2. Diagnosticar o nível de funcionalidade da família.
3. Estimular e valorizar a rede de suporte familiar na sua organização e funcionamento.
4. Adaptar a orientação clínica às necessidades, preocupações e aos sentimentos da família.
5. Ter clareza sobre o diagnóstico da disfuncionalidade e da necessidade ou não de encaminhamento para a atenção secundária.

Nível 4 – Avaliação sistemática e intervenção planejada

Base de conhecimentos

Teoria dos sistemas e sistema familiar.

Desenvolvimento pessoal

Consciência da rede organizada sistemicamente, incluindo a própria participação, o triângulo terapêutico, o sistema de saúde, o sistema familiar e os sistemas comunitários.

Habilidades

1. Envolver os membros da família em reuniões e/ou atividades planejadas, mesmo aqueles com maiores dificuldades em participar.

2. Estruturar uma reunião com uma família com baixo fluxo de comunicação, de tal modo que todos os membros tenham uma oportunidade de expressão.

3. Acompanhar continuamente o nível de funcionamento familiar, para avaliar as intervenções efetuadas.

4. Apoiar os membros da família individualmente, sem menosprezar o conjunto familiar, evitando conluios.

5. Redefinir participativamente o que a família entende como o "seu" problema, de forma a contribuir para uma administração resolutiva.

6. Ajudar os membros da família a ver suas dificuldades e a desenvolver novas formas de esforço cooperativo.

7. Ajudar os membros da família a gerar modos alternativos e mutuamente aceitáveis de lidar com as dificuldades.

8. Ajudar a família a equilibrar seus esforços, calibrando seus vários papéis, permitindo o apoio com o mínimo sacrifício da autonomia de qualquer um de seus membros.

9. Identificar a disfunção familiar grave que exija um encaminhamento, esclarecer a família sobre a proposta terapêutica e ser capaz de trabalhar em conjunto com o terapeuta familiar.

Nível 5 – Terapia familiar

Base de conhecimento

Sistema familiar e padrões pelos quais as famílias disfuncionais interagem com profissionais e outros sistemas de cuidado à saúde.

Desenvolvimento pessoal

Capacidade para lidar com intensas emoções nas famílias e consigo mesmo, e com isso manter (ou sendo ágil na recuperação) o equilíbrio no manejo terapêutico.

Habilidades

A lista a seguir relaciona algumas habilidades fundamentais que diferenciam o Nível 5 de envolvimento da proposta de atendimento em nível primário.

1. Entrevistar famílias ou membros da família que são bastante difíceis de se engajar.

2. Gerar e testar hipóteses sobre as dificuldades e padrões interacionais da família.

3. Ampliar o conflito na família para desvelar e lidar com impasses e conflitos subjacentes.

4. Aliar-se estrategicamente a um membro da família contra outro, visando ampliar a funcionalidade familiar.

5. Lidar com a forte resistência da família a mudanças.

6. Negociar relacionamentos cooperativos com outros profissionais e outros sistemas que estão trabalhando com a família, mesmo quando esses grupos mantêm hostilidade uns com os outros.

Acreditamos que é possível instrumentalizar as equipes para atender às famílias até o Nível 4 e que esse é um processo integrado às outras ações e intervenções usualmente efetivadas pelas equipes. Uma leitura sistêmica dos processos de saúde e doença exige que se atue em um trabalho familiar consistente.

Para o processo diagnóstico relacional e clínico da família ver o Capítulo 2 deste guia, sobre o genograma.

Saiba mais!

- *Ferramentas de abordagem da família,* de Fernandes, C. L. C e Curra, L. C. D. (2006).

CAPÍTULO 4
Situações comuns da saúde mental na atenção primária

4.1 Exame do estado mental pg 101
4.2 Risco para transtornos mentais pg 102
4.3 Transtornos mentais comuns pg 110
4.4 Transtornos mentais graves pg 117
4.5 Alcoolismos e outras drogadições pg 124
4.6 Suicídio pg 129
4.7 Problemas do sono pg 135
4.8 Demências pg 137
4.9 Problemas da infância e da adolescência pg 142
4.10 Problemas comuns na família pg 149

4.1 EXAME DO ESTADO MENTAL

A avaliação do estado mental é uma prática básica para o cuidado em saúde mental. Embora existam várias abordagens desse tema, inserido no amplo campo da psicopatologia, neste guia prático vamos examinar as funções psíquicas ou mentais, indo do normal ao patológico, como descritas no Cartão Babel, que se encontra ao final, como um encarte.

A própria noção do que seja o "normal" tem suas variações, sendo influenciada pelo meio social e a cultura em que as pessoas estão inseridas. Por isso, é sempre bom levar em conta que algumas manifestações, como as que acontecem no contexto de cultos religiosos, podem ser mais expressões culturais do que patológicas.

O exame das funções mentais pode ser considerado em "blocos". Ele compreende desde a função mais básica de todas, que é a **consciência** e que expressa o nível de funcionamento do sistema nervoso, passando pelas funções cognitivas (**orientação**, **atenção**, **memória**, **inteligência**, **linguagem**), até chegar àquelas que indicam o funcionamento mais sofisticado da dupla cérebro-mente, como a **sensopercepção**, o **pensamento**, o **humor** e sua expressão por meio do **afeto**. Tudo isso, de certa forma, resulta na **conduta**.

Não devemos esperar aquele "tempo ideal" para examinar o estado mental das pessoas sob nosso cuidado! Esse tempo provavelmente não existirá... Mas se aos poucos formos usando a nossa atenção, veremos que a maioria dessas funções mentais pode ser conferida durante uma conversa casual ou durante o atendimento que fazemos rotineiramente.

Assim, eventualmente, pode ser necessária alguma pergunta focada em alguma das funções, para examiná-la mais de perto. Por exemplo, se considerarmos que a pessoa expressa seu pensamento de modo estranho ou incompreensível, podemos pedir para ela explicar melhor algum detalhe. Ou então, diante de alguém com uma tristeza mais grave e

persistente, perguntar a respeito de suas expectativas na vida pode ser o caminho para ajudá-la a resistir a pensamentos suicidas.



Se você gosta de memorizar, há uma mnemônica simples: ASMOC PLIAC. Isso não significa nada além de **atenção-sensopercepção-memória-orientação-consciência e pensamento-linguagem-inteligência-afeto-conduta.**

Finalmente, cabe destacar que há quem inclua também, entre as funções mentais, o juízo crítico, ou seja, a capacidade de avaliar segundo a realidade. Faça seu próprio juízo e veja mais detalhes sobre as funções psíquicas no Cartão Babel.

Saiba mais!

- *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, de Dalgalarrondo, P. (2008).
- *Rotina de avaliação do estado mental*, de Cordioli, A. V.; Zimmermann, H. H. e Kessler, F. [20--].

4.2 RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS

Este século tem visto enormes ganhos em saúde para as populações do mundo, em parte como resultado de melhorias em renda, educação, nutrição, higiene, habitação, abastecimento de água e saneamento. Esses ganhos são, também, o resultado de novos conhecimentos sobre as causas, a prevenção e o tratamento das doenças e a introdução de políticas de intervenção mais acessíveis, combinando mudanças estruturais e ações de indivíduos.

Nesse contexto, a **depressão maior** é, atualmente, uma das principais causas de incapacitação e ocupa o quarto lugar entre as dez principais

patologias em nível mundial. Se as projeções estiverem corretas, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a segunda posição entre as principais causas de doença em todo o mundo. Além disso, ao redor do globo, cerca de 70 milhões de indivíduos sofrem de dependência ao álcool e outros 24 milhões de esquizofrenia. Um milhão de pessoas comete suicídio anualmente, sendo que entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

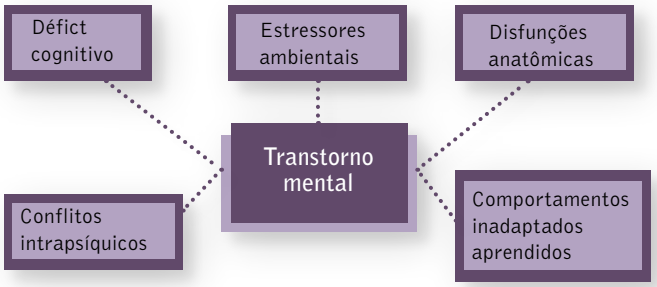


Os transtornos mentais são, em sua maioria, doenças crônicas que representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e geram grande impacto na economia dos países.

A clarificação do que é válido e relevante em termos de fatores de risco para os transtornos mentais é importante para a implementação de várias ações assistenciais e de pesquisa.

O termo risco é usado para definir a chance de uma pessoa sadia vir a adquirir uma doença, quando exposta a determinados fatores, sejam ambientais ou hereditários. Fatores de risco não são determinantes de uma doença ou um transtorno, mas quando presentes estão associados ao aumento da probabilidade de uma pessoa vir a desenvolvê-la.

Figura 1 – Alguns dos principais fatores de risco para transtornos mentais



Considerando-se a trajetória de vida de um indivíduo, já possuímos evidências consistentes de que os fatores de risco para transtornos mentais estão presentes antes mesmo de seu nascimento.

Um estudo populacional publicado em 2010 acerca do risco de transtorno mental de crianças com pais portadores de transtornos psiquiátricos evidenciou que jovens com ambos os pais esquizofrênicos tinham 27% mais probalidade de desenvolver este agravo, sendo o risco para Transtorno Bipolar do Humor (TBH) semelhante, em quase 25%. Em contraste, as pessoas com apenas um pai com transtorno psiquiátrico eram bem menos propensos a desenvolver distúrbios mentais: 7% com um pai com esquizofrenia desenvolveram o mesmo diagnóstico e 4% das pessoas com um pai com TBH tinham o mesmo transtorno (GOTTESMAN et al., 2010).

Lembramos que a herdabilidade (associação genética) para a esquizofrenia é uma das mais altas dentre todos os transtornos psiquiátricos.

Embora haja correlação direta entre carga genética e risco para transtorno mental, a genética vista isoladamente não determina o desenvolvimento destes quadros, favorecendo um modelo aditivo de interação ente fatores genéticos e ambientais.

O abuso de drogas na gestação está relacionado a transtornos mentais na prole. Tabagismo materno está ligado ao desenvolvimento de descendentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Comportamento Antisocial (HUIZINK; MULDER, 2006). Da mesma forma, resultados apontam que a exposição ao álcool durante a gravidez, mesmo em baixas quantidades, pode ser um importante fator para o desenvolvimento de desvios de conduta da prole no final da adolescência, o que **denota a importância de aconselhamento específico a mulheres grávidas** (DISNEY et al., 2006).

Além dos riscos gestacionais, são importantes as complicações a que estão sujeitas as crianças filhas de pais usuários de drogas, em especial o crack (FRANK et al., 2001; SINGER et al., 2002; YAMAGUCHI et al., 2008). A influência dos pais, normalmente forte nos anos de formação da criança, pode exercer poderoso papel em sua postura com relação às drogas e, portanto, ser crucial no comportamento futuro dessa criança (gerando, por exemplo, conduta violenta, dificuldades nas relações interpessoais e abuso de substâncias psicoativas).

Aqui, mais uma vez, percebe-se que **informação de qualidade deve ser um aspecto básico para quaisquer programas preventivos**, juntamente com o resgate à cidadania: inclusão da família em diferentes perspectivas que fortaleçam as suas potencialidades, valorização da escola, retomada dos vínculos sociais, estabelecimento de novas metas de vida.

Há também muitos estudos demonstrando ligação entre baixo peso ao nascer e depressão, esquizofrenia e TDAH, relacionando a desnutrição materna à saúde mental de sua prole (RICE; THAPAR, 2007).



Uma variação genética ou um fator ambiental podem levar a uma cadeia de eventos que, se ocorrer numa fase sensível, pode determinar desenvolvimento cerebral alterado, gerando uma estrutura mais vulnerável ao surgimento e à perpetuação de transtornos mentais.

Além disso, hoje é consensual a relação entre menor nível educacional (tanto do indivíduo quanto de seus progenitores) e negligência à criança, com o desenvolvimento posterior de transtorno mental.

Também já é conhecida a relação entre abuso sexual na infância e maior prevalência de depressão na vida adulta para ambos os sexos, embora esse tipo de violência ocorra com maior frequência em mulheres (WEISS et al., 1999). Ademais há evidências sugerindo história de abuso sexual e diagnóstico de transtorno somatoforme (PARAS et al., 2009) e anorexia nervosa (HAY et al., 2002). Para esse último transtorno, bem como para outros transtornos alimentares, o perfeccionismo e a autoimagem negativa são considerados fatores de risco (FAIRBURN et al., 1999).

No caso da esquizofrenia, estudos de neuroimagem realizados precocemente no curso deste diagnóstico já demonstram alterações de base fisiopatológica ocorridas durante o neurodesenvolvimento (ARARIPE NETO et al., 2007). Isso dá suporte a fatores de risco conhecidos para o transtorno, tais como complicações durante a gestação do indivíduo – por exemplo, retardo no crescimento intrauterino e infecção materna precoce por vírus influenza.

Portadores de esquizofrenia usam mais maconha que a população geral e um crescente número de pesquisas clínicas e epidemiológicas evidenciam que indivíduos sem história prévia de psicose que usam esse psicotrópico na adolescência e no início da vida adulta apresentam risco aumentado de desenvolver sintomas psicóticos (chegando a aumentar em 70% a

chance de psicose e quase triplicando o risco quando fumada pelo menos três vezes por semana). Permanece em discussão, contudo, o mecanismo biológico por trás desse processo, bem como a presença de uma base genética associada (MCGRATH et al., 2010; SEMPLE, et al., 2005; SMIT, et al., 2004; BERSANI et al., 2002; LIEB et al., 2000)

Até a adolescência, a prevalência de depressão parece ser semelhante entre os sexos masculino e feminino. Com o início da puberdade há um aumento da vulnerabilidade feminina. A proporção de duas mulheres para um homem para a prevalência de depressão maior é extensamente citada na literatura científica. As alterações biológicas marcadas pelas ações hormonais, juntamente com os estímulos ambientais, têm sido associadas ao surgimento da depressão feminina na adolescência (CYRANOWSKI et al., 2000). No entanto, a maior prevalência desse transtorno no sexo feminino pode dever-se, em parte, ao fato de as mulheres serem mais propensas a buscar tratamento para essa condição do que os homens.

O risco para depressão (TSUANG; TARAONE, 1990; LEWINSOHN et al., 1988) resulta da influência de múltiplos genes, agindo junto com fatores ambientais e outros não genéticos, como relacionado a seguir.

Principais fatores de risco para depressão maior

- História familiar de depressão ou suicídio
- Experiências traumáticas na infância
- Fraco suporte social
- Baixo nível socioeconômico
- Abuso de drogas (lícitas ou ilícitas)
- Puerpério
- Residir em área urbana
- Ser portador de condição clínica grave/crônica. Por exemplo: câncer, diabetes, cardiopatia, Alzheimer, HIV
- Eventos de vida estressores. Por exemplo: perda de um ente querido, desemprego

Doentes crônicos com frequência tornam-se deprimidos, o que é coerente com a teoria da depressão como uma afecção com componente inflamatório. As concentrações de fator de necrose tumoral alfa (TNF-α) e interleucina 6 (IL-6) são significativamente maiores em depressivos do que em controles e a ação central dessas citocinas pró-inflamatórias inibe a neurogênese hipocampal e aumenta a produção de cortisol por ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (DOWLATI, et al., 2010).

No que se refere à gestação, pode-se dizer que, mesmo quando desejada, ela é sempre fonte de estresse. São considerados fatores de risco na etiologia da depressão na gravidez e no puerpério: pertencer a estratos econômico-educacionais mais baixos; desemprego; ser mãe solteira e jovem; histórias familiar e pessoal de transtornos do humor; eventos de vida negativos; conflitos conjugais; falta de apoio social e ambivalência sobre a gestação. A depressão durante a gravidez estaria ainda associada ao tabagismo e ao abuso de drogas, sem relação de causa e efeito bem estabelecida (HALBREICH et al., 2004).

Com relação a transtorno bipolar do humor e gestação, essa não seria fator protetor nem agravante do transtorno, embora cerca de 25% das mulheres apresentem o primeiro episódio de mania no puerpério (ARNOLD, 2003).

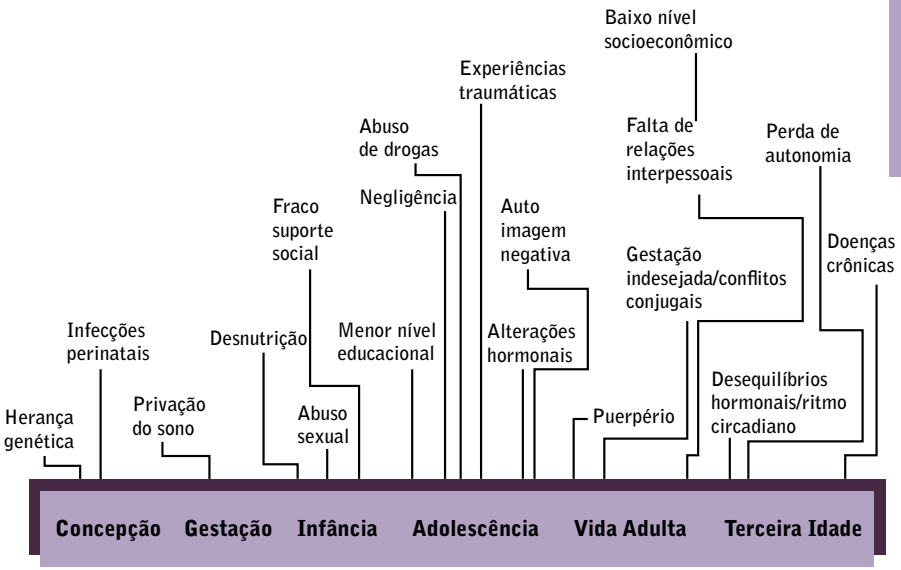
Também correlacionou-se pouco sono na gravidez com o desenvolvimento de quadro depressivo pós-parto. Portanto, investigar se a paciente está dormindo pouco e orientá-la no sentido de modificar tal situação, convocando a ajuda da família, se necessário, pode ser importante na prevenção de episódios de descompensação do TBH no puerpério (COHEN et al., 1995).

Considerando-se a população geriátrica, apesar da predisposição hereditária à depressão ser menor em pessoas na terceira idade, alguns fatores biológicos estão associados à depressão tardia, como má regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, alterações do ciclo do sono e de outros

ritmos circadianos, deficiência de folato e de vitamina B12 e níveis aumentados de homocisteína (HEOK; HO, 2008). Nas mulheres, a menopausa é também um importante fator contribuinte. Quanto aos transtornos de ansiedade no idoso, são considerados fatores de risco: eventos de vida negativos; estresse interpessoal; dificuldades na realização das atividades de vida diária ou perda de autonomia e fraco suporte social ou familiar (DAN BLAZER, 2006).

Numa linha da vida, a Figura 2 procura resumir os principais momentos em que os fatores de risco incidem sobre as várias fases da vida humana.

Figura 2 – Principais fatores de risco para transtornos mentais de acordo com a linha de vida de um indivíduo



Finalmente, o combate aos fatores de risco para transtornos mentais, em termos de prevenção e tratamento, é realmente um grande desafio, que envolve esforços das próprias famílias, demanda suporte da comunidade local e de diferentes setores sociais, incluindo desde profissionais da área da saúde capacitados e motivados até a divulgação de informações pelos meios de comunicação. A qualidade dos serviços e a articulação entre eles também são fundamentais. Trata-se de um trabalho de extrema complexidade, mas de fundamental importância, que merece ser priorizado nas políticas públicas.

4.3 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Aqui discutiremos sobre pacientes frequentemente atendidos pelas equipes da atenção primária. Para tanto, consideraremos alguns casos.

Caso 1 – Marlene

Marlene, 27 anos, solteira, professora na cidade de Coronel Fabriciano (50 mil habitantes), em Minas Gerais, mora com a mãe (seu pai morreu quando ela estava com 17 anos) perto do ESF Manguinhos. Há cerca de dois meses Marlene vem procurando, toda semana, o atendimento da ESF, sendo atendida por diversas pessoas da equipe, sempre dizendo que está "passando mal", embora nunca se verificasse nenhuma alteração de pressão ou de qualquer outro sinal vital. Devido às queixas persistentes, Marlene foi encaminhada para uma consulta médica, em que revelou apresentar sensações de nervoso, de medo sem objeto definido e um pouco de desânimo, que ela ainda consegue combater a duras penas e ir trabalhar. Tem dois filhos de dois namorados diferentes e nenhum dos dois assumiu a paternidade. A mãe ajuda na criação, mas se intromete muito. História de crises de enxaqueca há vários anos, pioraram há um ano. Não apresenta alteração ao exame físico. Nega uso de álcool, tabaco e outras drogas. Não tem ideação suicida.

Caso 2 – Francisco

Francisco, 36 anos, morador da periferia de Porto Alegre, casado há três anos, trabalha numa loja de material de construção como vendedor há oito anos. Estava andando de ônibus quando começou a sentir-se mal, com aperto no peito, coração disparado, pressão 140 por 90 mmHg e sensação de que "ia ter um treco". Procurou o pronto-socorro, onde foi realizado o eletrocardiograma (ECG) com dosagem enzimática para diagnóstico de infarte agudo do miocárdio (IAM), não apresentando nenhuma alteração nos exames. Orientado a procurar um atendimento ambulatorial, foi a um cardiologista, que solicitou uma prova de esforço. O exame não acusou alteração e Francisco foi medicado com bromazepam pelo cardiologista. Apesar do posto da ESF ficar perto de sua casa, ele e sua esposa nunca tinham ido lá. Uma semana após ter ido ao cardiologista, Francisco apresentou nova crise com as mesmas características e, orientado pela agente comunitária, foi à unidade da ESF.

Caso 3 – Márcia

Márcia, 46 anos, ensino fundamental incompleto, dona de casa, moradora da periferia de Fortaleza, há cinco meses vem sentindo cansaço, fraqueza, sem ânimo para as atividades diárias e perdeu seis quilos em três meses. Não consegue dormir direito. Procurou o posto da ESF e conseguiu ser consultada no mesmo dia. Chorou durante a entrevista, relatando problemas com o marido que perdeu o emprego há seis meses e que voltou a beber demais. Relatou também saudades do filho que não vê há dez meses, porque ele mora na Rocinha, no Rio de Janeiro, e tem uma vida muito difícil.

O que Marlene, Francisco e Márcia têm em comum?

São pacientes atendidos pelas equipes da atenção primária, que chegam às unidades da Estratégia de Saúde da Família geralmente trazendo queixas físicas sem nenhuma patologia orgânica associada, mas com quadros de sofrimento emocional. Essa é a forma mais comum de apresentação do sofrimento psíquico nessas unidades e cerca de 50% dos

pacientes atendidos por elas apresentam esse tipo de problema. São transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade que aqueles atendidos nas unidades especializadas, com muitas queixas somáticas, com sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais. Uma parcela significativa de pacientes (30%) tem remisão espontânea dos sinomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes, individualmente ou nos grupos das unidades da atenção primária. Costumam ser definidos como portadores de transtornos mentais comuns.

Estamos lidando, nesses casos, com reações emocionais às dificuldades da vida e há que se cuidar para não medicalizar excessivamente esses processos, embora seja fundamental reconhecer o sofrimento presente, oferecendo acolhimento, escuta, apoio e tratamento, quando necessário.



Como acolher o paciente que chega às unidades da ESF?

- Ouvir as queixas apresentadas sem menosprezá-las nem considerar que o paciente está inventando esses sintomas. Os sintomas existem, apenas são causados por mecanismos fisiopatológicos de origem emocional.
- Examinar o paciente para verificar possível patologia orgânica e tranquilizá-lo sobre esse aspecto.
- Conversar com o paciente sobre sua vida naquele momento.
- Perguntar o que o paciente acha que está causando seus sintomas e se ele relaciona esses sintomas com o que está ocorrendo em sua vida.
- Examinar psiquicamente o paciente para confirmar o grau de gravidade de seu sofrimento emocional.
- Conversar com ele sobre como poderia ser apoiado para superar seus problemas na vida.

Quando o paciente tiver compreendido que há relação entre sofrimento psíquico e sofrimento físico, em grande parte dos casos ele irá precisar apenas de suporte para se fortalecer e superar seus problemas. A equipe deve oferecer espaços de escuta e de apoio que possam beneficiá-lo, tais como:

- realização de novas conversas com pessoas da equipe;
- participação nas atividades físicas ou de trabalhos manuais realizadas nos diversos grupos de apoio organizados nas unidades;
- busca de espaços sociais comunitários em que eles também se sintam apoiados, tais como igrejas, ONGs, atividades artísticas e esportivas etc.

Mas muitas vezes é necessário tratar de forma mais estruturada, seja com medicamentos ou por meio de uma intervenção de apoio psicossocial na atenção primária, ou mesmo uma intervenção psicoterápica especializada.



Princípios norteadores da necessidade de tratar os casos, inclusive com medicamentos

- Quando critérios classificatórios indicam a presença de um transtorno mental confirmado, seja um transtorno de ansiedade, de depressão ou uma somatização crônica. Os critérios que, segundo as classificações internacionais, definem esses quadros podem ser encontrados no Cartão Babel, ao final deste guia prático. Caso esses transtornos apresentem-se com intensidade moderada ou grave, a terapêutica medicamentosa irá propiciar aos pacientes alívio do sofrimento e fortalecimento para enfrentar os problemas de suas vidas que contribuíram para o adoecimento.

- Quando o paciente apresenta comprometimento funcional, com prejuízo de sua vida pessoal, familiar e laborativa.

Continuando a avaliação dos nossos casos, apresentados aqui a título de exemplo, podemos considerar o seguinte diagnóstico para cada um deles:

- Marlene apresenta o que se define como queixas somáticas sem explicação médica, porém ainda de caráter agudo (menos de seis meses) e sem grave prejuízo pessoal e social, embora traga história de sintomas funcionais – no caso, a enxaqueca. É fundamental que possa conversar sobre suas dificuldades pessoais e nos seus relacionamentos, evitando porém que se apegue às queixas somáticas e à ideia de que tem uma doença grave, pois até agora vem conseguindo preservar suas atividades do dia a dia.
- Francisco apresenta transtorno ansioso, com crises de pânico que comprometem sua vida, devendo ser medicado adequadamente enquanto se abordam os possíveis desencadeantes dessas crises.
- Márcia apresenta síndrome depressiva, também sendo indicado o tratamento medicamentoso, pois manifesta número de sintomas indicativo de moderada gravidade e já está com sua saúde física comprometida.

Em todos os casos, devem ser incentivadas a busca e a participação em espaços de escuta e apoio, permitindo reflexão e elaboração para superação do sofrimento trazido pelos problemas da vida, seja individualmente ou em grupo. As ações podem ser realizadas pela própria equipe da atenção primária e costumam ser designadas como intervenções psicossociais.

Que intervenções são essas?

Os profissionais da atenção primária podem ser capacitados para disponibilizar uma grande gama de alternativas terapêuticas para esses pacientes, em especial por meio de técnicas de grupo. Essas técnicas encontram-se descritas no Capítulo 3 deste guia, mas dentre elas podemos citar a terapia comunitária e as intervenções cognitivas, tais como a terapia de resolução de problemas e as intervenções interpessoais. Todas elas

possibilitam, por meio da criação de espaços de apoio e de reestruturação dentro das unidades de atenção primária, a oportunidade de reflexão e de reestruturação para os pacientes. A maior parte dos pacientes busca a atenção primária porque quer apoio dos profissionais, mais do que um tratamento regular de base psicoterápica.



O acolhimento e a escuta, o apoio das equipes e dos grupos são, em grande parte dos casos, suficientes para a pessoa se reestruturar, buscando soluções para seus problemas.

Resumindo... Quais são as maiores dificuldades para detecção e cuidado aos transtornos mentais comuns (TMC) pelas ESF?

1. Os pacientes com sofrimento psíquico que procuram as equipes da atenção primária são diferentes daqueles atendidos na atenção especializada. Assim sendo, podemos considerar que existe uma clínica específica dos transtornos mentais na atenção primária.

2. Na atenção primária é muito mais difícil delimitar a fronteira entre o sofrimento emocional considerado "normal", mas que necessita de acolhimento, escuta e suporte, e aquele que é já parte de um transtorno mental, ou seja, um processo patológico, com indicação de ampliação do tratamento, com inclusão de terapias medicamentosas e intervenções psicoterápicas mais especializadas.

3. Em geral os pacientes com sofrimento mental procuram a equipe da atenção primária apresentando sintomas físicos, na maioria das vezes queixas **sem** explicação médica, tais como "bolo na garganta", "tremura nas carnes" e diversos tipos de dores.

4. Essa busca de apoio também pode vir sob forma de códigos e metáforas culturalmente determinadas, tais como as queixas de "sofrer dos nervos" ou "estar nervoso".

5. As tradicionais classificações nosológicas, com critérios categoriais, não se adaptam a essa realidade. Existem classificações específicas para a saúde mental na atenção primária, tais como a Classificação Internacional de Doenças 10-Atenção Primária (CID10-AP) e *International Classification of Primary Care* (ICPC).



Erros que merecem atenção especial de modo a serem evitados

- Prescrições de benzodiazepínicos, sem acompanhamento regular. Benzodiazepínicos (veja psicofármacos no Capítulo 2) podem ser utilizados, mas sempre de forma correta e em conjunto com apoio psicossocial que auxilie o paciente a superar seus problemas.
- Uso inadequado de antidepressivos, geralmente em subdoses e por tempo insuficiente. Se há necessidade de utilizar medicação, ela deve ser usada em dose correta pelo tempo adequado. Esses problemas também são melhor discutidos no Capítulo 2, no item dos psicofármacos.
- Encaminhamentos indiscriminados para atendimento na saúde mental, ao qual, na maioria das vezes, esses pacientes não comparecem, continuando sua peregrinação por diversos serviços e unidades de saúde.

Importante perceber que os transtornos mentais comuns são a demanda de saúde mental característica da atenção primária, que podem e devem ser tratados pelos profissionais dessas equipes, com quem os pacientes e suas famílias desenvolvem vínculos que os tornam fonte de suporte, apoio e fortalecimento dos pacientes.

Saiba mais!

- *Comorbidity and the concept of "emotional disorders"*, de Goldberg, D. P. (2010).
- *Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11*, de Goldberg, D. P. et al. (2010).
- *Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis*, Rio de Janeiro, de Fortes, S.; Villano, L. A. B. e Lopes, C. S. (2008).

4.4 TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

Para discutirmos esse assunto, consideraros os casos de Fátima, Fabrício e Evandro apresentados a seguir.

Caso 4 – Fátima

Preocupado, o ACS Vidal procurou a enfermeira de sua equipe para relatar que sua prima Fátima, de 43 anos, estava há três dias sem dormir, inquieta, irritada, falando muito e dizendo que sua cabeça estava "como um gravador". Fátima é acompanhada pelo médico de sua equipe e tinha sido vista duas vezes em matriciamento devido a um quadro recorrente de depressão, tendo sido recentemente aumentada a dose de seu antidepressivo tricíclico, de 100 para 150 mg por dia. Parte da família entendia que ela deveria ser levada imediatamente para um pronto-socorro com serviço de psiquiatria, mas outros achavam que era melhor consultar a equipe da Unidade de Saúde da Família.

Caso 5 – Fabrício

O caso de Fabrício foi levado à equipe da USF de Alto Alegre por sua professora, que estranhou o fato de o rapaz de 16 anos, antes um silencioso e aplicado estudante, ter abandonado as aulas há três meses. Entrando em contato com a família, soube-se que Fabrício não tomava mais banho espontaneamente nem se barbeava, recusava-se a sair de casa, dormia

muito pouco e ficava horas falando sozinho, recusando contato verbal com qualquer pessoa. A família não entendia o que estava acontecendo, mas como ele não estava agressivo, resolveram não procurar tratamento médico, e sim espiritual.

Caso 6 – Evandro

Evandro, 47 anos, é frequentador assíduo da USF Morro Velho, chamando a atenção pelo tom de voz muito alto e relatos bizarros de relacionamentos com estrelas de telenovelas. É tratado com carinho pela equipe e se compraz em realizar pequenas tarefas, como varrer a calçada da unidade de saúde. No entanto, às vezes "entra em surto" e fica internado no hospital psiquiátrico da cidade vizinha por dois ou três meses. Dessa vez, no entanto, apesar da notícia de alta, Evandro não reapareceu na unidade. A ACS de sua área resolveu então visitá-lo e descobriu que foram colocadas grades em seu quarto: ele agora fica preso em casa. Sua mãe, uma senhora idosa, diz que não aguenta mais enfrentar suas crises, está decidida a não mais interná-lo e, por isso, decidiu mantê-lo sempre em casa.

O que esses casos têm em comum?

Os três exemplos ilustram casos distintos que podem ser classificados no grupo dos **transtornos mentais graves**. Uma característica operacional proposta para esses casos é a perda significativa de funcionalidade social, que pode ser breve, mas, em alguns casos, pode durar para o resto da vida (quando também são denominados **persistentes**).

Podemos considerar, como uma divisão didática e necessariamente simplificada, que há quatro tipos de transtornos mentais graves:

- psicóticos;
- afetivos graves;
- espectro impulsivo-compulsivo;
- da personalidade.

Resumo dos transtornos mentais graves

Transtornos psicóticos

Caracterizados pela perda de contato com a realidade, delírios (pensamentos não compartilhados), alucinações (percepções sem objeto), comportamentos bizarros e, por vezes, isolamento social. São eles: **Esquizofrenia:** quadro psicótico crônico sem preponderância de sintomas afetivos

- **Transtorno delirante persistente:** destacam-se sintomas isolados ou acompanhados de outros poucos sintomas psicóticos
- **Transtorno psicótico breve:** quadros com recuperação relativamente rápida; é difícil definir, no início, se um quadro psicótico terá esse tipo de resolução ou não
- **Transtorno esquizoafetivo:** misto de um quadro esquizofrênico concorrente com sintomas afetivos
- **Outras psicoses**

Transtornos afetivos graves

- **Transtorno afetivo bipolar:** alternância entre quadros de depressão e de aceleração (euforia ou irritabilidade)
- tipo I: alternância afetiva com a presença de pelo menos um quadro psicótico
- tipo II: alternância afetiva sem sintomas psicóticos
- **Depressão recorrente grave:** quadro depressivo cíclico, frequentemente sem desencadeante psicossocial evidente (antigamente chamada "depressão endógena")
- não psicótica
- psicótica

Transtornos do espectro impulsivo-compulsivo

Transtornos mentais ligados ao controle de obsessões, impulsos e/ou compulsões (habitualmente classificados em diversas categorias nas nosografias psiquiátricas oficiais). São eles:



- **Transtorno obsessivo compulsivo:** classificado como transtorno ansioso, pode ser leve, mas habitualmente necessita de cuidados especializados pelas frequentes perdas sociais. Caracterizado por ideias obsessivas sobre as quais o indivíduo não tem controle e pelas compulsões que ele tem de realizar diante das obsessões
- **Transtornos alimentares:** comportamentos alimentares restritivos e/ou purgativos com ou sem episódios de ingesta alimentar exagerada (episódios bulímicos)
- **Outros transtornos de controle dos impulsos**

Transtornos de personalidade

Conjunto de alterações comportamentais que afetam o estilo de funcionamento completo do indivíduo (personalidade), estabelecido desde o início da vida adulta, com resposta modesta ao uso da medicação; em geral são de diagnóstico difícil e necessitam de avaliação abrangente para o seu diagnóstico. Citamos alguns dos transtornos de personalidade mais conhecidos.

- **Transtorno de personalidade emocionalmente instável:** traços de personalidade instável, episódios "micropsicóticos", explosões de disforia e comportamentos
- **Transtorno de personalidade histriônica:** necessidade constante de ser o centro das atenções, por vezes apresentando comportamentos de autoexposição e, com frequência, sintomas pseudoneurológicos
- **Transtorno de personalidade dependente:** seus portadores são pessoas com extrema incapacidade para a vida independente, estando sempre sob a necessidade de outrem para tomar suas decisões ou mesmo realizar tarefas simples
- **Transtorno de personalidade antissocial:** caracterizado pela impossibilidade de sentir empatia ou pena pelos semelhantes, muitas vezes levando a comportamentos sociopáticos
- **Outros transtornos de personalidade**

Nem sempre é claro distinguir esses diagnósticos, especialmente entre os quadros psicóticos afetivos e não afetivos, até porque há várias sobreposições possíveis. Um exemplo bem claro é o da depressão psicótica. Convencionalmente, sintomas psicóticos dentro de um quadro afetivo são classificados como transtornos afetivos. Porém, o mais importante nesses casos é compreender que há grande necessidade de articulação com serviços ou profissionais especializados em saúde mental. Isso, em geral, não é nenhuma novidade para os profissionais da atenção primária à saúde que se confrontam com tais situações, embora elas levem as equipes, muitas vezes, a sentirem-se despreparadas e impotentes, quando não assustadas. Esse temor, no entanto, não só é desnecessário, como podemos afirmar que a atenção primária pode dar contribuições substanciais para o cuidado de pessoas em tais situações.

Não nos aprofundaremos aqui nos transtornos de personalidade ou de controle dos impulsos, pois talvez estejam entre as situações mais específicas para a atenção especializada em saúde mental. Seu intercâmbio com a APS deve ser objeto de discussão específica em matriciamento e o número de nuances ultrapassa o espaço disponível aqui para a discussão. Em casos desse tipo recomendamos o contato mais breve possível para compartilhamento do caso.

Os transtornos mentais graves mais comuns e desafiadores na APS são as psicoses e os transtornos afetivos graves. Os três casos descritos no início desta seção têm características que nos permitem classificá-los nessas categorias. Em situações desse tipo é importante que a equipe possa se desvencilhar do medo e do estigma associado à loucura, buscando o melhor conhecimento possível sobre os casos. O matriciador tem um papel importante na mudança de ponto de vista que pode ser proporcionada por meio do relato de experiências e do acompanhamento conjunto de portadores de psicose e transtornos afetivos.

Os casos de transtornos mentais graves sempre nos fazem pensar sobre o funcionamento da rede e sobre como podemos conseguir o contato e

o apoio dos profissionais da saúde mental. Por outro lado, devido à sua complexidade e à frequente necessidade de intervenções psicossociais, essa é uma via de duas mãos: a equipe da saúde mental tem muito a se beneficiar das informações e intervenções que a APS pode prover, desde que esse diálogo esteja firmado.

No tocante à aquisição de informações sobre esses casos para repassá-los ao matriciador ou colega da saúde mental é interessante mencionar algumas boas práticas. É sempre melhor realizar uma coleta de informações provenientes de múltiplas fontes. Desde que possível, é importante que alguém da equipe veja pessoalmente o caso, pois em algumas situações pode haver imprecisões ou exageros nas descrições trazidas por terceiros. Compreender o caso numa perspectiva longitudinal (ao longo do tempo) facilita seu diagnóstico por parte das categorias psiquiátricas, que quase sempre levam em conta o desenrolar dos sintomas ao longo do tempo.

Alguns pontos devem ainda ser destacados em relação aos três casos descritos por último.

- Podemos notar o potencial que a APS tem, especialmente dentro da Estratégia de Saúde da Família, para localizar casos que demandam a atenção especializada. A capilaridade e a proximidade com o território podem revelar quadros agudos, situações graves e arrastadas, falhas no funcionamento do sistema de saúde mental e eventos-sentinela, como uma ocorrência de cárcere privado.
- A articulação com matriciadores ou serviços de saúde mental para notificação é extremamente importante, especialmente no Caso 4. Muitas vezes, em casos como esse, internações psiquiátricas – que muitas vezes são traumáticas – podem ser evitadas se houver uma rápida intervenção. No Caso 5 destacamos que quadros arrastados – e que muitas vezes não despertam a atenção da família ou dos vizinhos – podem esconder situações mentais muito graves, cujo atraso

no tratamento pode levar a sérios prejuízos. No Caso 6 é importante notar que falhas em obter um tratamento extra-hospitalar efetivo, mesmo em situações em que um paciente está integrado ao serviço de atenção primária, podem levar ao risco de institucionalização ou cárcere privado. Nunca se deve desprezar um caso estabilizado há muitos anos em uma situação aviltante: sempre há algo para se fazer no sentido de melhorar a vida dos portadores de transtornos mentais graves.

Mais detalhes sobre o manejo específico de casos de transtornos graves na APS estão no Capítulo 6 deste guia, na seção "6.4 Seguimento de pessoas com transtornos mentais graves no território".

Saiba mais!

- *Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde*, de Mattos, S. A. F. (2001).
- *Psicoses*, de Osório, C. M. S. et al. (2004).
- *Transtornos alimentares*, de Balone, G. J. (2007).
- *Transtornos da personalidade*, de Balone, G. J. (2005).
- *Transtornos do espectro impulsivo-compulsivo*, de Balone, G. J. (2007).
- *Transtornos do humor em atenção básica à saúde*, de Stroppa, A. L. P. C. (2007).

4.5 ALCOOLISMO E OUTRAS DROGADIÇÕES

Considere os casos descritos a seguir, que abordam as questões de que trataremos agora.

Caso 7 – Jaqueline

Jaqueline chega mais uma vez ao acolhimento da Unidade Básica de Saúde Vila do Céu com falta de ar. Moradora de rua e usuária de crack, vive com seu marido alcoólatra e passou a frequentar a UBS quase diariamente após a ACS e a enfermeira terem ido visitá-los embaixo do viaduto. A equipe foi notificada pela vigilância epidemiológica, pois ambos passaram no pronto-socorro e tiveram exames de escarro positivos para tuberculose.

Caso 8 – Maria das Dores

No dia de "Saúde da Mulher" no posto, quando a enfermeira Mariana faz as consultas de preventivo e as auxiliares falam sobre os métodos contraceptivos, Maria das Dores vem para consulta após muita insistência da ACS Rogélia. Já na palestra dos anticoncepcionais, Maria se mostrou bastante inquieta. Durante a consulta com a enfermeira Gislaine, ao ser perguntada se estava tudo bem, começou a chorar e solicitou receita de diazepam. Disse não aguentar mais o filho que chega em casa com comportamento estranho, aparentemente drogado. Nesta noite, ao mexer nas coisas do filho, encontrou uma saco com o que ela acha que é maconha.

Caso 9 – Marcos

Hoje é dia de acolhimento do Dr. Jairo. Há várias consultas se acumulando, quando chama Marcos, rapaz de 19 anos. Ao ser questionado quanto ao motivo da consulta de urgência, Marcos se diz preocupado, pois nesta madrugada, após violenta briga com a namorada enquanto estava bêbado, foi a um prostíbulo e teve relações sexuais sem camisinha. Diz que quase nunca usa bebidas alcoólicas. Deseja sorologia para HIV.

Caso 10 – Carolina

Carolina, diabética, 39 anos, em grupo de diabéticos diz que vem sentindo dores no peito e falta de ar. Após as orientações gerais, foi chamada para a consulta. Durante a avaliação clínica, conta que as dores no peito pioram com o nervosismo devido a problemas com o marido que a agride, quando chega em casa bêbado. Para aliviar o nervosismo, passou a fumar dois maços de cigarro ao dia, o que piorou sua asma, com chiado e tosse frequentes. Sabe que o cigarro está lhe fazendo mal, verbaliza que quer parar mas tem medo de fazer isso agora pois não se sente capaz.

Caso 11 – José

Dra. Cristina acabou de chegar de uma capacitação da prefeitura em que aprendeu a aplicar escalas de avaliação para dependência. Foi apresentada ao CAGE e ao ASSIST. Logo no primeiro paciente do dia, seu José, pedreiro desempregado, a Dra. Cristina resolveu praticar. Mediante três respostas positivas do CAGE, pediu a seu José que voltasse na semana seguinte para fazer outro teste. No retorno, ao aplicar o ASSIST, o resultado foi que José teve 2 pontos para maconha e 23 para álcool. Dra. Cristina percebe que está indicada a intervenção breve, mas se sente insegura em realizar esse tipo de abordagem, por não ter nenhum prática.

Os transtornos mentais mais prevalentes na atenção primária são os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em especial tabaco. São condições geralmente negligenciadas pelos profissionais da saúde da família, que se deparam com uma diversidade muito grande de situações relacionadas a abuso ou dependência de substâncias, como exemplificado nos casos que acabamos de apresentar.

Nas situações graves, como a relatada no Caso 7, a tendência é uma referência imediata aos CAPS AD e/ou ambulatórios de saúde mental. Os profissionais sentem-se inseguros em participar do tratamento desses pacientes, que geralmente apresentam comorbidades psicossociais ou mesmo clínicas. O apoio de profissionais especialistas em saúde mental,

por meio do matriciamento e da articulação da rede, é fundamental junto às equipes de saúde da família.

> Não raro, os dependentes se recusam a ir a outros centros e, por uma questão de vinculação, mantêm-se frequentando as UBS. Nessas situações, é possível a discussão de projetos terapêuticos singulares que contemplem o cuidado dos dependente químicos na UBS, sob supervisão dos matriciadores. Os conceitos de redução de danos também deve ser desenvolvido junto aos profissionais da atenção primária, que muitas vezes sentem-se impotentes com pouca ação junto a esses pacientes.

Devido à relação de confiança que os membros da equipe de saúde da família gozam com os usuários cadastrados, é muito comum os familiares solicitarem apoio para lidar com entes dependentes, como nos Casos 8 e 10. O expediente da visita domiciliar e a possibilidade de acesso aos familiares para consultas rotineiras são espaços valiosos de construção de vínculo com usuários de álcool ou outras drogas, que não frequentam o serviço de saúde. Nesse sentido, aspectos éticos de sigilo e habilidade de abordagem familiar constituem tópicos fundamentais a serem desenvolvidos entre matriciadores e matriciados. É importante ressaltar que, também como nos casos descritos, as dependências geram grande impactos nas famílias, podendo estar associadas à violência.

A troca de receitas controladas, em especial os benzodiazepínicos, é uma demanda muito comum no dia a dia das UBS. Também em consultas com demandas específicas é comum a solicitação de ansiolíticos. A restrição ao fornecimento desses medicamentos, considerando que a maioria dos usuários são dependentes deles, é sempre fonte de estresse e resulta infrutífera. A melhor forma de manejo é a ampliação do leque de cuidado dessas pessoas, passando por uma avaliação centrada na pessoa e por sua inserção em grupos psicossociais e de atividade física na comunidade, pois há frequente comorbidade com transtornos mentais comuns.

A entrevista motivacional, na qual avalia-se a prontidão para mudança de comportamento, segundo o modelo teórico de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), é uma tecnologia que deve ser estudada com os profissionais da atenção básica. Pedir para ACS insistir em orientar fumantes pré-contemplativos a parar de fumar é um grande risco, pois esse usuário considerará o agente de saúde uma pessoa inconveniente. Por outro lado, pessoas na fase da contemplação, quando orientadas e motivadas por profissionais de saúde, passam mais frequentemente para a fase da ação, quando decidem parar com o uso da substância, no caso das dependências. O Caso 4 exemplifica uma situação na qual uma abordagem integral à paciente, com avaliação do grau de dependência e das comorbidades psiquiátricas e clínicas, poderá favorecer não só a melhora clínica como também uma possível cessação do tabagismo.

Outras tecnologias que podem ser utilizadas na rotinas dos profissionais da saúde da família são as escalas de avaliação. Há várias escalas mas o Ministério da Saúde orienta a utilização do ASSIST (*alcohol, smoking anda substance involvement screening test*, ou teste de rastreamento para envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para uso na Atenção Primária. Trata-se de um instrumento que possibilita a avaliação do padrão de uso de várias drogas, além de apresentar a intervenção mais adequada para cada situação encontrada – desde nenhuma intervenção até o encaminhamento para a rede especializada, passando para a intervenção breve.

Alternativamente, para o alcoolismo há o CAGE, mais simples e curto, ideal para triagens rápidas. Ele é composto por quatro perguntas cujas palavras-chave formam, em inglês, este acrônimo:

- *cut dawn*, "já tentou parar de beber?";
- *annoyed*, "sente-se incomodado com seu hábito de beber?";
- *guilt*, "sente culpa por beber?"; e
- *eye-opener* "tem que beber para 'rebater a ressaca' de manhã?"

Há ainda o teste da Fargeström, que aponta o grau de dependência de nicotina e auxilia o clínico na escolha de terapia farmacológica, se necessário. O Caso 11 apresenta o perigo de usar essas escalas sem o devido treinamento para o seguimento do diagnóstico realizado.

Dessa forma, a incorporação de avaliação sistemática pelos trabalhadores da saúde da família quanto ao padrão de uso de álcool ou outras drogas dos usuários das UBS deve ser fortemente estimulada e apoiada pelos matriciadores. O objetivo deve ser mais do que a detecção de dependentes, mas a prevenção do uso ou mesmo a identificação de uso nocivo ou abusivo. No Caso 8, por exemplo, ainda que não esteja caracterizado um uso com padrão de dependência, é importante que o profissional perceba o risco pessoal e o prejuízo de relações sociofamiliares que o usuário se coloca, orientando-o a respeito.



A prevenção, um dos objetivos fundamentais da prática na atenção primária, deve também ser o foco no que se refere à drogadição. Orientações desde o pré-natal, durante a puericultura, estímulo a hábitos saudáveis de vida e trabalho em grupo com adolescentes são atividades que já estão na prática rotineira das UBS e devem incluir a temática do álcool e de outras drogas, e precisam receber apoio e orientação irrestrita dos matriciadores.

Saiba mais!

Sugerimos que você realize o Curso SUPERA (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento), promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e realizado na modalidade de educação a distância. Para inscrever-se, acesse o endereço eletrônico http://www.supera.senad.gov.br/senad/.

4.6 SUICÍDIO

As equipes de atenção primária podem atuar na prevenção do suicídio, por meio do contato precoce e continuado com as pessoas em situação de risco. Para tanto, é preciso considerar os sinais que prenunciam o suicídio.



Alguns conceitos importantes

Suicídio – morte autoprovocada, com evidências (implícitas ou explícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.

Ideação suicida – pensamento relacionado à intenção de cometer suicídio. Varia em gravidade, desde a simples vontade de desaparecer até a formulação de um plano de suicídio concreto.

Intenção suicida – desejo e expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em morte.

Comportamento suicida – conjunto de ações tomadas pelo indivíduo com a finalidade de terminar a própria vida. Deve-se sempre avaliar a letalidade do comportamento suicida, isto é, o quanto essas ações são realmente capazes de tirar a vida do indivíduo.

Tentativa de suicídio – ato de consequências não fatais praticado por um indivíduo, acompanhado de evidências (implícitas ou explícitas) de que a pessoa tinha a intenção de morrer.

Risco de suicídio – probabilidade de um indivíduo com fatores de risco para suicídio efetivamente cometê-lo. Pode-se sempre estimar o risco de suicídio com base em uma boa entrevista com o paciente.

Fonte: Associação Psiquiátrica Americana (2002).

O suicídio é um evento frequente e muitas pessoas atendidas pelos serviços de atenção primária podem estar em situação de risco. Veja esses dados.

- Estima-se que aconteçam em todo o mundo um milhão de mortes por ano decorrentes de suicídio, o equivalente a uma morte a cada 40 segundos.
- A taxa de mortalidade anual estimada para o mundo todo é de 16 mortes por 100 mil pessoas (WHO, [20--]).
- As taxas de suicídio variam muito de região para região. Até mesmo dentro de um mesmo país pode haver diferenças importantes (HAWTON; VAN HEERINGEN, 2009).
- No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio situa-se entre três e quatro mortes por 100 mil pessoas. Embora essa taxa seja baixa em números relativos, o Brasil situa-se entre os 10 primeiros em número absoluto de mortes (MELLO-SANTOS et al., 2005).

Podemos, didaticamente, dividir os fatores de risco em dois grandes grupos:

- **distais**, que são os imutáveis ou dificilmente mutáveis. Dizem respeito à carga genética, traços de personalidade e fatores perinatais, traumas precoces, distúrbios neurobiológicos;
- **proximais**, aqueles mais fáceis de intervir. São relacionados aos transtornos psiquiátricas ou doenças físicas, crise psicossocial, disponibilidade de meios, exposição a modelos.

4.6.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Existe uma crença errônea de que falar sobre morte ou suicídio com um potencial suicida pode levá-lo a cometer o ato. Na verdade, discutir tais assuntos com o paciente pode significar alívio da angústia e até mesmo demovê-lo da ideia, devolvendo-lhe esperança, quando ele vê que alguém se importa com seu sofrimento (KUTCHER, S.; CHEHIL, S. 2007).



A ideação suicida deve ser discutida abertamente com o paciente.

Mas como iniciar uma conversa sobre um assunto tão delicado? Existem perguntas simples e diretas que podem ser feitas em determinado momento da entrevista, apresentando boa sensibilidade para detectar o risco de suicídio. A seguir algumas dessas perguntas adaptadas de Schmitt et al. (2008):

Que problemas você tem enfrentado ultimamente?

Sente que sua vida perdeu o sentido?

Pensa que seria melhor morrer?

Pensou em pôr fim à própria vida?

Pensou em como se mataria?

Já tentou se matar ou fez algum preparativo?

Tem esperança de ser ajudado?

As perguntas estão dispostas em uma sequência lógica, podendo ser feitas nessa ordem ou não, dependendo do caso.

As características a serem investigadas na avaliação do comportamento suicida são as que seguem.

Apresentação do paciente

- Ideação, plano e intenção suicida.
- Letalidade dos métodos cogitados no plano suicida. Lembrar que a letalidade é relativa, ou seja, às vezes o paciente acredita que vai morrer mas seu plano não é letal.

- Evidências de desesperança, impulsividade e ansiedade.
- Razões para viver e planos para o futuro.
- Uso de álcool ou outras substâncias.
- Violência contra terceiros.

Transtornos mentais

- Presença de sinais e sintomas de transtornos mentais.
- Diagnósticos e tratamentos psiquiátricos anteriores, incluindo momento de início do transtorno e seu curso.

História

- Tentativas de suicídio ou outros comportamentos autolesivos.
- Diagnósticos e tratamentos médicos anteriores e atuais, incluindo cirurgias e hospitalizações.
- História familiar de suicídio ou tentativas de suicídio e de transtornos mentais, incluindo abuso de substâncias.

Situação psicossocial

- Crises psicossociais agudas e estressores psicossociais crônicos, os quais podem incluir perdas interpessoais reais ou percebidas, dificuldades financeiras ou mudanças na condição socioeconômica, discórdia familiar, violência doméstica e negligência ou abuso sexual/físico passado ou atual.
- Ocupação, situação domiciliar (incluindo a presença ou não de bebês e crianças em casa) e presença ou ausência de apoio externo.

- Constelação familiar e qualidade dos relacionamentos familiares.
- Crenças culturais ou religiosas a respeito da morte e do suicídio.

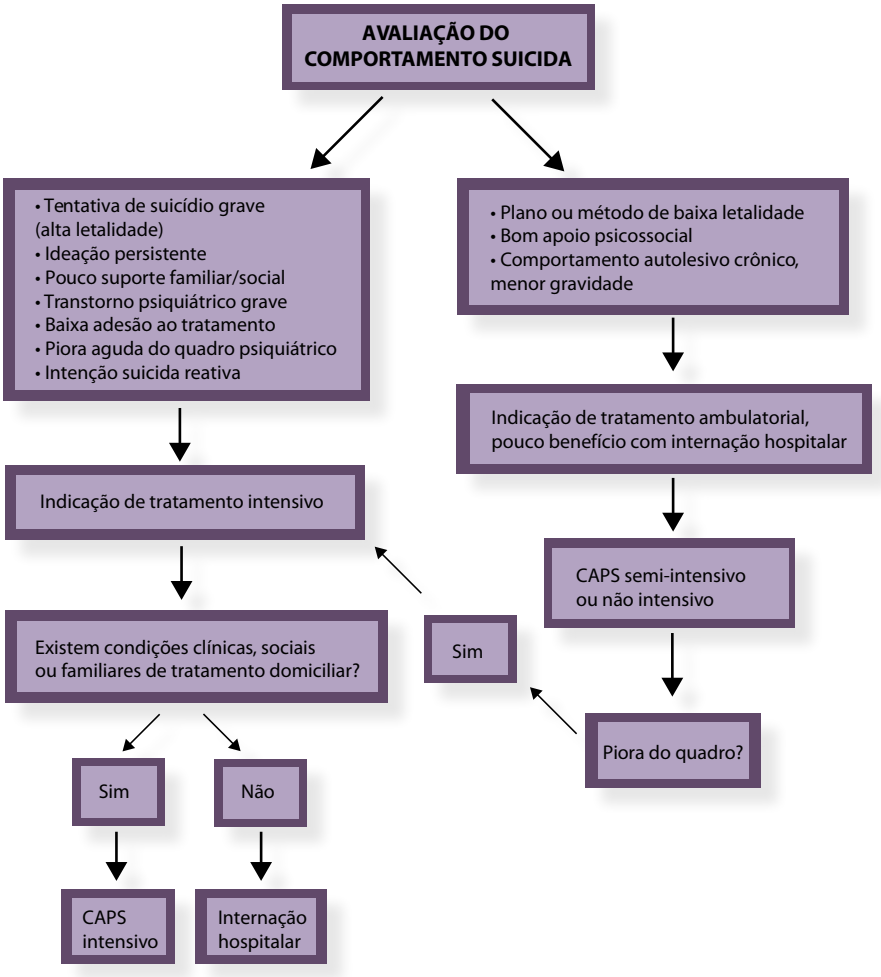
Vulnerabilidade e pontos fortes individuais

- Habilidade de enfrentamento de situações adversas.
- Traços de personalidade.
- Respostas anteriores ao estresse.
- Capacidade de teste de realidade.
- Capacidade de tolerar o sofrimento psicológico e satisfazer às necessidades psicológicas.

4.6.2 MANEJO

O manejo do comportamento suicida irá variar de acordo com a circunstância e as características da pessoa, como se observa na figura a seguir.

Figura 3 – Manejo do comportamento suicida



Fonte: Adaptado de Schmitt et al. (2008).

Saiba mais!

- ***Comportamento suicida***, de Botega, Neury, J. e Werlang, Blanca G. (2004).
- ***Prevenção do suicídio:*** *manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*, do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Estadual de Campinas (2006). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

4.7 PROBLEMAS DO SONO

O sono é afetado de diferentes formas, determinados por diversas etiologias. Dessa forma, o transtorno do sono pode aparecer em transtornos respiratórios, transtornos psiquiátricos, transtornos do movimento (bruxismo, síndrome das pernas inquietas), uso de substâncias, inclusive psicoativas, parassonias (enurese, pesadelos, sonambulismo, terror noturno), hiperinsônias e insônias propriamente ditas, com alterações das fases do sono (sono REM e sono não REM).

Caso 12 – Helena e Joaquim

Dra. Suzana, médica do ESF, atendeu o casal Helena, de 45 anos, e Joaquim, de 55 anos. Joaquim queixava-se de roncos que, por vezes, o faziam acordar várias vezes durante a noite. No início dava para levar, mas agora ele estava acordando cansado, o que dificultava sua produtividade no trabalho. Helena também estava com insônia acompanhada de desânimo, perda de prazer pela vida, dificuldade de fazer as tarefas de casa e dor no corpo. Dra. Suzana ficou curiosa em relação às insônias, pois ultimamente ela tem observado muitos casos na comunidade. Resolveu solicitar um matriciamento com o psiquiatra de um ambulatório com o qual ela vinha mantendo uma rede de atendimento. Durante o matriciamento desses casos, ficou claro que as duas insônias tinham etiologias muito diferentes. Helena estava com depressão, foi medicada com amitriptilina e encaminhada para um grupo de artesanato. E Joaquim possivelmente apresentava uma dificuldade respiratória, com respiração bucal, roncos e estava com sobrepeso. Ele necessitava de uma avaliação

do sono e como tinha convênio médico privado foi encaminhado a um pneumologista para fazer uma avaliação de seus sintomas respiratórios, assim como uma polissonografia. Possivelmente ele apresenta uma Síndrome de Apnéia/Hipopnéia Obstrutiva do Sono.

A partir desse dia Dra. Suzana começou a valorizar os sintomas relacionados ao sono de seus pacientes, o que ajudou-a no diagnóstico deles.

Analisando este caso podemos ver a complexidade dos transtornos do sono e sua sintomatologia. Dentre esses sintomas pontuamos:

- **insônia** – caracterizada pela incapacidade de iniciar ou manter o sono, com sono de má qualidade, fadiga e baixo rendimento no trabalho.
- **sonolência excessiva** – que é um fator de redução do rendimento neuropsicomotor.
- **privação do sono** – uma condição comum e preocupante na sociedade moderna. Isso afeta a segurança ocupacional, causando acidentes e causas alterações neurocognitivas.
- **parassonias** – manifestações físicas e/ou comportamentais resultantes da ativação do Sistema Nervoso Central (SNC) durante o sono ou a partir de despertares do sono. Essas manifestações envolvem musculatura esquelética, cognição e/ou Sistema Nervoso Autônomo (SNA).

Problemas que apresentam sintomatologia relacionada ao sono

- Transtornos do humor: depressão e transtorno bipolar, principalmente na fase da mania
- Transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo
- Esquizofrenia
- Transtorno alimentar



- Uso abusivo do álcool
- Efeitos de medicações psiquiátricas
- Fibromialgia
- Outros

O tratamento dos transtornos do sono deve ser realizado de acordo com a sua etiologia. Podem ser usados medicamentos, tais como: antidepressivos, neurolépticos, benzodiazepínicos, indutores do sono, hipnóticos e outros. Devemos estar atentos para não cometer iatrogenias, levando ao uso abusivo de tranquilizantes. Também é preciso observar os transtornos do sono de outras etiologias que necessitam de tratamentos específicos.

4.8 DEMÊNCIAS

Com o fenômeno da transição epidemiológica, a população está envelhecendo e, consequentemente, acarretando aumento na prevalência das morbidades crônicas degenerativas não transmissíveis, como os quadros demenciais.

A demência é um diagnóstico sindrômico e, dessa forma, são várias as etiologias. Pode haver uma sobreposição dessas etiologias, como alterações vasculares (demência vascular), quadros depressivos e nas condições degenerativas, como a doença de Alzheimer.

Os profissionais da equipe da saúde da família devem estar habilitados a lidar com esses quadros e atentos às possíveis alterações que advêm da instalação dessas doenças, para agir de forma preventiva, orientando e estimulando hábitos saudáveis que podem prevenir as demências, em especial as de origem vascular. Devem, ainda, possibilitar um diagnóstico precoce, o que retarda o desenvolvimento do quadro quando tratado adequadamente. Também é imprescindível que favoreçam cuidados reabilitadores e de apoio aos cuidadores desses pacientes.

Considere agora as situações descritas a seguir.

Caso 13 – Mário, Antônia e Maria do Rosário

Em reunião de equipe, a agente comunitária de saúde Regilene traz o caso da família número 32, que sempre recusou cadastro por ter convênio médico. Perderam o convênio e agora necessitam de ajuda. Regilene descreve a seguinte situação.

Família composta por três pessoas: Mario, 62 anos; sua esposa, Antônia, 57; e sua mãe, dona Maria do Rosário, 94 anos. Querem ajuda do posto para dona Maria. A família conta que há 15 anos está "esclerosada" e há cinco anos não sai mais da cama. Fazia acompanhamento com um neurologista que, nos últimos tempos, só trocava receitas. Já não reconhece mais ninguém, grita muito à noite e sempre agride as pessoas que a ajudam na higiene e alimentação. A família conta que dona Maria tem doença de Alzheimer e que Antônia está muito cansada, pois é ela que cuida da sogra. Pensam em uma casa de repouso, mas Marcos, se diz culpado por colocar sua mãe num "depósito de velho".

Caso 14 – Carlos

Hoje é dia de grupo de hipertenso. A ACS consegue trazer seu Carlos, que há dois anos não passa em consulta e está sempre com os controles pressóricos alterados. Chega o momento da consulta, após o grupo. Ele entra no consultório com a esposa Fátima e, durante a consulta, quem mais responde às perguntas é ela. Fátima diz que ele nunca toma os remédios para baixar a pressão, pois sempre esquece. Acrescenta que ele está esquecendo de tudo em casa e às vezes até do que comeu. Outro dia saiu de casa e se perdeu. Quando questionado, ele concorda que não toma o remédio, pois acha que não tem nada, mas nega estar com problema de memória.

Caso 15 – Margarida

Após o encontro de terapia comunitária, a auxiliar de enfermagem Rosângela, que é terapeuta comunitária, procura o médico dizendo estar

preocupada com dona Margarida. Nos últimos encontros, ela se apresentou abatida, chorando muito e sempre revelando, além de tristeza exagerada e dores pelo corpo, ter muitas dificuldades com os filhos. Tem medo de ter Alzheimer, pois sua mãe sofreu demais com essa doença. Ela anda se esquecendo das coisas e os filhos dizem que ela "tá como a avó!!".

Caso 16 – Vó Sinhá

Em sua rotina de visitas domiciliares, a enfermeira Elisângela costuma passar toda semana no asilo que existe na microárea 1 para checar se está tudo bem. Nesta visita, encontrou a auxiliar Socorro desesperada, pois a "vó Sinhá", a senhora mais velha do asilo, com 97 anos, que sempre foi lúcida, comunicativa e brincalhona, está há dois dias confusa, dizendo que os cachorros estão defecando embaixo de sua cama. Estava tudo bem, sem qualquer alteração de sua rotina junto aos voluntários do asilo, quando começou a se queixar de um pouco de mal-estar geral, sem demais alterações.

Como vimos nas situações, os quadros demenciais apresentam-se de várias formas às equipes de saúde da família, podendo ser bem avançados, como o Caso 13. Nele, o médico deve saber manusear psicofármacos e toda a equipe deve estar familiarizada com uma abordagem familiar e com a atenção domiciliar para ajudar os cuidadores a tomar decisões corretas e propiciar um cuidado mais adequado.

As equipes podem também se deparar com casos iniciais e, nessas situações, o agente de saúde é importante para reconhecer pessoas com alterações comportamentais e de memória, e incentivá-las a buscar ajuda na UBS, como mostrado no Caso 13, para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Em situações como essa, é fundamental que o médico tenha familiaridade com testes cognitivos, como o Mini Exame do Estado Mental, que está no Cartão Babel. Também deve levar em consideração o grau

instrucional do paciente, bem como a presença de queixa de alteração de funções corticais (como memória e capacidade de planejamento, por exemplo) e prejuízo nas atividades do dia a dia.



Os quadros demenciais devem ser diferenciados do declínio cognitivo leve, em que há alteração de memória (com ou sem alteração do Mini Mental) sem alteração das Atividades da Vida Diária (AVD). Nesse sentido, considerando o trabalho em equipe, após o reconhecimento de casos suspeitos na comunidade, deve ser feito um rápido encaminhamento para a enfermeira, que avaliará possíveis alterações nas atividades instrumentais e não instrumentais da vida diária e, então, encaminhará à consulta médica para avaliação cognitiva e clínica.

Os quadros depressivos são um importante diagnóstico diferencial para as demências primárias, de tal forma que em situações como a apontada no Caso 15, é fundamental uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista de saúde mental. A escala de depressão geriátrica tem sido usada rotineiramente em serviços de geriatria para auxiliar nesse diagnóstico diferencial.

Outro aspecto fundamental é a diferenciação entre demências e estados confusionais agudos, tal como apresentado no Caso 16. Nessas situações, a alteração das funções corticais advém de alguma condição clínica geral, como quadros infecciosos, hidreletrolíticos, intoxicações exógenas ou medicamentosas, ou mesmo acidentes vasculares encefálicos. Caracteristicamente ainda nessas situações, a instalação dos quadros tem evolução abrupta e, por isso, a avaliação deve ser feita em unidades emergenciais, sendo que o papel da equipe passa por uma vigilância contínua em situações de fragilidade, como visitas domiciliares rotineiras em pacientes frágeis.

A função das equipes matriciais deve ser no sentido de instrumentar os profissionais da atenção primária para a busca ativa e para o diagnóstico diferencial, além da construção de projetos terapêuticos singulares que se referem a essas situações. A aplicação do Mini Exame do Estado Mental deve ser treinada pelo matriciador e, se possível, praticada em consultas conjuntas, assim como a discussão de seus resultados.

Para o diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer podem ser necessários exames complementares e a opinião de outros especialistas, como psiquiatras ou neurologistas. O manejo de situações com estresse de cuidadores deve passar por abordagens psicossociais, como grupos de cuidadores, terapia de soluções de problemas ou terapia comunitária, por exemplo, que os matriciadores podem ajudar as equipes de saúde da família a executar.

O médico de família, diante de uma suspeita de demência, deve fazer uma história clínica focada na evolução cronológica dos sintomas, levar em consideração as habilidades para as atividades de vida diária – que a enfermeira de família pode avaliar em consulta de enfermagem –, realizar exame físico geral e neurológico, além de solicitar exames para os diferentes diagnósticos diferenciais, como os destacados a seguir.

Exames laboratoriais para avaliação de quadros demenciais

- Dosagem de Vitamina B12
- Hemograma completo
- Eletrólitos séricos, incluindo magnésio
- Urina 1
- Velocidade de hemossedimentação
- Reações sorológicas para HIV e sífilis
- Testes de função e lesão hepática
- Exame de imagem encefálica (tomográfica ou ressonância magnética nuclear)

- Perfil lipídico, glicemia de jejum e eletrocardiograma
- *Screening* toxicológico para casos específicos
- Testes de função tiroidiana
- RX de tórax

Pela importância deste assunto, e por sua complexidade, sugere-se que os profissionais dediquem tempo de estudo e trabalho para o enfrentamento do manejo das demências mas, principalmente, que mantenham foco no diagnóstico precoce desses quadros.

Saiba mais!

- ***Demência e transtornos cognitivos em idosos***, de Blay, S. L.; Laks, J. e Bottino, C. M. C. (2006).
- ***Projeto Diretrizes***, do Conselho Federal de Medicina/Associação Médica Brasileira [20--].

4.9 PROBLEMAS DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

A criança é um indivíduo em formação e o meio ambiente é fundamental para ela ter uma boa qualidade na sua vida futura, complementando sua genética e sua vida intrauterina.

Dessa forma, um bom pré-natal e condições perinatais adequadas são fundamentais na prevenção em saúde mental da criança.

O acompanhamento em saúde mental da criança no primeiro ano de vida deve ser focado no seu desenvolvimento psicomotor e na sua relação em família. Caso se perceba um atraso no desenvolvimento psicomotor, deve ser feito um matriciameno com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional

e/ou fonoaudiólogo. Se necessário, a família deve ser orientada e/ou a criança deve ser encaminhada para um serviço de estimulação precoce.

Caso 17 – Joana e João

Joana vai ao posto do ESF com seu filho João, de 4 meses, porque ele está com prisão de ventre. Na consulta com a enfermagem, observou-se que a criança está "molinha demais" e ainda não se vira sozinha. A enfermeira posteriormente conversa com a fisioterapeuta e elas fazem uma interconsulta numa visita domiciliar. Fica constatado o atraso no desenvolvimento psicomotor e a fisioterapeuta orienta Joana sobre como estimular o filho. A enfermeira vai acompanhar e depois, se necessário, farão outra interconsulta para avaliar a necessidade de estimulação precoce.



Os profissionais da ESF estão mais próximos das famílias na comunidade, tendo elementos da história e de vínculos muito importantes para abordagem do transtorno e seu diagnóstico precoce. Dessa forma, os profissionais da atenção primária devem ficar atentos aos "problemas" em saúde mental da criança e do adolescente para que o matriciamento possa ajudá-los a entender e manejar a situação.

No manejo das situações-problema da infância e da adolescência, é preciso ter em mente que:

- quanto mais precoce o diagnóstico, mais rapidamente iniciaremos o tratamento e as orientações à família, o que facilita a resposta da criança ou adolescente.
- a abordagem à situação da criança ou adolescente deve ser de uma forma ampliada e sistêmica: abertura para ouvir muitas pessoas (família, escola, instituições cuidadoras). Qual é o território dessa criança ou adolescente?

- ♦o manejo do paciente e dos familiares deve ser adequado. Que família é essa? Como vivencia esse "problema"? Desde quando? Que estratégias a família já tentou?
- ♦há necessidade de dar tempo e ter paciência para entender e aprender com essa família o que está acontecendo: diagnóstico.
- ♦a família também precisa de tempo e paciência para entender/aprender e mudar: resiliência
- ♦ações em equipe devem ser realizadas, como também a valorização da rede de recursos na comunidade e intersetorial.
- ♦deve-se avaliar a necessidade de matriciamento na atenção primária.

Muitos são os transtornos na infância e adolescência e devemos estar atentos às etapas evolutivas da criança e do adolescente. Dessa forma, não corremos o risco de transformar em patológico algo que é normal para aquela faixa etária, como, por exemplo, agressividade na adolescência ou enurese noturna e agitação numa criança de 4 anos.



Transtornos mais comuns na infância e adolescência

- Transtornos de conduta
- Transtorno depressivo
- Transtorno de ansiedade
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- Transtorno global de desenvolvimento
- Violência e transtorno de estresse pós-traumático
- Transtornos alimentares
- Retardo mental
- Transtornos de aprendizagem
- Transtorno por uso de substâncias psicoativas
- Comportamento suicida

A maioria desses transtornos, tais como depressão, ansiedade, comportamento suicida, transtornos alimentares e transtorno de estresse pós-traumático, pode apresentar clínica semelhante à dos adultos.

Dessa forma, quando pensamos no tratamento, devemos saber que:

- os psicofármacos em muito se assemelham aos usados com adultos;
- a abordagem psicológica no matriciamento deve incluir uma abordagem familiar, além da possibilidade de encaminhamento para um grupo na comunidade e/ou atendimento e/ou psicoterapia no nível secundário.

Caso 18 – Jonatas

Uma ACS começou a ficar preocupada com Jonatas, 11 anos, que está apresentando uma alteração de comportamento, não compatível com as exigências sociais e legais. Ele comete pequenos furtos, tornando difícil o convívio coletivo e correndo risco de vida, já que vive numa comunidade onde existe grande interferência do narcotráfico. A mãe está muito preocupada, pois desde que o pai morreu, há três anos, e também pelo fato de ela trabalhar o dia todo, o filho fica sozinho em casa. Ao comentar com a enfermeira, esta solicitou um matriciamento para melhor avaliar a situação.

Transtorno de conduta foi a discussão no matriciamento realizado pela equipe do ESF com a psicóloga e o psiquiatra na presença do menor e de sua mãe. Na interconsulta, a mãe estava muito preocupada, porém Jonatas estava cínico, demonstrando pouco caso, sem culpa pelas suas ações. Conversaram sobre a falta de limites, muito importante para a prevenção desse transtorno, e de como o menor não costuma ter crítica de seus atos, não sente culpa.

Foram pontuados diagnóstico diferencial com manifestações encontradas em etapas do desenvolvimento específicas: teimosia e desobediência no pré-escolar, rebeldia na adolescência.

No projeto terapêutico foi proposto incluí-lo em grupos de crianças e adolescentes ou em outros grupos já existentes na ESF, na tentativa de criar vínculos. Deveriam procurar grupos para essa faixa etária nos recursos da comunidade, reintegrá-lo na escola.

Após a interconsulta, o psiquiatra pontuou os psicofármacos que poderiam ser usados – neste caso, estabilizadores de humor, antidepressivos, antipsicóticos.

Caso 19 – Mariana

Gilda levou sua filha Mariana, de 8 anos, para uma consulta de rotina, pois a menina está tendo dificuldades na escola e a professora levantou a possibilidade de ela ter hiperatividade e TDAH. Gilda demonstra sua preocupação e pede para a médica do ESF encaminhá-la para algum lugar. A médica propõe uma interconsulta com a psicóloga e solicita uma avaliação com o oftalmologista. Na interconsulta, a psicóloga faz uma história da Mariana, levantando dados do desenvolvimento psicomotor, história escolar e familiar. Constata que ela é a mais velha de quatro irmãos e que a mãe tem muita dificuldade de dar limites à filha, que é agitada apenas em casa e na escola. A mãe não relata atitudes de impulsividade em Mariana. Durante a consulta, a menor presta atenção o tempo todo, participando da conversa. A psicóloga solicita uma avaliação pedagógica da escola, pontua a necessidade de cautela nesse diagnóstico e no estigma que acontece devido aos fracassos em sala de aula, o que leva a uma baixa autoestima. Ela marca outro matriciamento para construírem juntos um projeto terapêutico.

No TDAH temos como diagnóstico diferencial o transtorno de conduta, abuso de substâncias psicoativas, transtorno bipolar, transtornos de tiques, transtornos depressivos e ansiosos e, principalmente, a falta de limites. Frequentemente esses diagnósticos vêm acompanhados do sintoma de hiperatividade e/ou déficit de atenção, necessitando de um diagnóstico preciso porque os tratamentos são diferenciados.

No segundo matriciamento, com a presença do psiquiatra, foi levantada a necessidade de reformular os hábitos da Mariana, ajudando-a a aquietar-se e tentando incluí-la em um grupo de dança que acontece numa ONG na comunidade.

Na discussão com a equipe do ESF, o psiquiatra descreve as medicações que podem ser usadas, dependendo do diagnóstico: metilfenidato, antidepressivos, sulpirida, estabilizadores de humor.



Atualmente existe um excesso de medicalização, principalmente com metilfenidato. Devemos ficar atentos porque a medicação não toma o lugar da abordagem familiar e psicoterápica.

Caso 20 – Aurélia e seus filhos

Uma ACS solicitou matriciamento com a terapeuta ocupacional (TO) porque uma família recém-chegada na comunidade era composta de um casal com dois filhos deficientes com retardo mental. A TO foi fazer uma visita domiciliar com a ACS e a enfermeira. Chegando lá conheceram dona Aurélia, que conta a história de seus filhos. Luana, 9 anos, sempre foi esperta, porém não fala, apesar de entender tudo o que dizem. É agitada e agressiva, principalmente quando contrariada. Nasceu de parto normal, andou na idade, com 1 ano e 3 meses. Já Lucas, 6 anos, apresentou problema de parto e atraso em tudo: andou com 2 anos e 6 meses, fala muito mal, só a mãe entende, e tem dificuldades para entender as coisas. Na outra cidade em que morava ele era atendido por uma fisioterapeuta. Dona Antônia sente-se muito só nessa nova cidade e não sabe por onde começar. A equipe volta ao posto e traça o projeto terapêutico, dando prioridade a um novo matriciamento com o psiquiatra, numa Visita Domiciliar (VD) ou no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), junto a algum membro da equipe. Na interconsulta, o psiquiatra, após avaliar e colher a história dessa família, dá o diagnós-

tico: Luana possivelmente tem um transtorno global de desenvolvimento, devendo ser acompanhada no CAPSi; e seu irmão Lucas apresenta um retardo mental e motor, devido a uma asfixia neonatal grave, necessitando de uma fisioterapia, além de uma educação especial.

O **transtorno global de desenvolvimento** inclui síndromes de variadas etiologias, em várias áreas de desenvolvimento: interação social, comunicação, interesse e comportamento. Tem como sintomatologia a inabilidade de relacionamento com o outro, déficit de linguagem, alterações de comportamento, estereotipias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, podendo ocorrer perdas de funções adquiridas.

Como exemplo de transtorno global de desenvolvimento temos:

- o **autismo** e a **psicose infantil**, em que há uma ruptura de noções eu/mundo;
- a **síndrome de Rett**, que se caracteriza por retardo mental profundo, crises convulsivas e movimentos repetidos de lavar as mãos;
- a **síndrome de Asperger**, em que ocorrem dificuldades na interação social e na comunicação, podendo a pessoa ter dificuldades motoras, além de comportamento e/ou pensamento compulsivo.

No **retardo mental**, o desenvolvimento intelectual está abaixo da média, podendo ser leve, moderado ou profundo, o que é verificado avaliando-se o grau de adaptação com o meio, a capacidade de compreender e resolver problemas. Vários fatores biológicos interferem na etiologia: infecções pré-natais, intoxicação, traumas perinatais, distúrbios metabólicos e genéticos, cromossomopatias, má-formação. Os casos graves apresentam forte atraso no desenvolvimento psicomotor e cognitivo e os casos leves podem ter somente transtornos de aprendizagem e linguagem.

Devemos fazer o diagnóstico diferencial com déficit sensorial e psicoses, lembrando que essas patologias podem provocar um retardo mental secundário.

O tratamento proposto para essas patologias vai depender do diagnóstico e da clínica, podendo ser necessário o uso de psicofarmacos (neurolépticos, antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e outros). Na atenção primária é possível proporcionar atividades de suporte familiar e atividades inclusivas na comunidade para as famílias e as crianças e adolescentes. Na maioria dos casos, essas crianças e adolescentes devem ser encaminhadas para instituições que ofereçam educação especial. Dessa forma, é imprescindível o trabalho intersetorial em rede.

Saiba mais!

- *Bullying: cartilha 2010: justiça nas escolas*, do Conselho Nacional de Justiça (2010).

4.10 PROBLEMAS COMUNS NA FAMÍLIA

Considerando a continuidade e a intensidade das relações familiares, muitos conflitos tendem a se configurar. As dificuldades familiares, do ponto de vista sistêmico, estão situadas nos processos interativos da família com os diferentes sistemas com os quais interage. Por exemplo, a própria família, sua história e contexto, e o meio social e cultural.

Se relacionarmos os problemas vividos pelas famílias com as fases do ciclo de vida familiar e as tarefas que cada fase exige, teremos melhor compreensão e maior facilidade de criar, em conjunto com a família e o matriciador em saúde mental, estratégias para ajudar na resolução das suas dificuldades. O modelo de estudo das famílias origina-se no tradicional, com pai, mãe e filhos em relações razoavelmente estáveis. Essa nem sempre é a realidade que se encontra na APS. Não é incomum encontrarmos famílias disfuncionais.

Classificação das famílias segundo a funcionalidade

Famílias funcionais – o desenvolvimento do casal e filhos se faz de forma harmônica, os conflitos são superados – indivíduos autônomos com capacidade de compartilhar.

Famílias disfuncionais – estruturas rígidas, sem intimidade, sem flexibilidade, sem divisão de poder – adultos deprimidos, com transtornos psiquiátricos, crianças com transtornos de conduta e distúrbios de comunicação.

Famílias severamente disfuncionais – comunicação muito difícil, são gravemente desorganizadas e isoladas – suscetíveis ao aparecimento de transtornos graves – desesperança, depressão, cinismo etc.

Os seguintes elementos contribuem para avaliar a funcionalidade de uma família:

- **regras:** normas implícitas ou explícitas, arcabouço das relações;
- **crenças:** ideologia familiar que dá sentido às normas;
- **limites:** pertencimento ao sistema;
- **tríades:** relações baseadas em semelhanças e diferenças (alianças e coligações).

Watzlawick, um dos mestres da teoria da comunicação, diz que "um fenômeno permanece inexplicável enquanto o âmbito de observação não for suficientemente amplo para incluir o contexto onde esse fenômeno ocorre" (WATZLAWICK et al., 1981).

Assim o contexto familiar pode ser alcançado, como nos mostra Wagner et al. (1997), se fizermos as seguintes perguntas:

- Em qual realidade vive a família?
- Como funcionam as ligações e os vínculos que a família apresenta?
- Que crenças podem ser identificadas na família?
- É possível perceber um projeto ou sonho de futuro na família?

Podemos ter em mente que passar por todas as fases do ciclo de vida e conseguir passar adequadamente pelas tarefas descritas adiante pode ser hoje uma idealização, mas também é um direito. Nosso objetivo é auxiliar essas famílias a se aproximarem da criação de um espaço físico e subjetivo que ofereça aos seus filhos um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento.

As famílias têm a função de promover um ambiente suficientemente bom para o caminhar em direção à independência, ser a matriz do desenvolvimento de vínculos afetivos e sociais e servir de modelagem dos papéis sexuais.

Todos os seres humanos necessitam, para seu desenvolvimento adequado, de funções maternas e paternas, funções estas que não dependem do gênero. Homens e mulheres podem desempenhar bem quaisquer dessas funções, se necessário for.



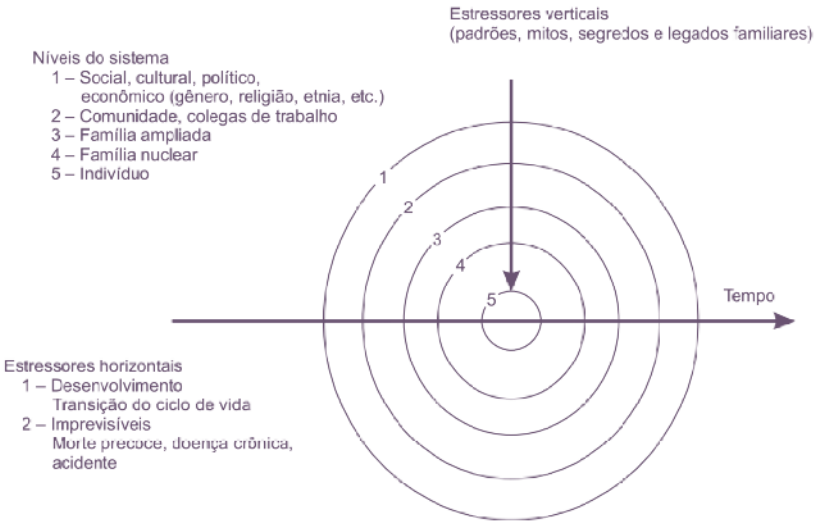
A **função materna** inclui a maternagem com todo o cuidado que um bebê necessita. Colo e amorosidade também podem ser agrupados aqui, assim como um desejo profundo de ver os filhos crescerem e caminharem na direção da independência.

A **função paterna** inclui também a amorosidade e o cuidado, mas com características próprias, como proteger a díade mãe-bebê do meio externo, ajudar na ruptura do cordão umbilical simbólico da relação anterior, por meio do estabelecimento das relações triangulares, e estabelecer os limites adequados para cada fase do desenvolvimento.

O ciclo de vida familiar é um processo complexo, envolvendo três ou quatro gerações que se movimentam juntas ao longo do tempo. As mudanças ocorrem simultaneamente no ciclo de vida de duas ou mais gerações e eventos que geram perturbações em um determinado subsistema afetam os demais, que sofrem um fluxo constante de ansiedade (vertical e horizontal)

A Figura 4 apresenta um modelo em que interagem estressores verticais e horizontais, considerando níveis do social ao individual, ao longo de uma linha de tempo.

Figura 4 – Estressores do sistema familiar



Fonte: McGoldrick M. et al. (2001).

4.10.1 CICLO DE VIDA FAMILIAR

A seguir teremos alguns exemplos da relação entre os diferentes momentos do ciclo de vida familiar e problemas comuns na APS.

Formação do casal

♦**Compromisso na relação** – É comum na APS casais formados depois de uma gravidez. Muitas vezes, são jovens que atropelam seus processos de amadurecimento.

♦**Redefinir relação com a "família extensa"** – Muitas vezes na APS surgem mães que não aceitam filhas que vão viver junto com jovens envolvidos com tráfico.

Gravidez e parto

♦**Acolher a criança** – Múltiplos filhos, condições socioeconômicas desfavoráveis. Mães adolescentes. Mães que mal saem do parto e têm que voltar ao trabalho. Essas condições dificultam que o desenvolvimento do neonato alcance sua potencialidade.

♦**Ser pais e esposos** – É comum filhos de pais diferentes na mesma família, e a tarefa de cuidar dos filhos recai sobre a mulher ou a avó, ou até sobre uma cuidadora profissional.

Família com crianças pequenas

♦**Formar equipe parental** – A noção de equipe para os pais é importante não só em seu início, mas permanentemente. Entretanto, é frequente vermos conflitos de tal ordem que parece um time de futebol que não sabe onde fica o gol, nem a camisa que está vestindo. Como copartícipe dessas questões, é frequente encontrarmos o alcoolismo do pai.

♦**Negociar relação com a família extensa** – Muitas vezes a negociação que se consegue é a de oferecer algum cuidado às crianças enquanto as mães trabalham. Cuidado este vital se os pais são dependentes químicos e vivem a relação com as drogas como prioritárias, abandonando e/ou negligenciando os filhos.

Família com adolescentes

♦ **Relação com filho para movimentar-se dentro e fora** – Este é o momento de grande risco de abandono da escola. As adolescentes muitas vezes engravidam e os meninos começam a aproximação com o tráfico, principalmente se a função paterna está ausente.

Adulto jovem

♦ **Reenfocar assuntos maritais e profissionais** – A questão profissional aqui surge com toda a força. É comum encontramos pessoas desempregadas e dependentes dos pais (frequentemente só a mãe).

♦ **Enfrentar incapacidade/morte de pais** – A morte de pais que na verdade continuam como provedores, em função de alguma pensão, pode ser catastrófica para quem fica.

♦ **"Ninho vazio"** – Como o desenvolvimento não se deu plenamente, em função das condições familiares e sociais adversas, as dependências emocionais e econômicas se mantêm e a síndrome do ninho vazio não tem maior importância na APS. Ela é frequentemente substituída por luto patológico de filhos que tiveram mortes violentas.

Contração familiar

♦ **Manter funcionamento apesar das perdas** – Em função das perdas precoces por doença ou violência, é comum termos que lidar com luto patológico e depressão.

Morte e luto

♦ **Enfrentar perda de esposos, família, amigos** – A questão dos idosos é um capítulo à parte, mas nossa maior tarefa é lidar com idosos deprimidos e com sérias restrições sociais.

♦ **Preparação para a própria morte** – Aceitar a própria morte está diretamente ligado à satisfação com a vida. Isto é, quem viveu de bem com a própria vida tem menos medo da morte e da finitude. Nesta etapa da vida, nosso papel é de acolhimento e vínculo.

4.10.2 RISCO, VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA

De forma geral é comum encontrarmos na APS pessoas consideradas vulneráveis, conceito que valoriza características pessoais que potencializam o efeito dos fatores de risco. A pessoa vulnerável não se sente capaz de buscar alternativas para enfrentar o momento de crise ou o faz de forma ineficaz. Por outro lado, a resiliência que é definida por Walsh (2005) como "capacidade de se recuperar da adversidade fortalecido e mais resolutivo" implica a busca de alternativas eficazes que auxiliem na superação da situação de risco e uma consequente adaptação.

Os fatores de proteção que se retroalimentam com a resiliência são destacados a seguir.

Características pessoais

- ♦competência social
- ♦autonomia
- ♦autoestima
- ♦orientação social positiva
- ♦empatia

Características familiares

- ♦coesão familiar
- ♦conflitos administrados pela família

Características sociais

- ♦sistemas externos de apoio
- ♦rede social acolhedora
- ♦culturas locais

4.10.3 IMBRICAÇÕES ENTRE O PSICOSSOCIAL E A SAÚDE GERAL

- Maiores fatores preditivos de mortalidade infantil: escolaridade da mãe e saneamento básico
- Sofrimento psíquico da mãe: importante previsor de desnutrição nos filhos
- Fatores protetivos psicossociais são extremamente importantes no desenvolvimento físico e psicológico da criança
- Histórias de abuso físico ou sexual são preditores de:
  - pior saúde física
  - sintomas físicos inexplicáveis
  - uso de serviços de saúde
- Alcoolismo
  - causa de problemas físicos
  - consequência de problemas sociais
  - causa de problemas sociais
  - risco aumentado para alguns problemas de saúde que são foco de programas na Estratégia de Saúde da Família: tuberculose, hanseníase, tabagismo



Para lidar com os inúmeros problemas que as famílias apresentam na APS temos que contar com todas as "cartas" que podemos, como o matriciamento, o uso do ecomapa e do genograma e, não menos importantes, as reuniões de equipe.

São úteis também as sugestões de Castilho (2009):

- construção de espaços públicos de ajuda;
- prontidão: capacidade de acolher as necessidades familiares, na medida em que a solicitação é efetuada;

♦intensidade: resultado da conexão e da continuidade das iniciativas estabelecidas com as famílias;

♦protagonismo familiar: movimento resultante da circulação das informações e do apoio dado às famílias e que permite às próprias famílias tomar suas decisões;

♦recursos a intervenções múltiplas: grupos de geração de renda, de discussão, de tarefas, visitas domiciliares, acompanhamentos, atividades culturais etc.;

♦treinamento dos agentes sociais: desenvolvimento da compreensão relacional sistêmica, da capacidade de perguntar, da compreensão sobre preconceito social, racial e de gênero, das características da população atendida e das intervenções já utilizadas;

♦cuidado com o cuidador.

Saiba mais!

- *Uma família em situação de risco: resiliência e vulnerabilidade*, de Antoni, C. et al. (1999).

CAPÍTULO 5
Instrumentos do processo de matriciamento

5.1 Preconceito e estigma: como identificar e lidar com eles pg 161
5.2 Dificuldade de adesão ao tratamento pg 165
5.3 Violência: repercussões na prática da Estratégia de Saúde da Família e possibilidades de intervenção pg 172
5.4 Comunicação profissional-usuário pg 177
5.5 Comunicação de más notícias pg 181
5.6 O trabalho com as equipes da Estratégia de Saúde da Família: cuidando do cuidador pg 186

5.1 PRECONCEITO E ESTIGMA: COMO IDENTIFICAR E LIDAR COM ELES

Com os novos rumos que a Reforma da Saúde Mental ofereceu no cuidado de pessoas com transtornos mentais, em busca de estratégias para sua inclusão social, tornou-se mais evidente uma questão que deve ser enfrentada na nossa sociedade: o estigma que essas pessoas sofrem por terem um problema mental.

5.1.1 O QUE É ESTIGMA?

O termo estigma surgiu na Grécia, e era utilizado para nomear marcas ou sinais corporais que evidenciassem algo extraordinário ou ruim sobre a moral das pessoas que os apresentassem, denunciando que os possuidores de tais sinais eram criminosos, escravos ou traidores e, por isso, deviam ser publicamente evitados (GOFFMAN, 1988).

Atualmente, o estigma é considerado um fenômeno complexo e, ainda que permaneça vinculado à concepção original, ele se amplia, incluindo em sua definição, além de marcas corporais, características e atributos subjetivos. Goffman (1988) afirma que o estigma é uma relação entre atributo e estereótipo, sendo o atributo profundamente depreciativo e fundamentado nas representações sociais que as pessoas têm de determinados fenômenos.

Thornicroft e colaboradores (2007) afirmam que o estigma é formado essencialmente por três elementos que contribuem para sua existência e persistência:

- **ignorância** – por exemplo, falta ou conhecimento inadequado sobre os transtornos mentais;
- **preconceito** – crenças e atitudes negativas direcionadas às pessoas estigmatizadas, incluindo pensamentos negativos e também emoções negativas como raiva, hostilidade e repugnância;

- **discriminação** – comportamentos evitativos e de rejeição direcionados às pessoas estigmatizadas.

Quanto aos transtornos mentais, pesquisas de percepção pública apontam que são frequentes as reações negativas – como, por exemplo, de medo e antipatia –, dirigidas a esse grupo, especialmente em relação à esquizofrenia. Verifica-se ainda uma tendência da população geral em considerá-los "imprevisíveis" e "perigosos", incitando o desejo por distanciamento social, tornando-os alvo de estigma e consequente discriminação social (LINK, 1987; LAI et al., 2000; LINK; PHELAN, 2001; RIBEIRO, 2005).

Além disso, portadores de transtornos mentais sofrem também com o autoestigma (preconceito internalizado) e discriminação antecipatória (medo de virem a sofrer discriminação). Isso traz aos portadores uma desvalorização e percepção negativa de si e de sua doença, podendo aumentar o isolamento e diminuir a autoestima, assim como a busca e a adesão ao tratamento.

Tanto o estigma quanto o autoestigma afetam portadores de transtornos mentais em diversos domínios da sua vida (social, ocupacional, relacional), tendo um impacto negativo em suas oportunidades de participação social (SARTORIUS, 1998; THORNICROFT et al., 2009), em sua recuperação e, consequentemente, em sua qualidade de vida.

5.1.2 POR QUE AS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SÃO ESTIGMATIZADAS?

São comuns as reações de raiva e medo em relação às pessoas com transtornos mentais, que resultam em comportamentos de evitação e diminuem as iniciativas de ajuda.

As manifestações do estigma podem variar e ser percebidas de acordo com a cultura local. As pessoas com transtornos mentais graves reconhecem que também podem ter preconceitos contra si mesmas e ser alvo do próprio estigma, o que contribui para esses pacientes, muitas vezes, não buscarem atendimento e tratamento para seu problema de saúde.

Os profissionais de saúde também podem ter preconceitos a respeito dos transtornos mentais e contribuírem para o estigma. Além disso, muitas vezes médicos e outros profissionais de saúde negligenciam e não valorizam as queixas somáticas de pacientes "psiquiátricos", enxergam todas suas queixas como tendo um "fundo emocional" ou acreditam que o paciente esteja "fingindo", o que prejudica o seu atendimento médico.

Os efeitos colaterais dos antipsicóticos podem causar apatia e distúrbios motores que dificultam a realização de atividades, também trazendo o risco de estigmatização das pessoas que fazem uso desses medicamentos.

5.1.3 COMO O ESTIGMA SE MANIFESTA?

O estigma pode se manifestar por meio de palavras e expressões depreciativas sobre o problema de saúde da pessoa.

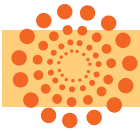
Uma atitude que indique pena ou condescendência exagerada também pode gerar sentimentos de baixa autoestima e insegurança nas pessoas com transtornos mentais graves.

A falta de clareza em relação ao diagnóstico pode ser outra causa de confusão e insegurança.

O estigma e a discriminação se estendem aos familiares, amigos e profissionais de saúde mental, atingindo tudo o que se relaciona com os transtornos mentais.

5.1.4 O QUE FAZER PARA REDUZIR O ESTIGMA?

A luta contra o estigma e a discriminação tem sido priorizada em busca de melhorias no tratamento dos pacientes com transtorno mental. Em 2001 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a campanha **"Cuidar, sim. Discriminar, não"**, com o objetivo de provocar um impacto na opinião pública e estimular o debate sobre como melhorar as condições atuais de saúde mental no mundo todo e diminuir a discriminação em relação ao portador de transtorno mental.



Ações e intervenções para combater o estigma e lidar com suas consequências se fazem necessárias. A inclusão da visão do portador do transtorno mental no planejamento de tais intervenções pode torná-las mais efetivas (THORNICROFT et al., 2007; THORNICROFT et al., 2009).

As medidas a seguir têm sido utilizadas como estratégias para reduzir o estigma associado a transtornos mentais:

- educação e orientação para informar sobre os transtornos mentais, esclarecendo dúvidas e mitos relacionados a esse tema;
- contato com os portadores de transtorno mental, a fim de desmistificar crenças errôneas associadas a eles;
- ações voltadas para o aumento da autoestima e empoderamento (empowerment) de portadores de transtorno mental, priorizando intervenções consentidas por eles, a fim de auxiliá-los no enfrentamento de obstáculos impostos pela discriminação.

Saiba mais !

Acesse os seguintes sítios:

- Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia: www.abrebrasil.org.br
- Fênix – Associação Pró Saúde Mental: www.fenix.org.br
- Grupo de Auto-ajuda Apoiar: www.apoiar.org.br
- Associação Brasileira de Psiquiatria – Comunidade: www.abpcomunidade.org.br

5.2 DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Contribuir para o paciente aderir a um tratamento, independentemente de qual seja, é um desafio que todo profissional da APS enfrenta.

Hipócrates já havia descrito a necessidade de se atentar para a obediência ou não às prescrições. Em um estudo de revisão, Barbosa e Lima (2006) demonstram a baixa adesão dos pacientes em termos mundiais e também as dificuldades na avaliação dessa adesão. O estudo centra-se na hipertensão e a adesão varia em diferentes países, de 7 a 65%, quando a meta seria de 80%. Estudos com outras patologias, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida), tuberculose, diabetes, obesidade e outros não são muito diferentes (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Adesão vem do latim *adhaesione* e significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo.

Embora existam diferentes definições de adesão, vamos considerar as apresentadas a seguir.

Para Botega (2006, p.55) "devemos conceber adesão ao tratamento como um processo, com três componentes principais: a noção de doença que possui o paciente, a ideia de cura ou de melhora que se forma em sua mente e o lugar do médico no imaginário do doente".

Com base na etimologia da palavra adesão, Silveira e Ribeiro (2005) afirmam:

> Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Já segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), adesão ao tratamento

> é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde.

Gusmão e Mion Jr. (2006), por sua vez, nos mostram alguns dados interessantes a respeito de adesão ao tratamento. Em estudo para avaliar as razões de não adesão citadas pelos pacientes, encontraram:

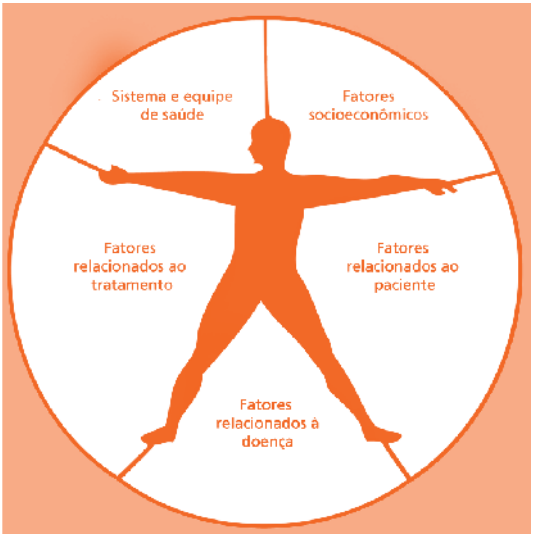
30%	não tomavam a medicação por esquecimento
16%	referiram outras prioridades
11%	optaram por tomar dose menor do que a prescrita
9%	alegaram falta de informações
7%	fatores emocionais
27%	não souberam dar uma razão para a baixa adesão

Em estudos com hipertensos, os dados coletados mostram:

Por que não tomar medicamentos	
89%	referiram baixa adesão devido ao alto custo
67%	por ter de tomar várias vezes ao dia
54%	pelos efeitos indesejáveis
Relacionado com a doença	
50%	referiram desconhecimento da gravidade
36%	ausência de sintomas
Conhecimentos e crenças	
83%	só tomavam o medicamento quando a pressão estava alta
80%	referiram não cuidar da saúde
75%	esqueciam de tomar os medicamentos
70%	desconheciam a cronicidade e as complicações da doença
Relação médico-paciente	
51%	citaram falta de convencimento para tratar a doença
20%	relataram relacionamento inadequado

Observe agora a figura que destaca as dimensões da adesão, segundo a OMS (2003).

Figura 1 – As cinco dimensões da adesão



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003).

5.2.1 FATORES QUE DIFICULTAM A ADESÃO

Seguindo um modelo apresentado por Botega e colaboradores (2006), com algumas modificações, destacamos os fatores que dificultam a adesão ao tratamento no que diz respeito ao paciente, ao tratamento, à doença, à instituição e ao profissional.

Quanto ao paciente

- Necessidade de mudança no estilo de vida
- Falta de rede social de cuidado
- Fatores culturais, como crenças e preconceitos
- Condições socioeconômicas
- Conhecimento insuficiente sobre a patologia

- Dificuldade de atribuir sentido ao processo terapêutico
- Falta de autonomia como nos casos de crianças, idosos ou pessoas patologicamente dependentes
- Baixa capacidade de lidar com problemas (*coping*)

As mudanças no estilo de vida, incluindo hábitos que devem ser modificados (como comer frituras) ou acrescentados (como fazer exercícios regulares), constituem por si só um enorme desafio. Em primeiro lugar é muito difícil para qualquer ser humano abrir mão de um prazer. Vários aspectos podem influir negativamente, tais como: questões culturais e/ou familiares que reforcem hábitos nocivos e até motivações inconscientes, normalmente de cunho infantil, que dificultem o autocuidado, ou esperem gratificações mágicas. Quando se incluem nessas questões as dependências (químicas, alimentares etc.), a tarefa fica ainda mais difícil. Contar com o auxílio do matriciador em saúde mental pode ser de grande valia, além da necessidade de reforçar o vínculo e trabalhar com as famílias.

Albuquerque e Deveza (2009) afirmam:

> Um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento é a disponibilidade e empenho da pessoa em cuidar de si própria. E esse cuidado se faz presente quando a pessoa pode se perceber como alguém que merece cuidado, alguém que tem valor e tem importância. Além disso, querer cuidar de si pressupõe o desejo de viver, ter projetos a realizar na vida, ter sonhos para o futuro. A autoestima diminuída e uma atitude geral de insatisfação ou desânimo frente à vida, que podem se expressar também no pessimismo em relação à eficácia do tratamento, podem favorecer a baixa adesão, na medida em que o paciente não veja sentido em investir na própria vida (ALBUQUERQUE; DEVEZA, 2009).

Quanto ao tratamento

- Uso de medicamentos por longo prazo
- Preço dos medicamentos
- Polifarmácia
- Efeitos colaterais
- Alterações de vida incompatíveis com a rotina da pessoa
- Estigma, como nos tranastornos mentais

Quanto à doença

- Ausência de sintomas
- Comorbidades como depressão, dependências químicas, dificuldades cognitivas e outras morbidades que demonstrem dificuldades no autocuidado

É frequente que as patologias crônicas sejam assintomáticas ou não tragam prejuízo imediato à qualidade de vida da pessoa (hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade etc.) e, por isso, não há "percepção de doença". Dessa forma, por que aderir a um tratamento para uma condição que não se sente na pele? A abordagem distinta entre enfermidade e doença (*illness* x *disease*), que constitui o primeiro passo da abordagem centrada na pessoa, em que se procura entender a experiência de adoecer, é uma etapa fundamental para o cuidado em saúde da família.

Quanto à instituição

- Qualidade do acesso e acolhimento
- Falta de medicamentos
- Gestão dificultando abordagem biopsicossocial

É importante uma constante avaliação da qualidade do acolhimento oferecido aos usuários de unidades de atenção primária. O "primeiro contato" é um dos quatro pilares de uma APS resolutiva. Uma pessoa

bem-acolhida tende a aceitar com mais facilidade as orientações do profissional, sendo, portanto, elemento fundamental para o vínculo profissional-pessoa, tratado a seguir.

Quanto ao profissional

- Má relação médico-paciente, incluindo receitas ilegíveis e dificuldades de comunicação
- Enfoque clínico massificado, centrado na doença e em atendimentos individuais
- Foco no comportamento dos pacientes, ignorando os fatores inconscientes, sociais e familiares

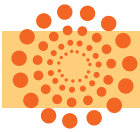
Tais aspectos comprometem o vínculo entre a pessoa e o profissional de saúde e, consequentemente, a adesão ao tratamento. Por que seguir a orientação de determinado profissional se parece que ele não dá atenção ou sequer ouve meus problemas?

O método clínico centrado na pessoa é uma sistematização adequada para a APS e deve ser sempre lembrado, quando se trata de consolidação de vínculos e enfrentamento da baixa adesão.

5.2.2 FATORES QUE FACILITAM A ADESÃO

- Encontrar sentido nas mudanças de estilo de vida.
- Atendimentos em grupos (ver Capítulo 3 sobre o assunto).
- Trabalho integrado com matriciamento em saúde mental.
- Plano terapêutico coparticipativo e reativado sistematicamente.
- Estimular a resiliência.

- Pedir que o paciente repita o que foi proposto para verificar assimilação da prescrição.
- Uso de linguagem de acordo com a cultura e o nível socioeconômico do paciente.
- Incluir a família na proposta terapêutica.
- Esquema de tratamento o mais simples possível.
- Educação em saúde em propostas comunitárias.



Alguns trabalhos focam a questão da adesão nos pacientes, outros nos médicos e outros nos sistemas de saúde. A visão que acreditamos de maior utilidade é a multidimensional, em que todos os fatores são determinantes, com pesos diferentes em diferentes situações. É necessário fazer um diagnóstico desses fatores e seus pesos para estabelecer uma estratégia adequada de enfrentamento da baixa adesão.

Saiba mais!

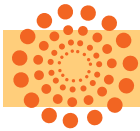
- *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, da WHO (2003).

5.3 VIOLÊNCIA: REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Na prática da Equipe de Saúde da Família, os problemas decorrentes da violência, em suas várias formas e manifestações, podem ser considerados problemas comuns. O sentido de "comum" não deve ser banalizado pela frequência com que esses problemas ocorrem, pois há uma supervalorização dos eventos violentos na mídia e no imaginário da população,

a ponto de serem vistos como algo sem solução, longe de qualquer intervenção pela ESF. Ao mesmo tempo, os problemas gerados pela violência muitas vezes transcendem o papel dos profissionais de saúde, pois, sendo **problemas complexos**, exigem soluções também complexas!

Violência não é algo único, pois tem múltiplas formas, variando conforme épocas, locais e circunstâncias. Para ser compreendida, deve ser vista sob a ótica do seu contexto sociocultural, atravessando todas as classes sociais, mas com grande impacto nas populações mais vulneráveis.



Violência pode ser definida como o uso da força física ou do poder, seja em forma de ameaça ou de forma efetiva, contra si próprio, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, causando ou tendo possibilidade de causar dano físico, psicológico, sexual ou morte.

A violêcia corresponde a um abuso da força exercida sobre o outro. Nesse sentido, violência é uma violação do direito à vida, à liberdade e à dignidade. Além disso, a violência é um **fenômeno de multicausalidade**, ou seja, não podemos determinar uma causa única, pois há diversos fatores envolvidos nessa prática. Na sociedade brasileira, que tem variantes nas configurações familiares, é preciso uma especial atenção para a **violência doméstica**, que inclui membros do grupo familiar, geralmente convivendo na mesma casa. Inclui diversas práticas, como violência física, psicológica, sexual ou negligência. Nesse tipo de violência as principais vítimas são os filhos (crianças e adolescentes), mulheres e idosos.

A violência pode ser manifesta ou encoberta, portanto é preciso atentar para os seus vários tipos.



Os vários tipos de violência

Violência física – caracteriza-se pela agressão dirigida ao corpo de uma pessoa, com a intenção de lhe causar dano físico e mesmo emocional, por meio do uso da força física, utilizando-se do próprio corpo ou de instrumentos para esse fim.

Violência psicológica – uso do poder ou da força para intimidar, humilhar, desrespeitar, rejeitar ou depreciar uma pessoa, causando-lhe dano psíquico. Ou seja, todas as formas de rejeição, discriminação, depreciação, desrespeito caracterizam maus-tratos psicológicos e podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial e ao bem-estar de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Esse tipo de violência é considerado um dos mais difíceis de identificar, pela falta de materialidade e de evidências do ato.

Violência sexual – consiste em todo ato ou jogo sexual que ocorre em relação heterossexual ou homossexual, com o propósito de estimular a vítima ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à vítima por meio de violência física, ameaça ou indução.

Negligência – caracteriza-se pela falha ou omissão em prover os cuidados, a atenção, o afeto e as necessidades básicas da criança, do adolescente, do idoso ou da pessoa com necessidades especiais. A negligência significa a omissão de cuidados básicos, como a privação de alimentação, de medicamentos, a falta de atendimento aos cuidados necessários de saúde, dentre outros.

A população tem seus próprios nomes para a violência, como "crime", "pecado", "corrupção", "miséria". Esses vários significados vão além do ponto de vista individual, incluindo as violências institucionais e da "ordem" social vigente.

Algumas **diretrizes para a ação dos profissionais de saúde** no que diz respeito à violência, como informam documentos da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, são:

- incentivar a adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, mobilizando a sociedade por meio da mídia, dos setores de educação e outras estratégias intersetoriais;
- monitorar os eventos violentos, pela vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação;
- ampliar e qualificar o atendimento pré-hospitalar;
- prestar assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, articulando o setor saúde com as áreas jurídicas e de segurança;
- capacitar os profissionais para o atendimento precoce e eficaz às vítimas, prevenindo agravos como o transtorno de estresse pós-traumático, que tem elevada prevalência nas populações expostas a fenômenos individuais ou coletivos de violência;
- apoiar o desenvolvimento de estudos sobre violência.

Como poderia ser então a atuação da ESF de acordo com essas diretrizes?

1. Acolher e escutar, permitindo que a questão da violência na vida das pessoas possa ser trazida para as consultas e conversas; abrindo espaços para falar das dores, tristezas e angústias, de eventos passados, inseguranças presentes, temores futuros.
2. Criar espaços e práticas promotoras de bons tratos e de cuidado. Isso significa utilizar-se do apoio intersetorial e interinstitucional, em que as

pessoas se sintam bem, desenvolvendo atividades criativas, prazerosas e produtivas; em especial destacam-se os grupos de convivências de mulheres e idosos, envolvendo atividades de autocuidado e geração de renda, que vão desde trabalhos manuais, exercício físico, jardinagem, teatro até outras atividades semelhantes.

3. Incentivar a organização de espaços comunitários de desenvolvimento e proteção para as crianças e adolescentes: esportes, música, creches, grupos, bibliotecas, brinquedotecas, por exemplo.

4. Desenvolver grupos terapêuticos pelas Equipes de Saúde da Família – com suporte dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – para cuidado de pacientes com transtornos mentais associados à violência, tais como transtornos de ansiedade, incluindo transtorno de estresse pós-traumático e depressão.

5. Implementar ações integradas com dispositivos sociais do território como escolas e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), e dispositivos judiciais como os Conselhos Tutelares, por exemplo, para oferecer proteção efetiva às vitimas e apoio para se recuperarem e se reestruturarem.

6. Atuar junto ao agressor que, em grande parte das vezes, também necessita de cuidado e é responsabilidade da equipe da ESF.

A **prática do matriciamento em saúde mental** pode contribuir efetivamente para melhorar a identificação e a elaboração desses planos terapêuticos individuais e/ou voltados a comunidades para o cuidado às pessoas expostas à violência.

Saiba mais!

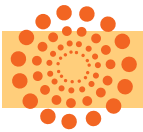
- *A violência faz mal à saúde,* do Ministério da Saúde (2004).
- *Salud mundial,* da Organização Mundial da Saúde (1993).
- *Sobre a violência,* Arendt, H. (1994).
- *Violência e saúde,* de Minayo, M. C. (2006).

5.4 COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

Até o presente, os aspectos comunicacionais da interação entre usuários dos serviços nas profissões da saúde são pouco contemplados na formação, embora isso pareça estar mudando rapidamente.

Embora parcialmente negligenciada, a comunicação é fundamental para os profissionais da saúde, que empregam de 85 a 90% de seu tempo se comunicando.

A efetividade da comunicação na saúde tem implicações na adesão ao tratamento, no prognóstico de afecções, na satisfação do paciente, nas denúncias de má-prática e na satisfação do profissional. Na saúde mental na atenção primária destacam-se estudos britânicos que mostram que a capacidade de um médico generalista compreender e cuidar de transtornos mentais depende mais do seu estilo de comunicação do que de seu conhecimento de psiquiatria.



A principal ferramenta no ambiente da Estratégia de Saúde da Família é, sem dúvida, a comunicação. É por meio dela que emanam diagnósticos e intervenções. Mais do que isso, qualquer procedimento, por mais técnico e científico que seja, jamais será possível sem o intermédio da comunicação. Alguns elementos do estudo da comunicação são certamente importantes para a ESF.

Como já vimos no Capítulo 3, Watzlawick et al. (1973) apontaram como axiomas da comunicação que é impossível ao ser humano não se comunicar e que toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional.

O primeiro axioma aponta, por exemplo, para o fato de que os silêncios dos usuários não são simplesmente ausência de informação, mas um

conjunto de significados potenciais que precisam ser descobertos – o que é pouco lembrado pelos profissionais tradicionais da saúde.

O segundo reforça que não podemos nos fiar simplesmente no que é dito, mas também na forma como as coisas são ditas e, principalmente, nos gestos e outras formas não verbais de comunicação. O profissional deve se lembrar sempre disso ao se confrontar com atos que não consegue compreender ou diante dos quais ele sente que não deve se envolver – e o principal deles é o choro. A pergunta "o que significam estas lágrimas", por mais banal que pareça, pode ser a grande diferença entre uma conduta benfeita e uma referência sem indicação. Da mesma forma, os matriciadores devem sempre aproveitar as oportunidades que surgem nos encontros para discutir aspectos da comunicação.

Existe um conjunto de dificuldades à comunicação profissional-paciente, muito comuns nos serviços de saúde.



Dificuldades à comunicação profissional-paciente

Ruídos – elementos físicos que estão fora, externos às pessoas que se comunicam

- Sala de recepção inadequada na unidade de saúde
- Número de pessoas na sala de espera
- Decoração e arquitetura inadequadas
- Interrupções, chamadas telefônicas, consulta desorganizada

Interferências – são internas às pessoas e dividem-se em três classes

- Cognitivas
    - Usuário com perdas cognitivas ou baixa escolaridade
    - Desconhecimento dos profissionais sobre aspectos psicossociais no território



- Emocionais
  - Usuário com transtorno mental (depressão, ansiedade etc.) ou emoções extremas (desespero, agressividade etc.)
  - Profissional com problemas emocionais
- Socioculturais
  - Grande diferença sociocultural entre usuário e o profissional

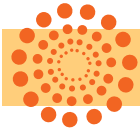
Nenhuma dessas dificuldades está posta de forma absoluta e sempre há estratégias por meio das quais os profissionais de saúde podem tentar contorná-las. As estratégias vão desde mudanças na configuração espacial da sala onde ocorrem os atendimentos até a disposição em conhecer mais sobre o universo sociocultural dos moradores do território em adscrição. Entre os seres humanos há sempre o potencial de influência recíproca. O que certamente não auxilia e deve ser evitado são posturas do tipo: "Para que vou me dar ao trabalho se ele não vai me entender..."

Nesse sentido, é bom lembrar que, ao nos comunicarmos, fazemos o tempo todo imagens sobre as pessoas. Algumas vezes essas imagens são precisas, mas em outros momentos os estereótipos nos impedem de ver quem as pessoas são, de fato. Quando não lidamos bem com as imagens que fazemos dos outros, há risco de problemas de comunicação, como:

- **efeito halo** – quando o estereótipo que temos do paciente invade tudo o que ele faz;
- **erro fundamental de atribuição** – julgamos ver nos outros uma característica indesejável de nossa própria personalidade;
- **profecia autorrealizada** – um conjunto de atitudes em relação a um usuário que o levam a agir exatamente da maneira que se temia que agisse desde o princípio.

Já que é inevitável a existência de estereótipos, devemos estar alertas a eles, deixá-los em suspenso e procurar analisar sua origem. Procurar entender o que sentimos por um usuário e por que o sentimos sempre é

útil, assim como exercer o olhar compreensivo, buscando aspectos positivos em pessoas que têm atitudes que nos incomodam.



Um grande desafio para os profissionais de saúde é aprender a exercer a empatia – capacidade de se colocar no lugar do outro – sem, no entanto, perder a firmeza necessária para apoiar os pacientes. Embora a prática seja necessária para isso, a busca consciente de melhorar em tais aspectos é muito importante.

Um profissional de saúde competente nos aspectos da comunicação está sempre atento a sinais não verbais, como o tom de voz e o ritmo da fala, a gesticulação e os trejeitos, e a relação de distância e proximidade que o usuário tem com o profissional e com as outras pessoas. Embora com o tempo a capacidade de observar tais sinais se torne inconsciente, é importante – da mesma forma como quando começamos a aprender a dirigir um carro – estar alertas conscientemente para essas características comunicacionais nos usuários que são atendidos.

Além disso, o profissional deve aprender a desenvolver a capacidade de iniciar uma consulta de forma aberta, sem interromper muito no início – a maioria dos pacientes conclui sua queixa inicial com menos de um minuto – e passar progressivamente de perguntas abertas (“como se sente?”, “conte o que aconteceu?”, “como é essa dor?”) para perguntas fechadas (“isso piora à noite?”, “você tinha se alimentado?”, “a dor é em pontada?”).

O profissional também deve procurar desenvolver a capacidade de interromper pacientes logorreicos e ativar a fala de pacientes lacônicos, e de explorar sinais emocionais com cuidado, citando, perguntando sobre eles ou parafraseando (repetindo a ideia com outras palavras) queixas que indiquem sofrimento psíquico. A boa comunicação pressupõe perguntar sobre a compreensão do usuário e fazer um resumo ao final da consulta.

A maneira pela qual um profissional escuta influencia a conduta do paciente. Entretanto, apesar de todas as informações e dicas deste capítulo, sabe-se que para profissionais de saúde é a prática supervisionada, com o auxílio de um facilitador, que mais potencializa o desenvolvimento dessas competências. Assim, é importante dizer, como mensagem final deste tópico, que o matriciador busque aprender a identificar situações em que a comunicação pode ser melhorada e desenvolva em si as habilidades necessárias para dar devolutivas (feedback) construtivas para o aperfeiçoamento de seus matriciandos, no tocante à comunicação.

Saiba mais!

- *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*, de Leite, A. J. M.; Caprara, A. e Coelho Filho, J. M. (2007).

5.5 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Assim como acontece no desenvolvimento de habilidades de comunicação em geral, aprender a comunicar más notícias só se faz por meio da prática reflexiva e, de preferência, sob a supervisão de um profissional experiente nessa tarefa.

Entretanto, existe um conjunto de técnicas que podem servir como dica ou guia para o profissional de saúde em situações desse tipo.

Comunicar más notícias faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Embora na atenção primária a maioria delas seja considerada por profissionais e pacientes como "leves" e, até certo ponto, esperadas, a presença de uma notícia ruim pode causar grande impacto na ESF, até pela ligação de longa duração que as equipes têm o potencial de realizar com a população adscrita. No campo da atenção primária, más notícias envolvem resultados diagnósticos de procedimentos de rastreamento, como o câncer de colo uterino e soropositividade para o HIV.

Em primeiro lugar, o matriciadores e matriciandos devem estar cientes da grande importância da habilidade de se lidar com conteúdos emocionais. É uma habilidade que exige constante aperfeiçoamento e que o profissional desenvolverá durante toda a sua carreira. Por isso, alguns pontos chave sobre como lidar com conteúdos emocionais são apresentados a seguir. Eles compõem o acróstico **TERNA** e, é claro, são úteis em qualquer situação em que as emoções afloram, e não somente no âmbito das más notícias.

T	**Tatear**	Procurar explorar sinais verbais e não verbais de manifestações emocionais durante o contato profissional-usuário.
E	**Entender**	Esforçar-se para, sem constranger o usuário, procurar entender quais são as emoções que ele apresenta.
R	**Respeitar**	Respeitar as manifestações emocionais do usuário, procurando suspender o julgamento sobre elas, especialmente quando nos incomodam.
N	**Nomear**	Ao perceber tais sinais, procurar indicar, sem fazer o usuário sentir-se acuado, que ele está manifestando conteúdos emocionais no atendimento.
A	**Apoiar**	Manifestar claramente que a abordagem de material emocional não significa rotular o paciente, mas sim apresentar a equipe como fonte de apoio.

O processo de oferecer ao paciente a má notícia envolve seis passos, segundo o protocolo SPIKES, desenvolvido por oncologistas, e cujo nome refere-se ao acróstico das etapas em inglês. Os nomes desses passos foram vertidos para o português, formando a sigla **AAIISS**. Veja-os no quadro a seguir.

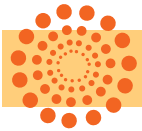
A	**Arranjo inicial**	•Preparar-se para o processo: organizar-se mentalmente, planejar como será dada a informação, rever fatos técnicos, efetuar preparos menores (lenços de papel, por exemplo). •Escolher previamente um horário/local mais tranquilo para dar a notícia.
A	**Apreensão do paciente**	•Investigar como o usuário apreende a situação e também o quanto está apreensivo. •Procurar identificar o que o usuário sabe, como costuma responder, quais são suas expectativas e seus objetivos.
I	**Investigação sobre a informação**	•Levantar quanta informação o usuário quer saber – o que varia de pessoa para pessoa –, desde a postura de "não me esconda nada", passando por "não quero saber muito, quero resolver" até "não quero saber nada, resolva com meu familiar".
I	**Informação**	•Este é o momento em que, de fato, se informa o fato ruim, de preferência com um aviso antes. •Revisar, se necessário, e de preferência com brevidade, os dados que o paciente demonstrou não conhecer no passo anterior. •Dar a informação aos poucos, checando como o paciente a compreende e o tempo que leva para absorver o impacto. •Fazer uma pausa após fornecer a informação.

S	**Segurança**	•Demonstrar empatia pelos sentimentos do usuário. Lembrar-se da regra TERNA para respostas emocionais. •Resistir a tentar afastar a situação emocional difícil rapidamente usando frases falsamente tranquilizadoras (evitar "dourar a pílula"). •Demonstrar para o usuário que ele pode contar com você, mesmo nesta situação.
S	**Súmula e estratégia**	•Fazer um resumo das informações clínicas. •Após isso, deixar claro que se iniciou a fase de estratégia dos próximos passos de tratamento, sempre checando qual é a compreensão dele. •Não "tirar soluções da cartola" e procurar planejar os passos junto com o paciente.

Existem alguns comportamentos que devem ser evitados no processo de comunicação de más notícias. Um deles é o bloqueio, que acontece quando o usuário ou seu familiar faz uma pergunta difícil e a resposta muda completamente o assunto, pois o profissional não é capaz de abordar diretamente a resposta. Igualmente, o profissional deve evitar ser levado para realizar longas palestras recheadas de informações técnicas, uma reação comum em profissionais de saúde quando ficam ansiosos: atenha-se, no momento da má notícia, aos dados importantes ou solicitados pelo usuário. Da mesma forma, o profissional de saúde deve evitar trazer expectativas de cura e segurança que sejam irreais: isso pode arruinar a confiança do usuário, quando ocorrem evoluções ruins dos casos.

Possivelmente, o comportamento desaconselhável mais comum, no caso da informação de notícias ruins, é o da colusão. A colusão é aquele tipo de situação em que profissional, paciente e família evitam se comunicar sobre a real natureza do problema – o primeiro, por se sentir ansioso em

lidar com a questão; os últimos, por terem medo da resposta. Nesse caso pode-se perder momentos preciosos de vida ou cuidados terapêuticos dos quais o usuário poderia desfrutar ou realizar se tivesse real consciência de seu problema. Evidentemente, nem todos os pacientes têm condições de lidar com um diagnóstico sombrio, especialmente os que estão associados a pouca chance ou tempo de sobrevivência. No entanto, o profissional tem a obrigação de se perguntar, a cada paciente que atende com diagnósticos desse tipo: "Ele ou ela deseja saber?" – e lembrar-se da etapa da investigação sobre a informação.



Quando decidir por evitar que o paciente receba a informação completa, algum acompanhante ou familiar deverá ser informado.

Por fim, é importante lembrar que deve ser evitado, no prognóstico, a determinação de prazos de vida, por sua enorme imprecisão. Além disso, é preciso ter em mente que o paciente quer que o profissional de saúde esteja do seu lado e não desista dele, mesmo na perspectiva da doença mais sombria. O matriciando deve considerar também a possibilidade de solicitar dicas de um matriciador quando tiver de enfrentar uma situação difícil de comunicação de más notícias.

Saiba mais!

- *Approaching difficult communication tasks in oncology*, de Back, A. L. et al. (2005).

5.6 O TRABALHO COM AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CUIDANDO DO CUIDADOR

Um dos papéis mais importantes dos matriciadores de saúde mental é o apoio às equipes da ESF. Não estamos nos referindo a apoiar terapeuticamente esses profissionais, mas sim a apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento das equipes e seus membros.

Esse apoio é necessário por diversas razões:

- as equipes de saúde da família estão submetidas a alto grau de estresse, que iremos descrever e analisar mais detalhadamente a seguir. Por isso, elas vêm apresentando um índice surpreendente da síndrome de esgotamento no trabalho (*burn-out*), que se manifesta por várias formas de adoecimento dos profissionais que nela trabalham, inclusive no âmbito emocional, contribuindo para a grande rotatividade de profissionais na ESF;
- as equipes desenvolvem processos de trabalho novos, para os quais muitas vezes não foram formadas, o que contribui para sua insegurança.



Dificuldades dos novos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes da ESF

- O trabalho no território que, longe da proteção das paredes dos hospitais, responsabiliza as equipes para o cuidado da população adscrita e coloca os procedimentos dos profissionais de saúde em dependência da adesão voluntária e consciente dos usuários (nem sempre favoráveis às ações de saúde oferecidas pelas equipes); e a falta de boa vontade da população, que se mostra acostumada com políticas de saúde assistencialistas e paternalistas.



- A atuação em equipe interdisciplinar, que retira o profissional da sua zona de conforto, já que suas opiniões e condutas pessoais são parte de um processo de construção coletiva de um projeto terapêutico singular. Esse projeto deverá resultar numa ação coletiva e corresponsabilizada, dependente de acordos e atuação dialogada, em que nem sempre o indivíduo tem razão e quase sempre necessita de outras pessoas – da unidade e da comunidade – para obter sucesso.

- A utilização de abordagens mais participativas, em que os problemas psicossociais da comunidade e dos pacientes também são objeto da ação da equipe, inovações para as quais os profissionais também não foram preparados.

Dentre os novos desafios encontrados nessa inserção dos profissionais está a estruturação de vínculos e, com isso, a abordagem do sofrimento emocional dos pacientes, suas famílias e comunidade. Cuidar do sofrimento psíquico, lidar com os aspectos subjetivos do adoecimento, mental ou não, representa uma área em que a maior parte dos profissionais se sente insegura. Essa insegurança nasce não apenas do desconhecimento técnico, mas também de visões preconceituosas e estigmatizantes, da presença de fenômenos mentais dos profissionais tais como a identificação, a transferência e a contratransferência que são vividos como aspectos difíceis na relação com o sofrimento emocional e que normalmente surgem nas pessoas nessas situações enfrentadas pelas equipes.

As equipes lidam com problemas psicossociais importantes. Muitas vezes se veem impotentes perante a gravidade dos problemas com que se deparam. Por formarem vínculos muito estreitos com a população a elas adscrita, inserindo-se no território – geralmente áreas de baixa renda e áreas de risco psicossocial – e perdendo a proteção que as paredes

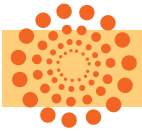
das instituições hospitalares oferecem aos profissionais, essas equipes não utilizam mecanismos tradicionais de distanciamento e isolamento afetivo dos pacientes por elas atendidos. Além disso, uma parte significativa das equipes, os agentes comunitários de saúde, são moradores da área, submetidos aos conflitos locais, incluindo as situações de violência e carência.

Outro aspecto importante é o fato de o matriciador do núcleo de apoio à saúde da família ser um indivíduo inserido no mesmo contexto de dificuldades da equipe. Ele também sofre com todos os desafios mencionados anteriormente, não se sentindo capaz de dar apoio às dificuldades apresentadas pela equipe. Isso pode gerar instabilidade no vínculo entre os matriciadores e as equipes, uma vez que eles podem demonstrar insegurança e impotência, frustrando as intenções e expectativas da equipe e inviabilizando o trabalho conjunto.

A inserção dos matriciadores nas equipes, por si só, não basta para o trabalho de apoio, na medida em que eles também pertencem ao quadro de recursos humanos da unidade. Sendo assim, os matriciadores tomam parte na sociabilidade junto com os demais profissionais, participando ativa e espontaneamente das relações, triangulações e alianças pessoais dentro das equipes. Esse engajamento pessoal e cotidiano, bem como a formação de alianças com membros das equipes, pode resultar em perda de espaço de atuação como apoiador, ainda mais se parte da equipe se mostrar contrária ao grupo de convívio do matriciador.

Nos casos em que há ruptura de relacionamento entre partes da equipe e o matriciador busca trabalhar essa dinâmica no grupo, a atividade de apoio pode se tornar praticamente inviável, dependendo da forma como o matriciador participa das relações de poder que mediam o convívio na unidade. Sendo assim, o apoio matricial à equipe pressupõe uma postura extremamente ética do matriciador, exigindo que ele busque avaliar ativamente sua própria contratransferência, inclusive nos momentos em que

não está diretamente trabalhando ou apoiando o grupo. Também pressupõe a pactuação de regras no grupo definindo, na medida do possível, como um espaço protegido das decisões gerenciais diretas e disciplinares ao trabalhador.



É fundamental que o matriciador "vista a pele" do cuidador da equipe, com equidade, não se deixando envolver nas tramas das interações pessoais.

Como o matriciamento pode apoiar essas equipes sem que as intervenções se transformem em ações psicoterápicas?

Dois pontos são fundamentais para essas ações serem estruturadas dessa forma: o objetivo e a técnica.

Objetivo

Segundo a concepção de Pichon-Riviére (1982), mais bem definido como a "tarefa" deve ser a estruturação dessa equipe para que suas "tarefas" possam ser desenvolvidas. Ou seja, trabalhar todos os conflitos e dificuldades, reforçando os aspectos positivos do funcionamento daquele grupo nas suas atividades e interações no cotidiano do trabalho.

Técnica

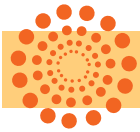
Técnicas grupais diversas podem ser utilizadas nesse processo. As primeiras experiências nessa área foram com Balint (2005), cujo foco eram as dificuldades dos profissionais com a abordagem aos problemas emocionais de seus pacientes. Esse trabalho ainda é essencial e muitas vezes é o foco trazido pelos profissionais às reuniões de equipes. Mas atualmente estão sendo utilizadas as técnicas de grupos operativos de Pichon-Riviere (1982) e a produção sobre grupos de reflexão existentes na literatura. Também tem sido aplicada a técnica da terapia comunitária como forma de apoio às equipes da ESF (BARRETO, 2005).

Em alguns municípios têm sido organizadas equipes de suporte às equipes de ESF em uma modalidade de apoio institucional bastante adequada, independentemente das atividades de matriciamento. Mas nem sempre isso é possível e os matriciadores podem ter que atuar junto a esses profissionais.

Que aspectos são relevantes para essas intervenções de grupo de apoio às equipes da ESF?

- O foco deve estar no funcionamento da equipe para desempenhar suas tarefas. Todas as outras dificuldades detectadas e abordadas, tais como problemas de relacionamento ou com determinados pacientes, devem ser analisadas dentro dessa perspectiva.
- Aspectos subjetivos, como questões contratransferenciais na relação com alguns pacientes e suas famílias, podem aparecer e devem ser trabalhados, porém sempre na perspectiva da tarefa, e não para a análise e resolução dos problemas individuais de membros da equipe.
- A impotência da equipe perante os problemas psicossociais dessa população é um tema relevante. Envolve subtemas difíceis de serem abordados e manejados, tais como violência, diferenças de classes sociais (inclusive dentro da equipe, entre os profissionais de nível superior e os agentes comunitários), preconceitos, insegurança, desconhecimento e a angustiante sensação do contato com seus limites, que merece um item à parte.
- Nos momentos em que o apoio à equipe transforma-se num espaço de catarse, em que alguns de seus membros passam a buscar culpados para as dificuldades de realizar a tarefa e para os problemas encontrados no processo de trabalho, é importante o matriciador evidenciar que a resolução do problema não está em achar um culpado ou "bode expiatório", mas sim em criar ferramentas e estratégias grupais para os erros não se repetirem, entendendo que o fracasso de uma ação é fracasso de toda a equipe e o sucesso também. Pode-se levantar a dis-

cussão sobre o quanto o mecanismo de eleição do bode expiatório resulta em perda para o grupo, em termos da oportunidade de aprender com os erros e aperfeiçoar-se. Muitas vezes o papel do matriciador será o de reunir um grupo que há muito não se reúne devido à vivência de conflitos interpessoais importantes na história da equipe. Nesses casos, o primeiro papel do matriciador será o de proteger o grupo-equipe de sua própria violência, criando regras de convívio que permitam recomeçar o diálogo perdido, para então chegar às conclusões sobre o que impede o grupo de atingir suas metas e construir novas ferramentas para melhor responder às demandas da comunidade.



É importante lembrar que cuidar dos outros e ajudar são motivações importantes para profissionais de saúde em seu trabalho e que, nos hospitais, essa motivação é reforçada por uma ideologia que centra no profissional a responsabilidade de "resolver" os problemas dos pacientes.

A ida para a atenção primária traz uma transformação radical nessa perspectiva: muito pouco será resolvido apenas pela ação dos profissionais. Isso se aplica desde o controle de quadros clínicos, como diabetes ou hipertensão, em que o controle do peso e a realização de atividades físicas estão muito mais nas mãos dos pacientes do que nas dos profissionais, até a resolução de fatores de estresse, como conflitos familiares, miséria ou violência. Esse limite é vivenciado como extremamente doloroso.

Como superar essa dor e impotência da equipe, fatores que contribuem de forma especial para que ela evite cuidar de pacientes com sofrimento psíquico?

Para isso, faz-se necessária uma transformação importante da práxis desses profissionais:

- aliviar a equipe das "responsabilidades" de ter que dar soluções, sozinha, para os problemas psicossociais dos pacientes, de suas famílias e da sua comunidade. Esse modelo, oriundo da prática hospitalar, que centra no profissional a capacidade de dar soluções, contribui para a sensação de impotência e dificulta o acolhimento ao sofrimento emocional dos pacientes, a criação de espaços de escuta e que a equipe contribua para o empoderamento da população em si, aspectos importantes para a solução desses problemas;
- empoderar a equipe pela importância da rede de apoio e do suporte emocional que ela pode oferecer na estruturação de soluções para os problemas psicossociais da população. A rede e o apoio social são fatores hoje bem conhecidos pelo seu impacto positivo na saúde mental e física das pessoas. Organizar esses espaços nas unidades e nas comunidades é uma intervenção de promoção e de prevenção em saúde que deve ser desenvolvida por essas equipes. São ações que contribuem para empoderar as equipes.

A transformação da práxis necessita de espaços para ser construída. Aí se inserem os grupos com as equipes coordenados pelos profissionais de saúde mental, agentes de apoio na instituição de novos processos de trabalho.

Outra via importante de acesso do matriciador ao apoio às equipes da atenção primária encontra-se no favorecimento de uma reflexão sobre a coerência de princípios entre a atenção primária e os projetos terapêuticos desenvolvidos para a comunidade e sobre a própria vivência do autocuidado à saúde que os integrantes das equipes trazem em suas próprias histórias de vida. Avaliar em grupo essa coerência de princípios, valores e ações pode ser um disparador importante de resgate do sentido

do trabalho, fortalecimento do vínculo e confiança com a equipe, além de sensibilizar seus integrantes em relação aos colegas de trabalho.

É interessante chegar à conclusão, junto com as reflexões do próprio grupo, de que aquilo que se cria para o cuidado da comunidade nem sempre é levado em consideração pelo trabalhador de saúde em sua própria vida. Esse processo de "colocar o outro sempre em primeiro lugar" pode levar os profissionais a níveis de morbidade preocupantes. O matriciador deve trabalhar para a criação de um espaço de suporte para o grupo, mas também pode perceber que o profissional vivencia grandes prejuízos de saúde física e mental resultantes de uma vida de depreciação de seu autocuidado em função do cuidado dos outros. Esse perfil próprio do cuidador pode ser refletido como parte das mudanças a serem conquistadas pelo grupo, como forma de reconquistar a capacidade de cuidar do outro e atingir as tarefas do grupo com qualidade, na medida em que "só se pode doar aquilo que se tem".

Entretanto, é importante atentar quando os casos apresentam gravidade suficiente para pensar num espaço diferente de apoio. É comum encontrar integrantes da equipe com quadros depressivos, ansiosos e somatizadores moderados ou graves, havendo apelo para que o grupo se transforme num espaço meramente terapêutico. Nesses casos, será necessária uma conversa em particular com este integrante da equipe: com o máximo de cuidado, e respeitando o tempo de entendimento da pessoa, o matriciador poderá conseguir dialogar sobre a necessidade de iniciar um tratamento, conquistando a adesão dele a alguma referência terapêutica de cuidado fora da unidade na qual trabalha. Portanto, um tratamento fora do ambiente do apoio matricial à equipe, uma vez que a finalidade do espaço não é o tratamento desse membro, mas sim o desenvolvimento de ações que visem à realização da tarefa grupal.

Saiba mais!

- *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*, de Campos, E. P. (2005).

CAPÍTULO 6
O matriciamento como organizador, potencializador e facilitador da rede assistencial

6.1 Equipes de atenção primária à saúde e de saúde mental: o papel de cada um pg 197
6.2 Trabalho em rede: construindo as redes de saúde psicossocial pg 198
6.3 Seguimento de pessoas com transtornos mentais comuns no território pg 203
6.4 Seguimento de pessoas com transtornos mentais graves no território pg 204
6.5 Psicoterapias especializadas e atenção primária à saúde: quando e como? pg 210

6.1 EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL: O PAPEL DE CADA UM

O campo da saúde mental na APS está em construção e novas técnicas de abordagem à identificação, ao tratamento e à integração estão em constante desenvolvimento no Brasil e em outros países.

No entanto, desde o estabelecimento dos serviços de atenção primária, uma discussão é muito antiga: quem cuida do quê? Que tipo de usuário deve ser atendido exclusivamente pelos profissionais de APS? Quais são os pacientes que também devem ter cuidados das equipes especializadas de saúde mental?

A essas duas perguntas, tipicamente relacionadas à lógica do encaminhamento e da comunicação por meio de referência e da contrarreferência, agora podemos adicionar uma nova questão: que tipo de usuário pode se beneficiar das interações do apoio matricial?

Essas perguntas nos remetem a decisões clínicas – dentro de uma perspectiva ampliada de clínica, não a do modelo clássico, "de consultório" ou "de hospital" – sobre as árvores decisórias e protocolos. Esses protocolos podem ser baseados em padronizações da literatura que são, na maioria das vezes, internacionais. Porém, tais instrumentos não fazem sentido se não dialogarem com a realidade específica de cada campo, de cada território, de cada município, realidade que pode ser bastante diversa em um país tão grande como o nosso.

Mas reflexões de outra monta também são necessárias. Embora um guia como este possa trazer várias ferramentas que auxiliam o desenvolvimento de processos mais eficientes e satisfatórios para atender os casos de saúde mental no território, também não se pode ignorar a importância de voltarmos o olhar para o funcionamento dos fluxos do sistema. Às vezes, problemas colaterais à relação entre a saúde mental e a APS podem ter influência direta no manejo dos casos. A situação mais

evidente talvez seja o processo de encaminhamento de casos agudos com risco para si e outrem para atendimento de emergência.

Principalmente os matriciadores, mas também os membros equipe da APS, precisam estar conscientes da realidade na qual se inserem, compreendendo os limites, meandros e atalhos do sistema necessários para os cuidados à saúde mental dentro de sua prática.

A seguir propomos algumas reflexões e apresentamos algumas práticas para que as equipes de apoio matricial, em seus encontros com as equipes de APS, compreendam melhor quais são os papéis de cada uma e juntas possam, diante de sua realidade de assistência e serviços, tomar as melhores decisões possíveis no sentido dos cuidados dos usuários sob sua responsabilidade.

Saiba mais!

- *A inserção da saúde mental na atenção básica à saúde,* de Ribeiro, M. S.; Poço, J. L. C. e Pinto, A. R. (2007).
- *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica,* do Ministério da Saúde (2003).

6.2 TRABALHO EM REDE: CONSTRUINDO AS REDES DE SAÚDE PSICOSSOCIAL

A abordagem psicossocial, foco dos projetos terapêuticos criados num matriciamento, nos remete diretamente ao trabalho em rede.

Figura 1 – Redes de saúde psicossocial



Fonte: Adaptado de Brasil (2004).

Mas o que entendemos por rede?

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção.

O matriciamento já é um exercício da rede em que a atenção primária (ESF) junto à saúde mental e/ou ao Nasf constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede necessário para aquele indivíduo e sua família.

Destacamos alguns tipos de rede importantes para o matriciamento:

- rede de serviços de saúde;
- rede intersetorial;
- rede de apoio social e/ou pessoal do indivíduo.

No atual modelo hegemônico, os serviços de saúde da atenção primária encaminham para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta ou internação do usuário. Dessa forma, o portador de sofrimento psíquico é encaminhado e não é sentido pelos profissionais da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território, na sua comunidade.

No matriciamento, as duas equipes interagem, traçando juntas um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo. Essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula, que corresponsabiliza.

Caso 21 – Vilma

Dona Marina mora com sua filha, Vilma, de 22 anos, num pequeno apartamento num bairro da periferia de uma cidade de médio porte. Ela está preocupada com sua filha, que não quer mais sair de casa para ir ao médico no ambulatório de psiquiatria. A filha junta lixo em casa, às vezes

não fala coisa com coisa e quando a mãe tenta ajudar, ela fica agressiva. A única pessoa que Vilma recebe em casa é a irmã, que mora perto mas trabalha o dia todo.

A ACS tentou fazer uma visita e, como sempre, dona Marina a recebeu na porta. A equipe do ESF nunca fez nada e acabaram esquecendo esta família. Quando a psicóloga do CAPS iniciou a prática de matriciamento, a enfermeira comentou o caso e foram discutir em equipe.

Dona Marina foi ao posto para ter um encontro com a equipe do ESF e a psicóloga, quando planejaram uma visita à irmã de Vilma. Aos poucos, essa irmã conseguiu aproximar a ACS, que iniciou um vínculo com Vilma.

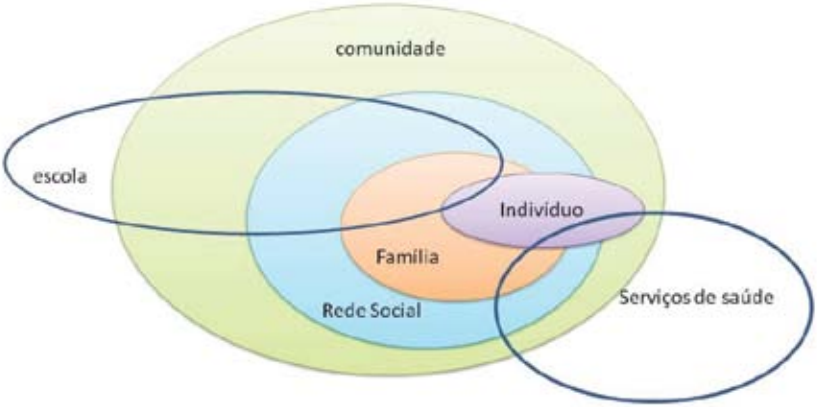
A psicóloga discutiu o caso no CAPS e uma interconsulta com o psiquiatra e o médico do ESF foi marcada. Quando a interconsulta aconteceu, Vilma foi medicada com Haloperidol Decanoato: o CAPS forneceria a medicação e o ESF aplicaria mensalmente.

Aos poucos a vida de Vilma foi melhorando. Ela conseguiu ir ao CAPS com sua mãe e a ACS. Além de frequentar o CAPS, ela começou a ir numa oficina de fuxico no posto e a recuperar antigas amizades da escola secundária. A equipe entrou em contato com a escola, que a incluiu nas atividades escolares na medida do possível. Dona Marina pôde voltar a trabalhar.

Com o matriciamento, a equipe do ESF foi tecendo a rede, criando possibilidades e trazendo qualidade de vida para essa família.

Cada indivíduo e sua família têm seu projeto terapêutico, que depende de suas redes pessoais, sociais e dos recursos da comunidade, da rede de serviços de saúde e intersetoriais necessárias.

Figura 2 – Diversos equipamentos e atores interagindo de forma dinâmica numa rede



Segundo Sluzki (1997, p. 37), no trabalho em redes

> as fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage – família, meio ambiente... – podemos acrescentar que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais.

Dessa forma, no matriciamento devemos estar atentos à rede de apoio do usuário, importante para o diagnóstico situacional, pois sabemos que pacientes com rede de apoio forte têm mais saúde mental do que aqueles com uma fraca rede de apoio (PORTUGAL, 2005). Na etapa do projeto terapêutico, a análise da rede de apoio é importante para sabermos com quem e com que recursos podemos contar na rede de apoio pessoal.

Pensando numa rede mais ampla, nos deparamos com a rede intersetorial, em que outras instituições, públicas ou não, entram no projeto terapêutico do indivíduo dentro de um conceito mais amplo de saúde. Assim, diante de uma história de abuso sexual na infância, por exemplo, é necessária uma rede com o conselho tutelar ou a vara de família. No caso de uma criança que está fora da escola, será preciso um contato com a escola mais próxima e/ou a secretaria de educação. Já um adolescente com risco psicossocial vai necessitar de um contato com uma ONG que possa ajudar com atividades esportivas ou culturais. E uma mulher de meia-idade com depressão precisa retornar à sua igreja para algum grupo que seja adequado à sua realidade.

> Trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade.

6.3 SEGUIMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NO TERRITÓRIO

O acompanhamento de pessoas com transtorno mental comum pelas equipes da ESF no território confunde-se com a própria rotina do atendimento nas unidades de atenção primária, dada a grande frequência desses casos nesse nível da assistência.

Acompanhar os pacientes com transtorno mental comum significa:

- atender dentro dos princípios da abordagem centrada no paciente, permitindo que os atendimentos realizados pelos profissionais sejam espaços de manifestação e participação dos pacientes, em que se possa conversar sobre a vida, seus problemas e dificuldades, mas também suas alegrias e realizações;
- atender regularmente, para evitar o surgimento de novas queixas físicas como forma de obter atenção da equipe. O sofrimento emocional é razão suficiente para ser cuidado;
- incentivar atividades que promovam autocuidado, resgate da autoestima, construção de espaços e rotinas prazerosas e de realização pessoal. Essas atividades podem ser realizadas nas unidades ou em outros espaços comunitários e aí se incluem caminhadas e outras atividades físicas, tais como alongamento, trabalhos manuais, jardinagem e cuidado de hortas, grupos de mulheres e inúmeros outros a serem organizados, dependendo dos recursos da equipe e da comunidade;
- criar espaços de apoio psicossocial mais elaborados para quadros de TMC de maior intensidade, como grupos terapêuticos para usuários crônicos de benzodiazepínicos ou de mulheres poliqueixosas;
- propor e realizar atividades comunitárias que sejam espaços de participação e desenvolvimento de cidadania, autonomia e cuidado. Reforçar de forma especial a participação e a corresponsabilidade desses pacientes, normalmente desemponderados e impotentes, no desenvolvimento dessas atividades e na comunidade.

6.4 SEGUIMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO TERRITÓRIO

As pessoas com transtornos mentais graves e persistentes irão necessitar de cuidados continuados, e as equipes da ESF tem um papel importante pela proximidade ao território, na manutenção dos cuidados e a possibilidade de facilitar a inclusão social.

6.4.1 ACOLHIMENTO

No primeiro contato com pacientes com problemas mentais graves e seus familiares, a equipe de Saúde da Família deve realizar um acolhimento de modo que eles sintam-se seguros, com liberdade de expor suas dificuldades, dúvidas e angústias em lidar com a situação e tenham clara a ideia de que a UBS será o ponto de referência de acompanhamento. Um lugar que transmita segurança e seja o primeiro local a ser procurado quando dificuldades maiores vierem a ocorrer.

6.4.2 PRIMEIRA CONSULTA NA EQUIPE DA ESF

Na primeira consulta com o médico da equipe, cabe a ele coletar uma série de dados que serão necessários para o acompanhamento do paciente.

Cuidados a observar na primeira consulta na equipe de ESF

- É imprescindível a presença de familiar que saiba complementar, com clareza e segurança, dados da história do doente e que saiba compreender as orientações que lhe serão passadas pela equipe da forma mais simples possível.
- É necessário que o usuário e o familiar levem o sumário de alta hospitalar e o documento de referência, nos quais o médico irá coletar uma série de informações de que precisará para dar seguimento no acompanhamento, tais como: diagnósticos; período de internação e resumo da evolução durante esse período; medicamentos que o paciente vem utilizando desde a alta hospitalar, horário de tomada e doses das medicações; medicamentos não tolerados devido a efeitos adversos; resultado de exames realizados; e orientações fornecidas pela equipe assistente durante o período de internação.

Desde a primeira consulta, deve-se educar o paciente e o familiar quanto à necessidade do tratamento farmacológico. Orienta-se o familiar a fazer controle da medicação e a guardá-la em local seguro. Explica-se que não será fornecida medicação para mais de 30 dias de tratamento, de forma a evitar grandes estoques em casa. É importante também alertar sobre os riscos da ingestão de forma inadequada.

Educa-se também os familiares em relação ao transtorno, alertando-os quanto ao surgimento de sinais de piora clínica, tais como: irritabilidade; auto e hetero-agressividade; alterações no padrão de sono; alimentação; autocuidados; agitação psicomotora; pensamento delirante, entre outros; aparecimento de efeitos colaterais que as medicações poderão causar, dentre os quais salientamos sedação excessiva e sintomas de impregnação por neurolépticos.

6.4.3 ACOMPANHAMENTO

A frequência das consultas com o médico da equipe deve ser individualizada de acordo com a gravidade do quadro, o suporte familiar e o nível de entendimento do transtorno por parte do doente e seus cuidadores.

Estando o paciente estável na primeira avaliação, sugere-se que o intervalo entre esta e a segunda consulta seja de uma semana, período que ajudará a fortalecer o vínculo do paciente e seu familiar com a equipe. Após a segunda avaliação, permanecendo o paciente estável, o intervalo entre esta e uma terceira consulta pode ser de duas semanas. Posteriormente, ainda permanecendo o paciente estável, as novas avaliações poderão ser agendadas em intervalos mensais.

É papel do médico assistente, em todas as consultas, avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, educar quanto à necessidade de seguir tomando a medicação de forma correta, identificar possíveis efeitos adversos das medicações e fazer pequenos ajustes nas prescrições, caso sejam necessários. Ainda é importante identificar fatores psicossociais

que possam contribuir para a desestabilização do paciente e, uma vez identificados, devem ser tomadas medidas em conjunto com outros profissionais da equipe (assistente social, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde etc.) com o objetivo de diminuir o impacto negativo dessas situações.

A duração de cada consulta também é variável e individualizada para cada paciente. Sugere-se que as primeiras consultas tenham duração um pouco maior, podendo ser em torno de 30 minutos. Já as consultas seguintes, quando o médico tiver um melhor conhecimento do paciente e dos problemas psicossociais que o rodeiam, podem ser de 20 minutos.

As visitas domiciliares devem ser realizadas pelo agente comunitário de saúde em intervalos regulares não superiores a 30. Ele deve reforçar a necessidade do uso correto da medicação, orientar quanto ao transtorno, identificar problemas na família e na comunidade que possam contribuir para uma possível piora clínica do paciente. É importante, também, que haja uma comunicação constante entre o ACS e o restante da equipe e que seja agendada uma visita multidisciplinar, sempre que necessário.

Outra questão crucial relativa ao acompanhamento diz respeito à medicação disponível na rede básica de saúde. De uma forma geral e sempre que possível, deve ser prescrita medicação da rede básica, salvo em situações em que o paciente não a tolere devido à ocorrência de efeitos adversos ou se ela não for eficaz na estabilização do quadro. Nesses casos, o médico assistente deve solicitar a medicação necessária via secretaria estadual da saúde, mediante preenchimento de processo para tal.

O usuário poderá ser acompanhado por meio de grupos, que podem ser organizados de acordo com o tipo de transtorno mental e contar com a participação de familiares ou não (por exemplo, grupo de pacientes e familiares com esquizofrenia; grupo de pacientes com depressão etc.).

A modalidade de trabalho por meio de grupos tem como objetivos principais: educar quanto ao transtorno, mostrar a importância do tratamento, promover a discussão de problemas trazidos pelos integrantes do grupo. Essa modalidade é ainda uma forma de identificação e reinserção do doente na comunidade.

É importante também:

- o contato regular entre um médico psiquiatra e a equipe da ESF. Esse trabalho pode ser realizado em forma de consultoria, visando esclarecer e orientar quanto a dúvidas que possam ocorrer, principalmente em relação aos pacientes mais graves;
- reinserir na comunidade, de forma gradativa, os pacientes com transtornos mentais graves. Nesse ponto entra o trabalho fundamental realizado pela equipe de terapia ocupacional, por meio de oficinas de artesanato e de outras atividades que visem descobrir e desenvolver habilidades que promovam a valorização e melhora da autoestima do usuário e possam servir como fonte de renda.

6.4.4 MANEJO DA CRISE

É bastante comum pacientes com problemas mentais graves apresentarem períodos de piora clínica, o que pode acontecer por motivos diversos: a própria evolução do transtorno, a não adesão ao tratamento farmacológico e a existência de fatores estressores psicossociais importantes.

Nesses casos deve-se fazer, num primeiro momento, uma **avaliação inicial** dos riscos que justificam uma internação em ambiente protetor: ideação suicida, auto e heteroagressão, exposição moral, comorbidades clínicas importantes, pobre suporte familiar.

O domínio na aplicação do exame do estado mental é de grande valia porque ajuda a quantificar a gravidade da crise e o deterioro do paciente.

Medidas iniciais de manejo da crise

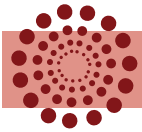
- Se o paciente estiver em agitação psicomotora, apresentando riscos de auto e heteroagressão, precisa ser imobilizado. Para tal, deve-se providenciar reforço, recorrendo ao serviço de segurança do posto ou à polícia. Depois disso, inicia-se a sedação do paciente, que pode ser feita com duas ampolas de Prometazina, intramuscular, associadas a uma ampola de Haloperidol, também intramuscular. Posteriormente, uma ampola de Haloperidol poderá ser administrada a cada 30 minutos até que haja sedação do paciente ou seja atingido um total de seis ampolas.
- Deve-se orientar a família quanto à necessidade dessas medidas protetoras. E fazer, desde já, um contato com o serviço de emergência psiquiátrica de referência e encaminhar o paciente assim que possível.
- Se o paciente precisar de internação e não for uma emergência, como descrito anteriormente, pode-se fazer contato com seu médico psiquiatra ou o serviço de internação psiquiátrica de referência, para que seja providenciada a internação.
- Nas situações em que não é necessária a internação, como, por exemplo, quando o paciente está mais agitado ou irritado mas não apresenta maiores riscos, com dificuldades de sono etc., pode-se fazer um ajuste, aumentando a dose da medicação antipsicótica ou antidepressiva. Reforça-se com os familiares a necessidade do controle rigoroso da medicação e de verificar se o paciente de fato a está ingerindo. Deve-se, também, orientar os familiares quanto ao surgimento de sinais de piora clínica e, caso ocorram, que façam contato imediato com a equipe de ESF para o paciente ser reavaliado.
- Deve-se, diante da piora clínica, reduzir o espaçamento entre as consultas ambulatoriais e as visitas domiciliares até que ocorra a reestabilização clínica do paciente.

6.5 PSICOTERAPIAS ESPECIALIZADAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: QUANDO E COMO?

Ao nos perguntarmos sobre a relação entre a atenção primária e a psicoterapia, é importante compreendermos do que estamos falando. Mas vamos examinar primeiro o que é **terapêutico.**

Toda intervenção para cuidado do sofrimento humano em uma interação emocional-racional é terapêutica. Toda relação profissional de saúde--paciente é terapêutica em si. O paciente busca sempre, no profissional de saúde, escuta, acolhimento, suporte e esclarecimento. Isso é terapêutico.

Podemos citar uma série de atividades realizadas regularmente por profissionais da APS que têm impacto ou potencial terapêutico, embora por vezes eles mesmos não se deem conta disso: a escuta que permite o desabafo; o acolhimento que permite o cuidado e estabelece o vínculo; o suporte para sentimentos que surgem; e o uso cuidadoso de um esclarecimento que desfaça fantasias, aumente informação, reestruture o pensamento e reduza a ansiedade e o desamparo.



Toda ação que promove enfrentamento, acolhimento, desabafo, suporte, resiliência e autoestima é terapêutica para o paciente, do ponto de vista emocional.

Muitas vezes, os profissionais temem agir terapeuticamente nas relações com seus pacientes. Em geral, justificam esse temor por três principais razões:

- não sabem o que dizer (“eu não fui treinado para isso”);

♦têm medo de causar mal ("e se ela se matar por causa do que eu perguntei?");

♦entendem que a esfera "psíquica" está fora do seu espectro de atuação ("só psicólogo pode 'aconselhar'").

Por outro lado, é importante que eles estejam conscientes – e os matriciadores têm um papel importante em reconhecer e reforçar quando estas atitudes forem se apresentando na equipe matriciada – das formas pelas quais os profissionais da APS podem ser terapêuticos.

Verifique a seguir um conjunto de ações terapêuticas para queixas emocionais que podem ser feitas por profissionais da atenção primária.



Ações de profissionais da atenção primária à saúde que são terapêuticas para demandas emocionais da clientela

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar.
- Exercer boa comunicação, sem jargões.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que ele precisa dizer.
- Acolher o paciente e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o paciente dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do paciente.

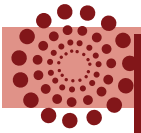
Analisemos agora o que é **psicoterapia.**

Por psicoterapia podemos compreender um conjunto de práticas que também busca amenizar o sofrimento emocional. A principal diferença

entre a psicoterapia e atividades terapêuticas realizadas por não especialistas é o fato de as várias formas de psicoterapia estarem ancoradas em teorias psicológicas e serem praticadas por profissionais que tenham realizado uma formação teórico-prática para tal.

As psicoterapias pressupõem relacionamentos interpessoais intencionais e regulares que devem seguir as regras vinculadas às teorias nas quais estão baseadas. Elas subentendem a transformação individual por meio da reflexão sobre si – e isso vale mesmo para terapias de grupos ou de casais – e costumam ter o conceito de sigilo profissional como muito importante.

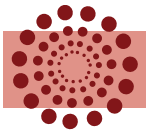
Na organização dos sistemas de saúde, as psicoterapias são relativamente caras e prolongadas. Idealmente elas devem acontecer em serviços especializados de saúde mental, tais como: centros de atenção psicossocial, ambulatórios de saúde mental ou policlínicas que tenham atendimento em saúde mental. Portanto, seu uso deve ser feito com parcimônia e critério.



Os matriciadores de saúde mental precisam ter em mente – e repassar isso para as equipes sob seu apoio – que apenas uma parcela muito pequena dos usuários da APS têm, de fato, demanda para realizar uma psicoterapia, ainda que de curto prazo. Devido aos custos envolvidos para o sistema de saúde e à baixa demanda pessoal pelo formato de atendimento da psicoterapia, atividades terapêuticas de outros tipos devem sempre ser consideradas antes de se decidir por um encaminhamento para um seguimento psicoterapêutico. Por outro lado, matriciadores não devem se furtar em encaminhar quando percebem demandas reais para esse estilo de atenção.

O papel das psicoterapias especializadas é lidar com algumas situações específicas. Uma destas situações pode ser um estilo de vida que se estruture de modo prejudicial ao indivíduo, envolvendo mecanismos psicológicos de defesa. Para os pacientes que trouxerem uma demanda existencial de autoconhecimento, as psicoterapias devem ser consideradas. Os casos de traços problemáticos de personalidade (com ou sem transtorno de ansiedade) também devem ser atendidos na esfera secundária em psicoterapia. Alguns quadros psiquiátricos têm, ainda, terapias desenhadas especificamente para abordá-las, como as fobias simples, o transtorno de pânico e o transtorno obsessivo compulsivo, entre outros.

Vale lembrar que, embora tendo grande aplicabilidade na APS para casos de sofrimento emocional, a técnica da terapia comunitária não é uma técnica psicoterápica de grupo, em especial por ela ser voltada, principalmente, para o estabelecimento de laços sociais e por não requerer sigilo. Da mesma forma, grupos específicos realizados na atenção primária não são e nem devem ser considerados psicoterapias, mas isso não quer dizer que não possam ser terapêuticos para as pessoas que deles participam.



É importante reforçar um ponto que sempre deve estar na mente dos matriciadores e da equipe de referência: o paciente que segue para o atendimento psicoterápico não deixa de ser um morador de seu território e continua sendo um usuário da unidade a ele adscrita. Portanto, a equipe de APS deve procurar monitorar se o paciente está mantendo o acompanhamento psicoterapêutico e acolhendo as impressões dele sobre seu progresso.

Por fim, lembramos que no modelo do Apoio Matricial, o profissional de saúde mental que vai à atenção primária não deve, a princípio, realizar psicoterapia. Eventualmente pode ser necessário para ele realizar atendimentos de avaliação e aconselhamento e, para isso, poderá usar técnicas psicoterápicas que aprendeu. Porém a APS não é local para psicoterapias.

Recomendamos rever os trechos deste guia sobre condutas terapêuticas por não especialistas para que matriciadores e profissionais da APS possam compreender as opções possíveis dentro dessa esfera de atenção.

Saiba mais!

- *Intervenções psicoterápicas*, de Eizirik, C. L.; Osório, C. M. S. e Oliveira, R. R. (2004).
- *Relacionamento terapêutico: a abordagem como ação básica de saúde*, de Martins, M. E. e Gonçalves, A. M. C. (2007).

CARTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE MENTAL

Caros colegas que trabalham em equipamentos públicos de saúde mental, o desafio está posto: compartilhar os cuidados psicossocias em pessoas que apresentam sofrimento psíquico com outros profissionais não especialistas em saúde mental, em especial com aqueles vinculados às Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família.

A produção científica mundial já é rica em artigos que enfatizam a necessidade e o impacto positivo gerados por uma abordagem efetiva em saúde mental por centros de atenção primária, incluindo seus profissionais "não mentaleiros" (OMS, 2009). O Sistema Único de Saúde tem em um dos seus princípios doutrinários a **integralidade**, que compreende, entre vários sentidos, uma abordagem que supere a tradição biomédica e voltada à doença física, além da fragmentação, tão comum em centros multiprofissionais.

Alguns aspectos sobre o trabalho nas unidades de atenção primária e especificidades dos especialistas em saúde da família devem ser compreendidos. A atenção primária à sáude tem como princípios, além da integralidade, tal como o SUS, o **primeiro contato**, a **longitudinalidade** e a **coordenação dos cuidados.**

Por meio do primeiro contato, as UBS/ESF devem facilitar e estimular o acesso das pessoas ao sistema de saúde. A longitudinalidade do cuidado pressupõe que os profissionais devem cuidar das pessoas, independentemente da presença de doença ou do tipo dela, ao longo da vida. Por último, por meio da coordenação do cuidado, devem apoiar e facilitar a organização e gestão dos cuidados, principalmente quando este é oferecido por vários profissionais, em níveis e /ou centros diferentes.

Dessa forma, não é difícil perceber que numa rotina de 40 horas semanais, que inclui visitas domiciliares para vigilância à saúde – "porta aberta" para melhor acessibilidade –, consultas e atividades em grupo que pretendem oferecer cuidados integrais, ao longo do tempo, os profissionais da atenção primária se deparam a todo momento com pacientes que apresentam algum grau de sofrimento psíquico. Encontram desde pessoas com apresentação somática de quadros mentais até cárcere privado de pacientes psicóticos.

E, naturalmente, não estão preparados para isso.

A maioria destes profissionais exerce sua função na atenção primária com intensa dedicação e, mediante quadros para os quais não foram treinados a cuidar, acabam por fazê-lo por intuição e boa fé. No entanto, tal conduta muitas vezes não é suficiente para o manejo dessas situações, o que gera uma contínua sensação de impotência e potenciais iatrogenias, além da constante cobrança da população à qual são vinculados, bem como das instâncias gestoras de quem são funcionários. Tendem a referenciar desordenadamente as pessoas aos centros de saúde mental, não respeitando os critérios dos CAPS ou mesmo das emergências psiquiátricas. Não raramente os cuidadores adoecem com tal demanda e o paciente, já com algum sofrimento psíquico e/ou físico, fica transitando entre equipamentos de saúde ou aguardando em longas filas de espera, com possível agravamento de seu quadro e daqueles em seu entorno.

Por não ter formação em saúde mental, é comum que os profissionais da atenção primária apresentem um grande estigma em relação ao portador de transtorno mental e uma inicial repulsa à responsabilidade de também atuar no cuidado ao adoecimento psíquico. Não percebem, muitas vezes, que este é o caminho para um cuidado clínico mais efetivo e, consequentemente, para melhores índices de resolutividade e satisfação profissional e pessoal.

Por tudo isso, é mais do que tempo de organizar esse sistema. A lógica matrical vem como resposta possível e efetiva. O desafio, então, é de compartilhar os cuidados psicossociais com os profissinais da atenção básica, como também de atuar em sua formação e suporte. Tal meta, além de possível, é extremamente gratificante, seja pela ampliação dos cuidados àqueles que necessitam, seja pelo trabalho realizado sobre uma lógica interdisciplinar ou, finalmente, pela organização da rede de saúde.

Vale o esforço e a iniciativa!

REFERÊNCIAS

Referências

AGOSTINHO, M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v. 23, p. 327-330, 2007. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001155345624718.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2009.

AGUIAR, R. A. T. *SUS baseado em conhecimento*: informação para tomadores de decisão: glossário. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br>. Acesso em: 15 set. 2005.

ALBUQUERQUE, A. B.; DEVEZA, M. *Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na atenção primária a saúde* In: PROGRAMA de atualização em medicina de família e comunidade: Promef. Porto Alegre: Artmed, 2009. v. 3, p. 41-71.

ALMEIDA, J. M. C.; GONZÁLEZ, F. T. *Atención comunitaria a personas com trastornos psicóticos. Washington*, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

ALMEIDA, R. A. *O médico de família e comunidade e a avaliação de crianças e adolescentes portadores de saúde mental*. Porto Alegre: PROMEF/SEMCAD, [20--].

ANTONI, C. et al. Uma família em situação de risco: resiliência e vulnerabilidade. *Interfaces*: revista de psicologia, Salvador, v. 2, n. 1, p. 81-85, 1999. Disponível em: <http://www.msmidia.com/ceprua/artigos/clarissa4.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARARIPE NETO, A. G.; BRESSAN, R. A.; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, p. 198-203, 2007.

ARAYA, R. et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, London, n. 361, p. 995-1000, 2003.

ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ARISTIDES, V. et al. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ARNOLD, L. M. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North American* , v. 26, n. 3, p. 595-620, 2003.

BABOR, T. F.; HIGGIONS-BDDLE, J. *Intervenções breves para o uso nocivo e de risco de álcool*: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2000.

BACK, A. L. et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: cancer journal for clinicians*, v. 55, n. 3, p. 164-177, May/June 2005.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. 5. ed. [S.l.]: Atheneu, 2005

BALONE, G. J. *Atenção ao idoso demenciado*. 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 1 set. 2010.

BALONE, G. J. *Demências*. 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 1 set. 2010.

BALONE, G. J. *Doença de Alzheimer*. 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 1 set. 2010.

BALONE, G. J. *Transtornos alimentares*. 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 1 set. 2010.

BALONE, G. J. *Transtornos da personalidade*. 2005. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 1 set. 2010.

BALONE, G. J. *Transtornos do espectro impulsivo-compulsivo*. 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 1 set. 2010.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BARRETO, A. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Ed. LCR, 2005.

BARRETO, A.; BARRETO, M. R. *Guia para a prática em terapia comunitária sistêmica integrativa*. Fortaleza: Gráf. Sérgio, 2010.

BERSANI, G. et al. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 252, p. 86-92, 2002.

BLAY, S. L.; LAKS, J.; BOTTINO, C. M. C. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. São Paulo: Guanabara-Koogan, 2006.

BLAZER, M. D. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: ArtMed, 2006.

BOTEGA, N. J. et al. *Prática psiquiátrica no hospital geral*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. G. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 1 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS*: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A violência faz mal à saúde*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do Nasf*: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009. (Cadernos de atenção básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde da família e a reforma psiquiátrica*: uma dança de pares. Brasília, DF, 2008. Trabalhos premiados no 3º Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 24 mar. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada*, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2008. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Texto base para discussão sobre matriciamento*. Campinas, 2009.

CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador*: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CAMPOS G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CASTILHO, T. et al. *O trabalho com famílias em situação de vulnerabilidade social*. São Paulo: Instituto de Terapia Familia de São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.itfsp.org.br/itfsp/artigos/36-o-trabalho-com-familias-em-situacao-de-vulnerabilidade-social>. Acesso em: 16 abr. 2010.

CASTOLDI, L.; LOPES, R. de C. S.; PRATI, L. E. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 set. 2010.

CHAZAN L. F. Grupos homogêneos interdisciplinares. In: MELLO FILHO, J. (Org.). *Grupo e corpo*: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CIAP2: Classificação Internacional da Atenção Primária. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família, 2009.

COHEN, L. S. et al. Postpartum prophylaxis for women with Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 152, n. 11, p. 1641-1645, 1995.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Bullying*: cartilha 2010: justiça nas escolas. Brasília, 2010. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-escolas/cartilha_bullying.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2011.

CORDIOLI, A. V.; ZIMMERMANN, H. H.; KESSLER, F. *Rotina de avaliação do estado mental*. [Porto Alegre]: UFRGS, [20--]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20%20do%20Estado%20Mental.pdf>. Acesso em: 23 maio 2010.

CORRIGAN, P. et al. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, v. 54, n. 8, p. 1105 -1110, 2003.

CRISP, A. H. et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 177, p. 4 -7, 2000.

CRUZ, M. L. S. Realidades escondidas. In: LANCETTI, A. *Saudeloucura 7*: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 59-

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CYRANOWSKI, J. M. et al. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical mode. *Archives of General Psychiatry*, v. 57, p. 21-7, 2000.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DISNEY, E. R. et al. Strengthening the case: prenatal alcohol exposure is associated with increased risk for conduct disorder. *Pediatrics*, v. 122, n. 6, p. 1225-30, 2006.

DOWLATI, Y. et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological Psychiatry*, v. 67, n. 5, p. 446-57, 2010.

EIZIRIK, C. L.; OSÓRIO, C. M. S; OLIVEIRA, R. R. Intervenções psicoterápicas. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial*: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 855-862.

FAIRBURN, C. G. et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, v. 56, p. 468-476, 1999.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. *Ferramentas de abordagem da família*. In: PROGRAMA de atualização em medicina de família e comunidade: Promef. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, Capítulo 1, p. 15.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. *Protocolo de atenção em saúde mental*. Florianópolis, 2008. Disponível em <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.53.42.648b47485f5a6eec3c1cc5136163b0d8.pdf>. Acesso em: 26 ago 10.

FOPPA, A. A. et al. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 727-737, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400020&lng=pt>. Acesso em: 06 set. 2010.

FORTES, S.; FURLANETTO, L. M.; CHAZAN, L. F. Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). *Boletim Científico*: saúde mental em foco, Rio de Janeiro, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=4&boltex_id=20>. Acesso em: 01 set. 2010.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, mar. 2008.

FRANK, D. A. et al. Growth, development and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, v. 285, p. 1613-1625, 2001.

GARCÍA-CAMPAYO, J. et al. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Atención Primaria*, Madrid, v. 24, p. 594-601, 1999.

GARMEZY, N. Reflections and commentary on risk, resilience and development. In: HAGGERTY, L. R.; SHERROD, N.; GARMEZY M. R. (Org.). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

GOLDBERG, D. P. Comorbidity and the concept of ''emotional disorders''. *Psychological Medicine*, London, v. 40, n. 9, p. 1583-1584, 2010.

GOLDBERG, D. P. et al. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, London, v. 39, p. 2043-2059, 2009.

GONÇALVES, D. A. et al. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in the Family Health Program in Brazil. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 4 ago. 2010.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOTTESMAN, I. et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, p. 252-257, 2010.

GROISMAN, M. et al. *Histórias dramáticas*: terapia breve para famílias e terapeutas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003. p. 39-40.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HALBREICH, U. et al. Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research. *CNS Spectrums*, v. 9, n. 3, p. 177-184, 2004.

HAY, P. J. et al. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 13-17, 2002.

HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. V. Suicide. *Lancet*, London, n. 373, p. 1372-1381, 2009.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HEOK, K. E.; HO, R. The many faces of geriatric depression. *Current Opinion in Psychiatry*, London, v. 21, n. 6, p. 540-545, 2008.

HUIBERS, M. J. H. et al. Psychosocial interventions by general practitioners: (cochrane review). *The Cochrane Library*, Oxford, n. 3, 2008.

HUIZINK, A. C.; MULDER, E. J. Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 30, p. 24-41, 2006.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. *Intervenção breve para o abuso de substâncias*: guia para uso na atenção primária à saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. *ASSIST*: teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Comunicação de notícias difíceis*: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro, 2010. 206 p.

KLERMAN, G. L. et al. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale: J. Aronson, 1999.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. *Suicide risk management*: a manual for health professionals. Oxford: Wiley-Blackwell, 2007.

LAI, Y. M.; HONG, C. H.; CHEE, C. Y. I. Stigma of mental illness. *Singapore Medical Journal*, v. 42, n. 3, p. 111-114, 2000.

LANCETTI, A. A potência terapêutica dos agentes comunitários de saúde. In: LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 87-96.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins, 2001. p. 102

LEBEL, T. P. Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, v. 2, n. 2, p. 409-432, 2008.

LEE, S. et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, London, n. 186, p. 153-157, 2005.

LEE, S. et al. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science Medicine*, v. 62, p. 1685-1696, 2006.

LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007. 242 p.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEWINSOHN, P. M.; HOBERMAN, H. H.; ROSENBAUM, M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 97, n. 3, p. 251-264, 1988.

LIEB, R. et al. The early developmental stages of psychopathology study (EDSP): a methodological update. *European Addiciont Research*, v. 6, n. 4, p. 170-182, 2000.

LINK, B. G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, v. 52, p. 96-112, 1987.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27, p. 363-385, 2001.

LINK, B. G. et al. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the selt-esteem of people with mental illness. *Psichiatric Services*, v. 52, p. 1621-1626, 2001.

LOPES, A. C. (Ed.). *Tratado de clínica médica*.São Paulo: Roca, 2006. Tomo 2.

LYSAKER, P. H.; ROE, D.; YANOS, P. T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, v. 33, n. 1, p. 192-199, 2007.

MARKOWITZ, J. C. Interpersonal psychotherapy alone and combined with medication. In: JANOWSKY D. S. (Ed.). *Psychotherapy*: indications and outcomes. Washington: American Psychiatric Press, 1999. p. 213-231.

MARTINS, M. E.; GONÇALVES, A. M. C. Relacionamento terapêutico: a abordagem como ação básica de saúde. In: RIBEIRO, M. S. *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. p. 221-237.

MATTOS, S. A. F. Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In: LANCETTI, A. *Saudeloucura 7*: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 53-58.

MCDANIEL, S.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. *Terapia familiar médica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MCGOLDRICK, M. *Genograms*: assessment and intervention. 2nd. ed. New York: W. W. Norton, 1999.

MCGOLDRICK M. *Novas abordagens da terapia familiar*: raça, cultura e gênero na prática clínica. São Paulo: Roca, 2003.

MCGOLDRICK, M. et al. *As mudanças no ciclo de vida familiar*: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MCGRATH, J. et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, n. 5, p. 440-447, 2010.

MELLO, D. F. et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Hhumano*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 78-91, 2005.

MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo*: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 47-151, maio/ago. 2005.

MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. P.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional*. Preparando pessoas para a mudança de comportamentos. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

MINAYO, M. C. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MUNIZ, J. R.; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica,* Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 72-79, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/10.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2010.

MYNORS-WALLIS, L. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment,* London, v. 7, n. 6, p. 417–425, Nov. 2001.

NILO, K. et al. *Política de saúde mental de Belo Horizonte*: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10-AP*: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Intervenção breve para o abuso de substâncias*: guia para uso na atenção primária à saúde. Genebra, 2004. Versão brasileira.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Salud mundial*. Genebra, 1993.

OSÓRIO, C. M. S. et al. Psicoses. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial*: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 885-897.

PARAS, M. L. et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association,* v. 302, n. 5, p. 550-561, 2009.

PELUSO, E. T. P. *A percepção pública de transtornos mentais na cidade de São Paulo*. 2004. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Community perception of mental disorders: a systematic review of Latin America and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* v. 39, p. 955-961, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal.* São Paulo: M. Fontes, 1982.

PORTUGAL, S. *Quem tem amigos tem saúde*: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. In: SIMPÓSIO FAMÍLIA, REDES SOCIAIS E SAÚDE, 2005, Hamburgo. Hamburgo: Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11124/1/O%20papel%20das%20redes%20sociais%20no%20acesso%20aos%20cuidados%20de%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 25 maio 2011.

PROCHASKA, J. A.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addicitive behavior. *American Psychiatry*, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

PROJETO Diretrizes. Brasília, DF:Conselho Federal de Medicina;Associação Médica Brasileira, [20--]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes_sociedades.php>. Acesso em: 12 nov. 2010.

RIBEIRO, L. *A esquizofrenia como assunto midiático*: uma abordagem qualitativa. 2005. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Universidade Federal da São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C.; PINTO, A. R. A inserção da saúde mental na atenção básica à saúde. In: RIBEIRO, M. S. *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. p. 15-26.

RICE, F.; THAPAR, A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 115, p. 171-83, 2007.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, maio/jun. 2003.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. *Manual de saúde mental*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SARTORIUS, N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, London, v. 352, p. 1058 -1059, 1998.

SCHMITT, R. et al. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCHOEDL, A. F. et al. *Psicoterapia interpessoa*l: teoria e prática. São Paulo: Médica Paulista, 2009.

SEMPLE, D. M.; MCINTOSH, A. M.; LAWRIE, S. M. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, v. 19, p. 187-194, 2005.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. *Interface*: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005.

SINGER, L. T. et al. Cognitive and motor outcomes of cocaine-exposed infants. *Journal of American Medical Association*, v. 287, n. 15, p. 952-1960, 2002.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMIT, F.; BOILER, L.; CUIJPERS, P. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*, v. 99, n. 4, p. 425-430, 2004.

STROPPA, A. L. P. C. Transtornos do humor em atenção básica à saúde. In: RIBEIRO, M. S. *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. p. 97-116.

THORNICROFT, G. et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, London, v. 373, n. 408 -415, 2009.

THORNICROFT, G. et al. Stigma: ignorance, prejudice ou discrimination? *British Journal of Psychiatry*, London, v. 190, p. 192-193, 2007.

TSUANG, M. T.; FARAONE, S. V. The genetics of mood disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990.

VAN DORN, R. A. et al. A Comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and disire for social distance. Psychiatry, v. 68, n. 2, p. 152-163, 2005.

VICTOR, J. F. et al. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem* da USP, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 724-30, 2007.

VIKRAM, P.; SUMATHIPALA, A. Psychological approaches to somatisation in developing countries Advances in Psychiatric Treatment, London, v. 12, n. 1, p. 54-62, Jan. 2006.

WAGNER, H. L. et al. Ferramenta de descrição da família e dos seus padrõesde relacionamento: genograma: uso em saúde dafamília. In: ABORDAGEM familiar sistêmica: curso básico para o Programa Saúde da Família. Rio Grande: Fazenda, 1997. Disponível em: <http://files.viverjunto.webnode.com.br/200000037-2c7b72d762/Ferramenta%20de%20

Descri%C3%A7%C3%A3o%20da%20Fam%C3%ADlia%20e%20dos%20Seus%20Padr%C3%B5es%20de%20Relacionamento%20%E2%80%93%20Genograma%20%E2%80%93%20Uso%20em%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2010.

WALSH, F. *Fortalecendo a resiliência familiar.* São Paulo: Roca, 2005.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. *Pragmática da comunicação humana*: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 1973.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. *Pragmática da comunicação humana*: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1981.

WEISS, E. L.; LONGHURST, J. G.; MAZURE, C. M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 156, p. 816-828, 1999.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia*: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 set. 2010.

WERNER, M. C. M. *Família e direito:* reflexões terapêuticas e jurídicas sobre a infância e a adolescência. Rio de Janeiro: Booklink, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies*: evidence for action. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating mental health into primary care*: a global perspective. Geneva: WONCA, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide prevention* (SUPRE). Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en>. Acesso em: 24 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World health report: mental health: new understanding*, new hope. Geneva, 2001.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. *Psicoterapia de grupo*: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2006.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drug abuse during pregnancy. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 44-47, 2008.

ZIMERMAN, D. E.; OZÓRIO, L. C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

Formato: 130 x 180mm
Tipografia: Bell Gothic Std
Papel do Miolo: Offset 90g/m2
Papel e Acabamento Capa: Papel Cartão supremo 240g/m2
Impressão e acabamento: DRQ Gráfica e Editora

Rio de Janeiro, Junho de 2011.