



Pós-Graduação em

Atenção Básica em Saúde da Família

Assistência Multidisciplinar à Saúde

Vol. 3

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Karine Cavalcante da Costa



Assistência Multidisciplinar à Saúde

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 11/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cézar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

A848 Assistência multidisciplinar à saúde, volume 3 / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole... [et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
156 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-330-8
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Idosos – Cuidado e tratamento. 4. Família – Saúde e higiene. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama.

CDD (22) 613.043



Assistência Multidisciplinar à Saúde

Volume 3

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Karine Cavalcante da Costa



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

Primeiramente retrato a grande satisfação em contribuir com este projeto grandioso. Aproveito a oportunidade para expor minha admiração a todos que se declinam em estudar a Enfermagem como ciência, concretizando o sonho de uma grande mulher chamada Wanda de Aguiar Horta, que partiu de uma profissão tipicamente empírica, carregada com as marcas do sacerdócio, exercida essencialmente por mulheres, focando basicamente no cuidado fraternal, assim a conduzindo a esta leitura atual, composta com experimentos, pesquisa e resultados práticos.

O presente estudo tratando da saúde do idoso é essencial, pois doentes serão muitos, mas idosos seremos todos, diante desta constatação é uma condição *sine qua non* a enfermagem se preparar técnica e cientificamente para esta realidade não tão distante, pois em menos de 40 anos a proporção de idosos irá dobrar com relação ao índice de natalidade, este fato demandará mais cuidados com as pessoas que muito contribuíram com o país, e que ainda contribuirão com suas experiências de vida.

A saúde do idoso é um tema muito rico de ser explorado e o presente estudo aborda com grande amplitude todas as peculiaridades desta especialidade. Hodiernamente a enfermagem tem sido valorizada pelas especialidades que tem se aberto em vieses extremamente produtivos, pois a especialidade traz segurança ao paciente assistido, não que a generalidade não seja válida, mas saber tudo sobre tudo é bem mais complexo que ter um conhecimento considerado sobre um assunto que o profissional tenha mais afinidade.

Por fim, o estudo especializado reforça e agrega valores à enfermagem e a seus profissionais, afastando cada vez mais a imagem de sacerdócio gravada desde os primórdios da civilização humana, o que confunde trabalho ou ofício que lança mão de conhecimento técnico, científico e ainda com a experiência e dedicação dos profissionais que amam a enfermagem e valorizam a assistência com excelência e dedicação, prestada ao paciente de forma integral.

Amarílis Pereira Amaral Scudellari
Presidente do Conselho Regional de Enfermagem
de Mato Grosso do Sul

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

Tratar da questão da assistência multidisciplinar à saúde é um desafio, pois traz à tona a necessidade do trabalho em equipe e do trabalho com uma visão holística, integral do ser humano. Para tanto, há que se envolver o conhecimento de diversas disciplinas, não apenas no campo da saúde, mas também no campo das ciências humanas e das ciências sociais.

Como compreendemos, nos módulos anteriores referentes a essa formação, o conceito ampliado de saúde vai muito além da ausência de doença e insere temáticas como condições de vida, de lazer, de trabalho, de educação, de habitação e de meio ambiente na garantia das condições de saúde. Começamos a ampliar o nosso entendimento da razão para trabalhar a multidisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a integralidade do cuidado à saúde.

No final dos anos 70, os programas verticais trabalhavam como formas de enfrentamento de problemas. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (Declaração de Alma-Ata) assumiu compromisso com a promoção da saúde com os países participantes (Guedes, 2006).

Ainda na década de 80, ocorre a implantação dos primeiros programas de atenção básica à saúde definidos com o sentido de integrais. Os dois programas mais significativos do período foram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Guedes, 2006).

Neste contexto, verificamos que, nacionalmente, o país começa a abandonar o modo de trabalhar as Políticas Públicas de Saúde chamadas “verticais” da década de 80, ou seja, aquelas que privilegiavam o trabalho no enfoque da doença, como programas de tuberculose, hanseníase, doenças crônicas, infecções respiratórias agudas e outros tantos, para, a partir daí, começar então a desenvolver ações voltadas à atenção da saúde de sua população através de planejamento, programação voltada ao perfil epidemiológico da área e avaliação das atividades desenvolvidas. A lógica da atenção volta-se ao ciclo vital do ser humano.

Pode-se dizer que o trabalho no enfoque do ciclo vital, abrangendo, por exemplo, o bebê, a criança, o adolescente

e assim por diante, garante uma visão integral das condições de saúde e daquelas que desencadeiam as doenças nos seres humanos e, mais do que isso, garante que realmente precisamos trabalhar com as diversas disciplinas a serviço do bem-estar e da vida das pessoas.

Vocês terão a oportunidade de conhecer melhor e analisar a multidisciplinaridade em cada um dos ciclos vitais do ser humano, neste módulo, e colocar esse conhecimento a serviço da Estratégia de Saúde da Família em que estão atuando.

Verificamos ainda que a assistência multidisciplinar à saúde nos dá a possibilidade de olhar o ser humano numa concepção biopsicossocial, bem como de conduzir a estruturação do cuidado à saúde sob uma visão sistêmica do homem, estratégia esta direcionada para um trabalho cuja metodologia está centrada estritamente no ser humano, na família, na comunidade.

Já Ricardo Burg Ceccin (2005) chama atenção para o fato de que a grande área da saúde é integrada por profissionais cujos núcleos de competência (conhecimento, habilidade e atitude) se organizam pelas práticas de assistir e por outras que integram as práticas de promoção de saúde.

Ceccin aborda a necessidade de que as diversas profissões sejam capazes de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto, valorizando a importância da multiprofissionalidade para a comprovação de uma atenção que se desloque do eixo recortado e reduzido / corporativo - centrado para o eixo - plural e complexo / usuário - centrado.

Essa orientação de trabalho em equipe consta tanto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, como das Diretrizes para o Exercício Profissional no Sistema Único de Saúde (Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS).

Para que isso ocorra, precisamos desenvolver a habilidade de trabalhar em equipe, ter o conhecimento das ações em saúde voltadas a cada ciclo de vida e a atitude de promover a assistência integral ao indivíduo.

O módulo 4, denominado Atenção Integral à Saúde do Idoso, é parte integrante da Unidade IV, aborda a saúde do idoso. Como será discutido no módulo, a proporção de idosos vem aumentando, o serviço de saúde e os profissionais que nele atuam precisam estar sensibilizados para fazer a atenção a esta faixa etária. Para isto precisa ter competências para prestar atenção qualificada focada para esta faixa etária. O conteúdo traz os conceitos de envelhecimento saudável, as políticas de atenção específicas para tal ciclo de vida, além dos cuidados que as equipes precisam desenvolver para promover a saúde dos idosos. Vale ressaltar que são ações que independem do núcleo de competência dos profissionais, ou seja, é de responsabilidade de todos os membros da equipe, médico, odontólogo e enfermeiro.

O módulo 5, denominado Atenção Integral à Saúde Mental, faz a abordagem dos principais problemas na área de saúde mental. Ele pretende clarificar o que os profissionais da atenção primária precisam saber para suspeitar de problemas de saúde mental. O tema vai ser tratado separadamente, pois se entende que a abordagem dos problemas relacionados à saúde mental do indivíduo são fundamentais para a manutenção de uma comunidade saudável. Reconhecer os sinais de distúrbios mentais é de competência de todos os integrantes da equipe de saúde da família, esta ação não deve ser atribuída somente ao profissional da área de saúde mental.

Fazer parte da estratégia de saúde da família é ter competências para atender o indivíduo integralmente, lembre-se sempre desta assertiva!



Unidade 4 Assistência Multidisciplinar à Saúde

Prefácio	15
Apresentação da Unidade	17

Módulo 4 Atenção Integral à Saúde do Idoso

Apresentação do Módulo	25
Introdução	26

Seção 1 - Conceituando a Saúde do Idoso	28
Seção 2 - Situação Demográfica dos Idosos no Brasil	33
Seção 3 - Políticas Públicas de Relevância para a Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)	38
Seção 4 - Principais Doenças e Agravos Terceira Idade	51
Seção 5 - A População de Idosos em Mato Grosso do Sul	66
Seção 6 - Atenção à Saúde Bucal do Idoso	71

Conclusão	78
---------------------	----

Referências	79
-----------------------	----

Módulo 5 Atenção Integral à Saúde Mental

Prefácio do Módulo	85
------------------------------	----

Seção 1 - Saúde Mental	86
Seção 2 - Psicopatologia	102
Seção 3 - A Política de Saúde Mental em Mato Grosso Do Sul	133

Considerações Finais	145
--------------------------------	-----

Referências	146
-----------------------	-----

Anexos	150
------------------	-----

UNIDADE 4

ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR À SAÚDE

MÓDULO 4

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO

AUTORES

Janainne Moraes Vilela Escobar
Eduardo Ferreira da Motta



Sobre os Autores:

Janainne Moraes Vilela Escobar

Formada em Nutrição pela UCDB. Gerencia o Programa de Saúde do Idoso. SES, MS.

Eduardo Ferreira da Motta

Cirurgião dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, especialista em Odontopediatria, pela Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo - USP, Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, mestre em Dentística, pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas - SP, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN, responsável técnico do Setor de Odontologia Hospitalar do Hospital São Julião - Campo Grande, tutor especialista do Curso de pós graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/ Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/ Fiocruz Cerrado Pantanal

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Abordar a Assistência Multidisciplinar à Saúde do Idoso é uma ação necessária, pois, devido ao decréscimo da natalidade e aumento da expectativa de idade, a população de pessoas idosas vem aumentando, e é por essa razão que as equipes precisam ter condições de responder adequadamente a esta demanda em saúde através da qualificação, a fim de estabelecer competências para prestar atenção adequada a este segmento populacional.

Este módulo começa conceituando a senescência e as modificações próprias desta faixa etária, apresentando as políticas públicas, seguindo-se de informações sobre os agravos prevalentes à saúde dessa população, das ações que devem ser realizadas pela equipe de saúde da família e dos aspectos de saúde bucal.

Assim como os anteriores, pretende desenvolver competências comuns a todos os profissionais que integram a equipe - médico, enfermeiro e odontólogo -, por entender que somente com as competências multidisciplinares poderão ser resolvidas as demandas em saúde desse grupo.

Para tanto, pretende-se que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

- Ter competências para orientar sua população adscrita;
- Ter subsídios teórico-práticos para promover ações de prevenção de doenças e agravos nesta faixa etária;
- Estar apto a identificar as necessidades dos indivíduos idosos, das famílias e da comunidade a que se vinculam;
- Conhecer as Políticas Públicas de Saúde;
- Oferecer subsídios teórico-conceituais para orientar o indivíduo quanto aos aspectos gerais da saúde bucal;
- Subsidiar o reconhecimento de casos de violência contra o idoso e conhecer o estatuto do idoso.

O envelhecimento populacional é um fato marcante deste século, tanto para os países desenvolvidos quanto para os em desenvolvimento. Há, no entanto, importantes diferenças entre estes. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social, sobretudo da área de saúde que precisa se adequar às novas demandas emergentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, até 2050 o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total, em cinco vezes. O país ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

É importante destacar que o apoio aos idosos praticado no Brasil é bastante precário, restringindo-se ao âmbito familiar. O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, o que o torna capaz de aperfeiçoar o suporte familiar.

Desta forma, cabe a nós, profissionais de saúde, viabilizar o SUS para o atendimento desta nova realidade que se apresenta. As equipes precisam ser capacitadas para prestar atenção qualificada a esta faixa etária, compreendendo toda a sua complexidade.

A implementação do plano de cuidados exige a interação do idoso e sua família com os recursos disponíveis na comunidade, bem como o pleno conhecimento, por parte da equipe, da estrutura e dinâmica da rede de assistência à saúde da pessoa idosa.

A atenção integral ao idoso, numa perspectiva de prevenção, é importante para manter sua autonomia, independência e diminuir suas limitações. Para tanto, a assistência à saúde, em

suas diversas especialidades, e o bem-estar da pessoa idosa, com a valorização das habilidades pessoais, experiência de vida, participação comunitária e inclusão social, dependem dos cuidados do passado.

Portanto, a implementação desse tipo de cuidado, além de favorecer a humanização, é eficaz na diminuição das perdas produzidas pelo envelhecimento e na redução da possibilidade de hospitalização do idoso num estágio avançado da doença e/ou da incapacidade.

Seção 1 - CONCEITUANDO A SAÚDE DO IDOSO

Vamos, agora, fazer uma introdução maior referente a esse fenômeno tão importante, a população idosa. Nesta seção discutiremos temas como: o conceito de saúde, senescência e senilidade, aspectos próprios da terceira idade.

Desejamos que ao final desta seção você seja capaz de compreender os aspectos próprios da senilidade.

1.1 O envelhecimento

Como a criança não pode ser considerada uma miniatura do adulto, o idoso também não deve ser tratado como se fosse a sua continuação. (Y. Moriguchi).

Definir envelhecimento é algo muito complexo; biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. A população de baixo poder aquisitivo envelhece mais cedo, resultado de uma diversidade de fatores biopsicossociais.

O envelhecimento acontece logo após as fases de desenvolvimento e de estabilização, sendo pouco perceptível por um longo período, até que as alterações estruturais e funcionais se tornem evidentes. No ser humano, a fase de desenvolvimento alcança sua plenitude no final da segunda década, seguida por um período de certa estabilidade, sendo que as primeiras alterações do envelhecimento são detectadas no final da terceira década de vida.

No nosso corpo, os mecanismos mantenedores da homeostase, desde os mais simples aos mais complexos, compõem-se fundamentalmente de sensores. Para manter o corpo em equilíbrio, por exemplo, existem os responsáveis pela

detecção do desequilíbrio, os encarregados da modulação da resposta (centros reguladores) e os efetores, que são capazes de executar as correções necessárias.

Durante o envelhecimento, ocorrem alterações do número e da sensibilidade dos sensores, do limiar de excitabilidade dos centros reguladores e da eficiência dos efetores, facilitando principalmente as quedas, que são muito frequentes nos idosos.

O envelhecimento não é uniforme, portanto não é possível escolher um indicador único, pode-se dizer que é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade.

1.2 Senescência X Senilidade

É de extrema importância para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecer e distinguir as alterações fisiológicas do envelhecimento, denominadas *senescência*, daquelas do envelhecimento patológico ou *senilidade*. O envelhecimento fisiológico (senescência) pode ser subdividido em dois tipos: bem sucedido e usual. No envelhecimento bem sucedido, o organismo mantém todas as funções fisiológicas de forma robusta, semelhante às da idade adulta. No envelhecimento usual, podemos observar uma perda funcional lentamente progressiva, que não provoca incapacidade, mas que traz alguma limitação à pessoa.

Infelizmente, a maioria dos idosos apresenta o envelhecimento considerado patológico, ou seja, associado às doenças e incapacidades. A prevalência de incapacidades em idosos com idade igual ou superior a 70 anos varia de 25 a 50%, dependendo do sexo e do nível socioeconômico.

Conhecer o considerado normal e o patológico e fazer a distinção entre eles pode ser difícil, pois muitas vezes essas condições se superpõem e, portanto, não se deve atribuir à VELHICE, sinais e sintomas de doenças muitas vezes passíveis de tratamento e cura.

Por outro lado, não devemos considerar o processo natural do envelhecimento como sinais e sintomas de doenças ou solicitar exames e instituir tratamento em idosos que apresentem sinais apenas compatíveis com o envelhecimento fisiológico.

1.3 Aspectos gerais do envelhecimento

Além de alterações estruturais e funcionais, a composição corporal vai sofrendo modificações importantes com o envelhecimento:

- A gordura corporal vai aumentando com o avançar da idade (aos 75 anos, é praticamente o dobro daquela dos 25 anos);
- No tecido subcutâneo, ocorre a diminuição do tecido adiposo dos membros e aumento no tronco, caracterizando a chamada gordura central;
- A água corporal total diminui (15% a 20%), à custa, sobretudo, da água intracelular, com redução dos componentes intra e extracelulares, principalmente os íons sódio e potássio, provocando maior susceptibilidade a graves complicações consequentes das perdas líquidas e maior dificuldade na reposição do volume perdido;
- A retração do componente hídrico, associado ao aumento da gordura corporal (20% a 40%) poderá contribuir para a alteração da absorção, metabolização e excreção das drogas no idoso;
- A redução da albumina altera o transporte de diversas drogas no sangue;
- O metabolismo basal diminui de 10% a 20% com o

progredir da idade, o que deve ser levado em conta quando calculamos as necessidades calóricas diárias do idoso;

- A tolerância à glicose também se altera, criando, às vezes, dificuldade para se diagnosticar o diabetes, apesar de ser uma doença que incide com muita frequência no idoso.

Vejam agora alguns conceitos importantes para compreendermos os aspectos do envelhecimento:

Mobilidade: Capacidade de um indivíduo se mover em um dado ambiente, função básica para a execução de tarefas, realização das atividades de vida diária - AVDs - e a manutenção de sua independência.

Independência: Habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

Dependência: Incapacidade de realizar uma ou mais atividades da vida diária - AVDs -, sem auxílio. É definida em graus: leve, moderada e avançada.

Autonomia: Capacidade e direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida, conceito amplo que inclui poder decisório (integridade cognitiva).

Capacidade Funcional: Define-se como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia. A capacidade funcional é medida pelo grau de preservação da capacidade de realizar as Atividades Básicas de Vida Diária - AVDs - ou o autocuidado e o grau de capacidade para desempenhar Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVDs. Mantém relação estreita com a avaliação funcional (Neri, 2001).

A saúde da pessoa mais velha é entendida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Ramos, 2002).

Seção 2 - SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS NO BRASIL

Nesta seção, vamos apresentar alguns dados demográficos e discutir a transição do perfil populacional, a Política Nacional de Atenção à pessoa Idosa, as ações municipais e o papel da equipe de saúde da família.

Desejamos que ao final desta seção você seja capaz de conhecer as ações dirigidas a esta faixa etária.

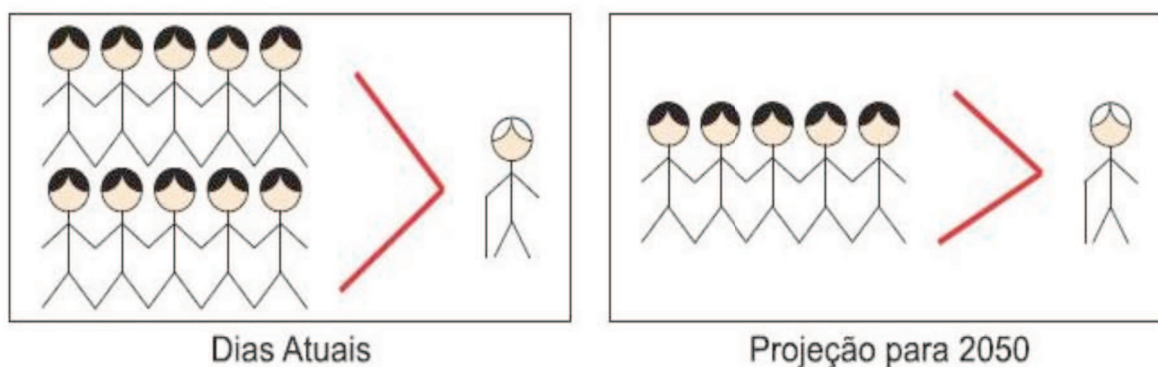
2.1 Introdução

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer passou de 33,7 anos no início do século XX para 63,5 anos na década de 80. Depois chegou a 69,49 no ano de 2004, e será, de acordo com projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao redor de 73,59 anos em 2050. Ao mesmo tempo, numa projeção, a taxa bruta de natalidade por mil habitantes caiu de 31,56 em 1980 para 19,30 em 2004 e será de 13,53 em 2050.

Observe que, com o aumento da expectativa de vida, resultado principalmente do declínio das taxas de mortalidade infantil, maior desenvolvimento tecnológico e científico (que propicia melhor preservação da saúde ao longo dos anos de vida) e redução da fecundidade, assistimos no Brasil a um verdadeiro “boom” de idosos no final do século XX. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos, de um modo geral no país, vem crescendo e atingirá um índice 16 vezes maior, enquanto a população total, 5 vezes. Assim, a proporção de pessoas idosas na população geral passará de 10:1 nos dias atuais para 5:1 em 2050.

Figura 1: Proporção de Pessoas Idosas na População Geral Atualmente e em 2050

FIGURA 1: PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS NA POPULAÇÃO GERAL ATUALMENTE E EM 2050



Fonte: Diretrizes da Saude da Pessoa Idosa, ES, 2008.

Dados do CENSO de 2000 mostram uma população de pessoas idosas de 14.569.029 no Brasil (8,6% da população) e há estimativas de que em 2020 serão cerca de 32 milhões (15% da população), tornando-se a sexta maior população de pessoas idosas do mundo em número absoluto. A faixa etária dos maiores de 80 anos (os muito idosos) é a que mais cresce em termos proporcionais. Os muito idosos passaram de 81,6 mil (0,4% da população) em 1950 para 731 mil (1,1% da população) em 2000 e passarão para 2,46 milhões (2,7% da população), em estimativas, até 2020. A expectativa de vida ao nascer encontra-se em 72,05 anos (68,35 anos para homens e 75,93 anos para mulheres) e a expectativa de vida aos 60 anos, isto é, o tempo de vida restante esperado ao se alcançar os 60 anos, encontra-se em 20,94 anos (19,31 anos para homens e 22,42 anos para mulheres).

Figura 2 - Expectativa de Vida ao nascer no Brasil por estado (em anos)



Fonte: DATASUS, 2005

Segundo estimativas para 2009, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, Mato Grosso do Sul possui 2.360.498 mil habitantes, sendo que, desse total, 202.084 mil são idosos. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) tem registrado 182.775 mil idosos, representando uma cobertura de 90,44% dos idosos do Estado.

2.2 Transição demográfica e epidemiológica no Brasil

O século XX foi, principalmente, um século de crescimento populacional: o século XXI será um século de envelhecimento populacional (WILSON, 2006).

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso definem como população idosa pessoas com 60 anos ou mais. Essa definição resulta numa heterogeneidade do segmento considerado idoso, que é acentuada pela constatação de que este segmento experimentou trajetórias diferenciadas que vão afetar as suas condições de vida. Essas trajetórias são fortemente marcadas pelas desigualdades sociais, regionais e raciais em curso no país.

É importante entendermos as diferenças entre envelhecimento individual e populacional, para que possamos discutir o processo de envelhecimento da população. O envelhecimento individual acontece a cada pessoa. Um indivíduo envelhece à medida que sua idade aumenta. Este é um processo irreversível. Já o envelhecimento populacional é definido em nível coletivo e ocorre a partir da proporção da população idosa em relação à população total. A população está envelhecendo quando aumenta a proporção de idosos e, em consequência, aumenta a idade média da população.

O Relatório Nacional sobre o Envelhecimento da População Brasileira, do Itamaraty, revela que o envelhecimento da população brasileira se evidencia por um aumento da participação em todos os aspectos da vida de pessoas maiores de 60 anos, que representavam 4% em 1940, passando para 9% em 2000. O crescimento significativo dessa população pode ser observado comparando-se a longevidade e a queda da fecundidade, que causam sérias consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o Brasil ainda não está preparado.

As mudanças demográficas forçam a humanidade a rever valores no que diz respeito à longevidade do ser humano. As projeções do IBGE apontam para um universo, no Brasil, em 2.050, de 64 milhões de sexagenários, ou seja, 24,66% da população e 13,5 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, número que equivale à expectativa de vida atual da população japonesa.

Isso nos leva a concluir que, diante desse contexto com expectativa de vida maior, devemos questionar como será a qualidade de vida, se considerarmos os aspectos físico, mental, espiritual e financeiro dessa população que envelhece em descompasso com as escassas políticas de governo para assegurar estabilidade financeira ao idoso. Nos países desenvolvidos, ocorre o inverso, pois construíram uma estabilidade financeira,

assegurando à parcela idosa da população um envelhecimento tranquilo.

Concomitantemente a essas importantes modificações demográficas, notamos muitas mudanças no perfil epidemiológico da segunda metade do século XX em diante no Brasil. As doenças cardiovasculares, que na década de 50 eram responsáveis por 12% das mortes, hoje representam mais de 30% e isso quer dizer que, em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade materno-infantil, típico de países jovens, para um perfil de mortalidade por enfermidades complexas, que requerem tratamentos mais onerosos e prolongados, com grande demanda por serviços de saúde típicos das faixas etárias mais avançadas.

Seção 3 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Nesta seção, apresentaremos as políticas públicas voltadas à população idosa. Ao final, pretende-se que você tenha adquirido competências para desenvolver ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para assistir este segmento da população.

O envelhecimento da população levanta várias questões fundamentais para os formuladores de políticas públicas. Como podemos ajudar pessoas a permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Com o aumento da expectativa de vida, como podemos trabalhar a promoção da saúde e as políticas de prevenção? Como os sistemas de saúde estão estruturados para atender ao aumento significativo da população de idosos? Como podemos equilibrar o papel da família e o do Estado em termos de assistência àqueles que necessitam de cuidados à medida que envelhecem?

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. O envelhecimento ativo pode ser compreendido como o processo de intensificação das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à proporção que as pessoas ficam mais velhas.

Sua implementação envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida.

3.1 Política Nacional de Promoção da Saúde

Em relação à promoção da saúde da população idosa, as ações locais poderão ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde - Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, que tem como prioridade as seguintes ações específicas: divulgação e implementação desta política, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e dos acidentes de trânsito, prevenção da violência, estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

3.1.1 Política Nacional de Saúde do Idoso

Reconhecendo a importância dessa parcela da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria GM n° 2.528, de 19 de outubro de 2006, que tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim.

O Estatuto do Idoso, promulgado através da Lei n° 10.741/2003, consolidou os direitos assegurados na Constituição Federal, sobretudo tentando proteger o idoso em situação de risco social, reconhecendo o envelhecimento como um direito pessoal e a sua proteção como um direito social, através da obrigação do Estado em garantir à pessoa idosa proteção à vida e à saúde. A efetivação dessas políticas públicas permitirá um envelhecimento saudável e em condições de dignidade, com acesso à rede de serviços de saúde locais, nos mesmos níveis dos países europeus, onde o envelhecimento é um direito social devidamente protegido.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), envelhecimento é definido como

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.



VAMOS REFLETIR!

Promover o envelhecimento saudável ou ativo significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda da capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos dos eventos que a ocasionem. O chamado envelhecimento ativo é um direito humano das pessoas mais velhas, baseado nos conceitos e princípios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Sabemos que, a partir dos 60 anos de idade, as incapacidades crescem em grau e número. Outro dado preocupante, no Brasil, é que as internações hospitalares de idosos continuam aumentando, ao passo que nenhuma, ou pouca atenção, é dada à assistência domiciliar. Não há estrutura de apoio oficial, nem formação de pessoal capacitado e treinado para lidar com as situações que surgem nessa faixa etária.

A funcionalidade, posta como paradigma para a organização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis

de complexidade, exige um olhar para além das doenças, buscando-se a compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece. Estes não envolvem somente a saúde física e mental, mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional da pessoa idosa. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional da população idosa.

Alguns estudos apontam que o mal de Alzheimer, que atinge de 7 a 8% dos idosos, somado às demais doenças incapacitantes, faz esse número subir para cerca de 20%, ou 3,5 milhões de idosos fragilizados. Com isso, as incapacidades crescem geometricamente, a partir dos 80 anos, gerando uma demanda que está distante de ser resolvida, pois é uma situação nova, inesperada, não prevista e que acarreta consequências, que precisam ser bem avaliadas.

A incapacidade dos idosos está relacionada ao risco de apresentar doenças crônicas, que podem ter se desenvolvido ao longo da vida, não somente por causa dos fatores genéticos, mas também pelo estilo de vida adotado, aspectos comportamentais ou forma como se vive no dia-a-dia.

A maioria das pessoas idosas, portadoras de deficiências, prefere permanecer em suas casas, cuidadas por familiares, cuidadores informais ou formais dos serviços de saúde e assistência social. Viver em casa, até uma idade mais avançada e com a ajuda dos familiares e de outros cuidadores, vai se tornar cada vez mais comum.

Torna-se necessário, pois, que os serviços de saúde sejam qualificados para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa, identificando situações de vulnerabilidade social, realizando diagnóstico precoce de processos de demências e avaliando a capacidade funcional do idoso.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a

atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

A atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa - identificada por meio de visitas domiciliares -, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

1. promoção do envelhecimento ativo e saudável;
2. atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
3. estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
4. provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
5. estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
6. formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
7. informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS e sua divulgação;
8. promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
9. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso, como previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso

na comunidade, junto à sua família, de forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência pode ser considerado como uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores.

3.2- Organização da rede do SUS para atenção à saúde do idoso

O modelo de atenção à saúde da população idosa deve estar, necessariamente, ancorado nos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS. Isso implica entender o modelo de atenção referenciado na promoção, na prevenção/vigilância, na reabilitação e na assistência, dimensões interdependentes e integradas do trabalho em saúde.

Nesse sentido, o desafio é organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar.

Como vimos anteriormente, a porta de entrada do usuário acima de 60 anos é a Atenção Primária à Saúde, via demanda espontânea ou busca ativa. A busca ativa visa fundamentalmente à identificação da população idosa frágil ou em processo de fragilização. Estas pessoas, uma vez identificadas, passam por uma avaliação e, aquelas que necessitarem, serão encaminhadas para serviços de referência. A pessoa idosa será referenciada quando necessário, mas a Atenção Primária à Saúde mantém-se corresponsável no acompanhamento e planejamento terapêutico.

O acolhimento das pessoas idosas nos serviços de saúde é um tema de extrema relevância, haja vista os diversos problemas que esta parcela da população enfrenta no cotidiano de atendimento à sua saúde. Na Atenção Primária à Saúde está o desafio de repensar o espaço nas Unidades de Saúde, no sentido

de obter otimização do contato dessas pessoas com a rede de serviços.

3.2.1 Atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde

À gestão municipal cabe o papel de organizar a rede de atenção à saúde para prestar atenção integral a esta faixa etária, garantindo recursos estruturais e humanos de qualidade para este fim.

Vamos conhecer a seguir as ações de relevância a serem implementadas pela equipe para a Atenção Integral à Saúde do Idoso.

Você conhece as atribuições da equipe de saúde da família para assistir esta população?

Atribuições da equipe

- Conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais o idoso está exposto e elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;
- Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;
- Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;
- A realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;

- Identificação e acompanhamento de pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização;
- Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;
- Ações complementares relacionadas às comorbidades, tais como diabetes e/ou hipertensão, e que precederão o atendimento especializado em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa;
- Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contrarreferência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;
- Coordenação, participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;
- Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

a. Planejamento em Saúde

O planejamento visa facilitar as atividades da equipe responsável, porém há necessidade constante de boas informações para que as ações sejam realizadas corretamente. Nas atividades de planejamento de saúde, o conhecimento da demografia e da distribuição da população idosa em um determinado território é o ponto de partida.

O processo de planejamento, ao mesmo tempo em que estuda doenças e agravos mais comuns, deve também estar preparado para conviver com endemias e atacar as epidemias e pandemias.

A utilização de dados e informações dá o conhecimento necessário para a elaboração de indicadores de saúde e de doença.

b. Monitoramento e Avaliação

Para que se tenha uma ferramenta consolidada, é necessária a avaliação. A medição se dá pela utilização de dados e informações que, comparados entre si, identificam o tamanho do problema ou da normalidade.

O cruzamento dos dados permite conclusões importantes para a solução de problemas. O levantamento, tratamento, armazenamento e distribuição de dados e informações são importantes para a qualidade do conhecimento, melhorando o planejamento, execução e monitoramento de ações.

c. Indicadores da Saúde do Idoso no Pacto pela Vida 2008

O Pacto pela Vida é o compromisso solidário entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

Para a saúde da população idosa, a meta é reduzir o número de internações de pessoas idosas por fratura do fêmur. Este indicador associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa, além de monitorar e avaliar ações que visam minimizar fatores ambientais no risco de quedas.

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos). As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade e, a partir dessa idade, as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano.

A Caderneta da Pessoa Idosa é um instrumento que ajuda a identificar os idosos que caem com mais frequência, principalmente nos últimos 12 meses. Na visita domiciliar, o

agente comunitário de saúde pode identificar esse problema e encaminhar para a equipe de Atenção Primária à Saúde /Saúde da Família.

d. Ações educativas para a Promoção da Saúde

A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para enfrentamento e solução.

A promoção da saúde baseia-se no conceito de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de moradia e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social às famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um elenco adequado de cuidados.

A implementação da promoção de saúde em nosso meio é dificultada, em grande parte, pelo modelo essencialmente curativo que permeia a organização de nossos programas de saúde e pelo custo elevado e necessidade de recursos materiais para a efetivação de medidas preventivas.

A prevenção não impõe condições sacrificantes aos idosos e deve ser feita cada vez mais cedo, pois as principais causas de morte têm sido as doenças cérebro-vasculares, doenças isquêmicas, neoplasias, diabetes mellitus, pneumonias e doenças hipertensivas, que podem ser evitadas quando detectadas precocemente. A principal causa de morbidade da população idosa é a hipertensão arterial, seguida da diabetes mellitus. Esta última é considerada um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em função tanto do crescente número de pessoas atingidas, quanto da complexidade que

constitui o processo de viver com essa doença. As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira têm a doença, e poucos têm acesso ao tratamento ideal, o que implica poucas possibilidades de controle das complicações dessa doença.

No contexto da ESF, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à USF, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. À equipe de saúde da família é requerida uma especial atenção ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e de intervenção, com adoção de estratégias de reabilitação voltadas a evitar o afastamento do idoso do convívio familiar e social.

Desta forma, a ESF, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que essa população está exposta, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.

Como destaca o Caderno de Atenção Básica

[...] a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando

à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (Costa Neto & Silvestre, 1999:11).

e. Assistência Domiciliar

A assistência domiciliar é prestada à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a: aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível; prevenir situações carenciais que aprofundam o risco da perda de independência; criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como, por exemplo, os relacionados à higiene, à alimentação, à prevenção de quedas ou acidentes; acompanhar o idoso com afecções crônicas e suas sequelas. Essa assistência não tem, portanto, caráter emergencial.

Considerando, de modo particular, a assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde, implementada pelo Sistema Único de Saúde por meio das equipes de saúde do Programa Saúde da Família, ressaltamos que esta pode ser efetivada de dois modos: por meio de visita domiciliar ou através do atendimento domiciliar.

Na visita domiciliar, a equipe de saúde pode avaliar as necessidades do idoso, de seus familiares e do seu ambiente, bem como realizar um gerenciamento efetivo da saúde deste, visando à prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer sua saúde e capacidade funcional, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível. São elegíveis, para esse tipo de cuidado, idosos que vivenciam as seguintes condições: portadores de múltiplas afecções crônicas; que apresentam internações frequentes; que têm 85 anos ou mais; que residem sozinhos; que apresentam distúrbios cognitivos; que sofreram acidentes/quedas nos últimos seis meses; que usam polifármacos e não

apresentam uma adesão terapêutica adequada e, ainda, os que não possuem uma rede de apoio social ou ela não é efetiva (DIOGO; DUARTE, 2002).

Em relação à inclusão do idoso na assistência domiciliar, o Ministério da Saúde pontua os seguintes critérios: existência de cuidador familiar ou informal com boas condições físicas, psicológicas e cognitivas; formalização de termo de consentimento firmado com a família e com o idoso (se consciente) ou com seu representante legal; morar na área de abrangência da unidade de saúde; necessitar de cuidados com a frequência de visitas e complexidade compatíveis com a Atenção Primária à Saúde, quando as condições clínicas do idoso não permitem que ele se desloque até o serviço de saúde e quando a infraestrutura física do domicílio permitir a efetividade da assistência (BRASIL, 2003). Devemos lembrar que não atender em domicílio precário pode significar exclusão.

Seção 4 - PRINCIPAIS DOENÇAS E AGRAVOS TERCEIRA IDADE

Nesta seção serão abordadas as principais doenças e agravos a que estão expostos os indivíduos na terceira idade. Ao final desta seção esperamos que você possa orientar e desenvolver ações para minimizar estes problemas em sua população, melhorando a qualidade de vida da mesma.

4.1 Osteoporose

Definida como uma doença sistêmica progressiva, a osteoporose leva a uma desordem esquelética caracterizada por força óssea comprometida, aumentando assim o risco de fratura. Força óssea, primariamente, reflete integração entre densidade e qualidade óssea (NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL, 2001).

A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Decorre, principalmente, da ausência de sustentação do peso e da falta de atividade muscular, mas a redução da ingestão de vitamina D e da exposição ao sol também contribuem para o problema.

No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100 mil fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros(as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas.



VAMOS SABER MAIS!

Para o diagnóstico da doença, é fundamental a história clínica minuciosa com investigação de fatores de risco. Realizar exames

laboratoriais, dirigidos principalmente à exclusão de doenças que causam perda óssea, e mensurar possíveis distúrbios minerais, bem como a utilização de avaliações por imagem (radiografias e em especial a densitometria óssea) contribuirão para um diagnóstico mais preciso desta doença assintomática, cujo primeiro sinal já se manifesta geralmente com a fratura, que representa seu agravamento, sendo as mais frequentes as da coluna lombar, colo do fêmur e do rádio.

A adoção de medidas preventivas sugere uma queda drástica da incidência de osteoporose. O ideal é que essas medidas se iniciem na infância, com a realização de exercícios físicos regulares, associada a uma alimentação equilibrada (rica em cálcio, pró-vitamina D, magnésio, zinco, boro, vitamina K e vitamina C, diariamente) e exposição ao sol (vitamina D). O tratamento também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos.

Foi aprovado, em julho de 2002, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Osteoporose - Bisfosfonados, Calcitonina, Carbonato de Cálcio, Vitamina D, Estrógeno e Raloxifeno, através da publicação da Portaria SAS nº 470. Este documento contém o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes no protocolo de tratamento, esquemas terapêuticos preconizados para o tratamento da osteoporose e mecanismos de acompanhamento e avaliação desse tratamento. É de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na regulação e dispensação de medicamentos nele previstos.

4.2 Quedas

A queda representa um grande problema para as pessoas idosas, dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte), que são resultados da combinação de alta incidência de lesões com alta suscetibilidade a elas.

A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas, sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não são problemas para pessoas idosas mais saudáveis podem transformar-se em séria ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.

As quedas podem provocar sintomas de ansiedade e depressão. A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança pode resultar em piora de declínio funcional, depressão, sentimento de inutilidade e isolamento social. Após a queda, o idoso pode restringir sua atividade por precaução, dor ou incapacidade funcional. A fratura de fêmur é o exemplo mais importante desse declínio funcional que é encontrado também em outras fraturas, gerando um grande impacto negativo na independência. A reabilitação pós-queda pode ser demorada e pode haver acamamento prolongado, levando a complicações maiores ainda, como tromboembolismo venoso, úlceras por pressão e incontinência urinária. O idoso mais restrito pode demandar um tempo maior do seu cuidador, acarretando problemas de relacionamento. Os “caidores” apresentam maior institucionalização.

As principais complicações das quedas são lesões das partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte. Como exemplos das causas de morte após hospitalização por queda, temos:

- Pneumonia;
- Infarto do miocárdio;
- Tromboembolismo pulmonar.

4.3 Hipertensão Arterial

Entre os idosos, a hipertensão arterial é uma doença com alta prevalência, acometendo cerca de 50 a 70% das pessoas nessa faixa etária. Esta não deve ser considerada como uma consequência normal do envelhecimento. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e incapacidade dos idosos.



VAMOS REFLETIR!

A incidência da hipertensão se relaciona com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso, deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

O tratamento da doença tem por objetivo reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular da pessoa hipertensa. São utilizadas tanto medidas não farmacológicas (tratamento baseado em modificações de estilo de vida, como a perda de

peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, entre outros) como as associadas a fármacos anti-hipertensivos (tratamento medicamentoso).

Logo que o tratamento seja instituído, a equipe deve acompanhar o idoso de forma mais frequente devido à necessidade de verificar sua evolução. A qualidade de vida da pessoa idosa deve ser avaliada antes e durante o tratamento; para tanto, você, profissional de saúde, deve considerar ainda:

- Participação em grupos para conhecer a natureza do problema e seu monitoramento;
- As intervenções educativas que favorecem a adesão ao tratamento;
- A educação da família, em se tratando, especialmente, daquela em que há idosos frágeis e dependentes, nos quais a probabilidade de efeitos secundários é enorme e a necessidade de supervisão é imperativa.

O acompanhamento da pessoa com hipertensão é realizado na UBS/USF. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

4.4 Diabetes Mellitus

O diabetes é uma doença comum e de incidência crescente, que aumenta com a idade. Esta doença apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Trata-se de uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.



VAMOS REFLETIR!

O cuidado integral com o diabetes mellitus e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver. Aos poucos, a pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo contínuo, que vise à qualidade de vida e à autonomia.

Cerca de 50% dos portadores de diabetes não sabem que têm a doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença. São fatores indicativos de maior risco: idade maior de 45 anos, sobrepeso (IMC > 25), obesidade central (cintura abdominal > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, hipertensão arterial, colesterol e triglicérides alterados, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Na pessoa idosa, a forma mais frequente de apresentação do DM é um achado casual devido a uma doença intercorrente (habitualmente infecções), uma manifestação de complicação típica do diabetes a longo prazo (doença cerebrovascular, infarto do miocárdio, arteriopatia periférica), um exame de saúde ou um exame de glicemia não diretamente relacionado com a suspeita de diabetes. Outras formas de apresentação são aumento da sede - polidipsia, aumento da micção - poliúria, aumento do apetite, fadiga, visão turva, infecções recorrentes ou prolongadas e impotência em homens.



VAMOS SABER MAIS!

Para que possamos proporcionar ao idoso a melhor assistência possível, devemos levar em conta as particularidades que apresenta. A história clínica convencional não é o bastante, é necessário indagar sobre o que a pessoa sabe, seus hábitos de vida e seu ambiente familiar e social.

O planejamento terapêutico é, em geral, semelhante ao proposto para outras idades. Inicialmente, recomenda-se dieta e exercício e, se isso somente não for o suficiente, cogita-se o uso de medicação. A família do idoso diabético, especialmente se ele for funcionalmente dependente, deve ser instruída acerca das medidas de tratamento, da forma de supervisioná-lo e dos sinais e sintomas de alarme, em particular os relativos à hipoglicemia e desidratação.

A organização de grupos de apoio e autoajuda para pacientes com diabetes, nos centros de saúde, facilita a aprendizagem e a adesão às recomendações de tratamento.

4.5 Incontinência Urinária

A Incontinência Urinária (IU) ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, principalmente nas mulheres, com grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas, causando grande constrangimento e induzindo ao isolamento social e à depressão. Constitui uma das principais causas de institucionalização de idosos.

Este problema pode ser definido como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Pode variar, abrangendo desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar

qualquer quantidade de urina. Ela se deve, com frequência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças e a uso de medicamentos; pode também representar o início de uma doença.

É de primordial importância que esse problema seja abordado na rotina de avaliação de toda pessoa idosa, pois, habitualmente, a pessoa com incontinência urinária não comparece à consulta por esse problema, nem dá essa informação de maneira voluntária.

O processo diagnóstico pode identificar claramente o tipo e causa da incontinência e medidas gerais devem fazer parte da orientação de todas as pessoas, a saber: evitar a ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis, alimentos com cafeína e bebidas alcoólicas e tratar adequadamente quadros de obstipação intestinal crônica.

Além da terapia com fármacos, quando necessário (Oxibutinina, Tolterodina e Terazocina), pode-se orientar o idoso/família a adaptar e manipular o ambiente para facilitar o acesso e uso do banheiro, ou ainda o uso de coletores (urinol ou comadre) à beira do leito, e a realizar terapias de comportamento (exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical, treinamento do hábito e a micção programada).

4.6 Demência

Síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado e, ocasionalmente, precedido por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência

produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere nas atividades diárias, como de toalete e higiene pessoal, vestimenta, alimentação e atividades fisiológicas.

Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade.

O profissional da Atenção Primária à Saúde deve estar atento para as causas de demências reversíveis que, se tratadas precocemente, podem reverter o quadro demencial. Caso haja demora em iniciar o tratamento, a demência que antes era potencialmente reversível passa a ser irreversível devido ao tempo de evolução.

São causas reversíveis de demência:

- Uso de medicamentos (psicotrópicos e analgésicos narcóticos);
- Metabólica (distúrbio hidroeletrolítico, desidratação, insuficiência renal ou hepática e hipoxemia);
- Neurológica (hidrocefalia de pressão normal, tumor e hematoma subdural crônico);
- Infecciosas (meningite crônica, AIDS, neurosífilis);
- Colagenose (lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, vasculite reumatóide, sarcoidose e púrpura trombocitopênica trombótica);
- Endócrinas (doença tireoidiana, doença paratireoideana, doença da adrenal e doença pituitária);
- Nutricionais (deficiência de vitamina B12, ácido fólico, tiamina e niacina);
- Alcoolismo crônico;
- Outras (DPOC, insuficiência cardíaca congestiva e apneia do sono).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença degenerativa primária, de etiologia pouco conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. É a mais prevalente entre as diversas causas de demência e está associada a diversos fatores de risco, tais como: hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmico-cerebrais e dislipidemia. Fatores genéticos são relevantes, pois, além da idade, a existência de um familiar próximo com demência é o único fator sistematicamente associado. Escolaridade elevada e atividade intelectual intensa estão relacionadas com menor frequência de demência; assim, ainda que não esteja claramente demonstrado, estimular idosos a manter sua mente ativa pode ser uma medida profilática.

O tratamento das pessoas com demência deve ser iniciado assim que é feito o diagnóstico, havendo maior possibilidade de resposta. Após avaliação na UBS/USF, o idoso deverá ser encaminhado para a atenção especializada, respeitando os fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.



VAMOS SABER MAIS!

O tratamento específico para a Doença de Alzheimer visa diminuir a progressão da doença e retardar ou minimizar os sintomas comportamentais das pessoas que, apesar do tratamento, irão piorar progressivamente; portanto, é de fundamental importância orientar e dar apoio aos familiares.

4.7 Violência e maus-tratos contra idosos

Violência, maus-tratos e abusos contra idosos dizem respeito a processos e a relações sociais interpessoais de grupos,

de classe, de gênero, ou ainda institucionais, que causem danos físicos, mentais e morais à pessoa. Segundo a Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o idoso, “O mau-trato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.”

Uma forma bastante comum de violência é o abuso, cometido por membros da família ou acompanhantes formais bem conhecidos da vítima. Os maus-tratos contra idosos ocorrem em famílias de todos os níveis econômicos. Sua escalada aumenta com mais frequência em sociedades que experimentam problemas econômicos e desorganização social, quando a taxa de crime e exploração tende a crescer.



VAMOS REFLETIR!

Os maus-tratos contra idosos incluem tanto o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, quanto a negligência. Os próprios idosos percebem o abuso como os seguintes fatores sociais: negligência (exclusão social e abandono), violação (dos direitos humanos, legais e médicos) e privação (de escolhas, decisões, *status*, dinheiro e respeito) (OMS/INPEA, 2002). O abuso ao idoso é uma violação dos direitos humanos e uma causa relevante de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero. Em geral, em todas as culturas, é pouco denunciado.

O Artigo 4º, do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), determina que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Já o Artigo 46 e 47 definem a Política de Atendimento ao Idoso, traçando suas linhas de ação:

Art. 46. A política de Atendimento ao Idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

I - políticas sociais básicas, previstas na Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III - serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV - serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI - mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

4.8 Envelhecimento, sexualidade e AIDS

Enganam-se as pessoas que acham que o idoso não tem vida sexual ativa. A idade não é limite para que o ser humano deixe de ter uma vida social e sexual normal. Por isso, o idoso não está livre de ser contaminado pelo vírus HIV ou por outras DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis), pois o interesse pelo sexo oposto e pela sexualidade pode perdurar por muitos anos.

A atividade sexual do idoso deve ser vista como sendo tão normal quanto a de uma pessoa que não faz parte desta população, pois a sua libido (interesse por sexo) existe, está

em atividade, mesmo que reduzida e com menor frequência, e merece cuidados.

A epidemia de HIV e AIDS em pessoas idosas no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública, nos últimos anos, devido a dois aspectos emergentes: incremento da notificação e transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV.



VAMOS REFLETIR!

A prevenção deve ser a regra geral tanto para idosos ou não. O uso de preservativos e a redução de parceiros são dois fatores fundamentais contra o HIV e as DST's. A orientação de um profissional da saúde também é sempre bem-vinda (GARCIA, apud. Jac.iconet,1999).

Quanto à distribuição dos casos por faixa etária, segundo o Boletim Epidemiológico AIDS do Ministério da Saúde, de outubro de 2001 a março de 2002, pode-se observar um aumento persistente de importância em relação às faixas etárias de 30 anos ou mais, sugerindo certo “envelhecimento” da epidemia de AIDS no Brasil em ambos os sexos (BRASIL, 2002).

A seguir poderemos acompanhar a distribuição dos casos de AIDS por sexo e por faixa etária, conforme o Boletim Epidemiológico - AIDS:

Tabela 1- Distribuição dos casos de AIDS do sexo masculino, segundo faixa etária e período de diagnóstico. Brasil, 1996-2000

Idade	1996		1997		1998		1999		2000	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
40 a 49 anos	2962	18.4	2927	18.7	3000	19.9	2244	20.1	649	21.6
50 a 59 anos	881	5.5	846	5.4	909	6.0	769	6.9	227	7.6
60 e mais	305	1.9	289	1.8	344	2.3	253	2.3	85	2.8

Fonte: Boletim Epidemiológico - AIDS, Brasil, julho a setembro de 2000

Tabela 2- Distribuição dos casos de AIDS do sexo feminino, segundo faixa etária e período de diagnóstico. Brasil, 1996-2000

Idade	1996		1997		1998		1999		2000	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
40 a 49 anos	938	14.6	1104	15.5	1162	15.8	980	17.6	272	17.9
50 a 59 anos	304	14.6	422	5.9	418	5.7	314	5.6	109	7.2
60 e mais	110	1.7	134	1.9	152	2.1	114	2.1	42	2.8

Fonte: Boletim Epidemiológico - AIDS, Brasil, julho a setembro de 2000

Ferreira (1996) cita que segundo o médico Júlio César Moriguchi, do Núcleo de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, a sexualidade não é levada em conta na terceira idade. Do mesmo modo, ninguém acha que o idoso possa fazer uso de drogas injetáveis, o que é um engano. Moriguchi e colaboradores de Ribeirão Preto concluíram, em outubro (1995), uma pesquisa, que teve como base os casos de AIDS diagnosticados no Hospital das Clínicas da cidade em pessoas com mais de 60 anos, entre 1984 e 1995.

A pesquisa, considerada o melhor trabalho científico na 9ª Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1996, constatou que 94,4% das pessoas infectadas não usavam preservativos. O maior fator de contaminação foi a promiscuidade sexual (40%). Transfusões sanguíneas foram responsáveis por 13,3% dos infectados, uso de drogas injetáveis, 6,6%, e contato sexual com parceiro portador de HIV, 6,8%. Em 33,3% dos casos pesquisados, os médicos não conseguiram concluir qual a exata causa do contágio. Como é costume não se atribuir comportamento sexual promíscuo entre os idosos, a doença é diagnosticada de forma equivocada na maioria dos pacientes. Os dados da pesquisa, porém, mostram que os fatores de

risco são exatamente os mesmos que os dos jovens. As causas mais frequentes de internação foram sintomas gerais, como desidratação, fraqueza, anorexia e febre, o que pode levar médicos a fazerem um diagnóstico incompleto e, na maioria dos casos, não pedirem um exame de HIV aos pacientes mais velhos (FERREIRA, 1999).

Este preconceito em relação à sexualidade na terceira idade, segundo o ginecologista, obstetra e terapeuta sexual Gerson Rodrigues Esterminio, foi um dos fatores que contribuíram para o aumento do número de casos. Com a falta de orientação e especialmente de programas educacionais voltados para esta faixa etária, o idoso ficou à margem das informações.

Se por um lado remédios como o Viagra ou o Vasomax, por exemplo, vieram para resolver a vida de muitos idosos, por outro, criou um novo problema: eliminada a questão da falta de ereção, os homens com mais de 50 anos passaram a ter uma vida sexual mais ativa e sem medo de falhar. Mas, paralelamente ao crescimento do ritmo sexual, não veio a conscientização para os riscos da contaminação pela AIDS ou outras DSTs. Segundo Gerson Esterminio, o idoso acha que está imune à AIDS e que esta é uma doença de jovens, drogados ou pessoas promíscuas.

Os homens não usam a camisinha e as mulheres, por sua vez, também não exigem. Como não há a preocupação de usar a camisinha, o idoso relaxa também em casa, com a companheira. Com isso, o número de mulheres idosas e portadoras do vírus HIV também tem se mostrado crescente. Pela estatística, elas já representam 2% do total de mulheres infectadas.

A realização das ações de prevenção nas UBS/USF permitirá que um número maior de pessoas idosas sejam orientadas e acessem os insumos para prevenção de HIV/ DST. A integração da prevenção do HIV nos serviços específicos para esse grupo e a capacitação de seus profissionais, assim como de profissionais de saúde de serviços de assistência e tratamento de AIDS, em relação ao processo de envelhecimento, tornarão tais serviços sensíveis às necessidades das pessoas idosas.

Seção 5 - A POPULAÇÃO DE IDOSOS EM MATO GROSSO DO SUL

Nesta seção abordaremos alguns aspectos de morbimortalidade dos idosos em Mato Grosso do Sul. Para tanto, almeja-se que ao término desta seção você seja capaz de:

- Conhecer as principais causas de internação nesta faixa etária;
- Compreender a inserção da família nas políticas públicas e sociais;
- Conhecer os dados de morbidade dos indivíduos de 60 anos e mais.

A população idosa do estado representa 9,4% do total da população. No ano de 2000, segundo o IBGE, 70% da população acima de 50 anos era alfabetizada.

A política estadual voltada ao idoso segue as diretrizes da nacional, sendo que o papel do Estado é preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, garantindo recursos aos municípios para dar atenção a esta faixa etária. Tem ainda como objetivo desenvolver ações em saúde para manter a autonomia e independência dos idosos.

Pela falta de condições da família, tanto financeiras como psicológicas, muitos idosos que possuem alta dependência física, mental, auditiva, visual ou múltiplas são encaminhados para Instituições de Longa Permanência Para Idosos - ILPIs, tradicionalmente conhecidas como asilos, casas ou clínicas de repouso, lares de velinhos e outras nomenclaturas. As ILPIs devem ser compreendidas como:

- Um sistema social aberto em comunicação com o mundo externo, organizado a fim atender a idosos sem vínculo familiar, ou sem condições de manter sua própria subsistência;

- Local que possa satisfazer aos idosos e às suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, cujo compromisso é proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Estado (SES, 2010):

- 45 municípios possuem ILPIs;
- 29 municípios não possuem ILPIs;
- 04 municípios não enviaram informações.

Tabela 3 - Distribuição Percentual das Internações por grupo de causa e faixa etária- CID 10- 2009 (por local de residência, 2009).

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13,4	20,8	14,9	11,3	3,8	5,1	5,9	6,3	6,2	7,2
II. Neoplasias (tumores)	0,5	1,4	2,3	4,0	1,4	4,8	10,0	6,9	7,8	4,8
III. Doenças do sangue, órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,4	1,2	1,1	0,4	0,5	0,7	0,9	0,9	0,6
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3,0	5,6	4,3	2,9	0,8	1,8	4,7	6,1	5,7	3,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	-	0,1	0,5	1,6	4,0	1,8	0,3	0,4	2,4
VI. Doenças do sistema nervoso	1,3	1,4	1,5	1,3	0,4	0,9	1,4	1,5	1,5	1,0
VII. Doenças do olho e anexos	0,0	0,4	0,7	0,4	0,2	0,4	0,9	1,0	1,1	0,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,3	0,4	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,8	0,7	0,5	1,2	0,8	5,7	23,6	25,8	25,8	8,9

X. Doenças do aparelho respiratório	40,0	47,8	28,6	15,9	5,2	6,8	13,7	21,9	20,3	14,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	2,6	4,5	9,4	10,0	4,3	9,7	13,7	9,7	10,4	9,0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,5	1,4	2,3	2,5	1,3	1,4	1,6	1,2	1,3	1,4
XIII. Doenças do sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	0,1	0,6	2,0	2,6	1,0	1,9	2,0	1,6	1,6	1,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,6	3,8	5,8	7,5	6,0	9,0	9,0	7,6	7,9	7,7
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	0,0	-	12,1	61,1	33,0	0,0	0,0	0,0	22,0
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	30,4	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	1,7
XVII. Malf. cong., deformid. e anomalias cromossômicas	2,4	1,8	2,1	1,7	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,5
XVIII. Sint., sinais e achados anorm. em ex. clín. e laborat.	1,2	1,8	2,1	1,8	0,9	1,5	2,0	1,8	1,8	1,6
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	1,0	6,5	20,4	21,4	9,7	11,2	8,1	6,6	6,6	9,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,5	0,7	1,5	1,4	0,6	2,1	0,9	0,6	0,6	1,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

As causas de internações da população idosa são semelhantes aos dados nacionais.

Figura 3 - Proporção de internações hospitalares por grupo de causas. EM MATO GROSSO DO SUL

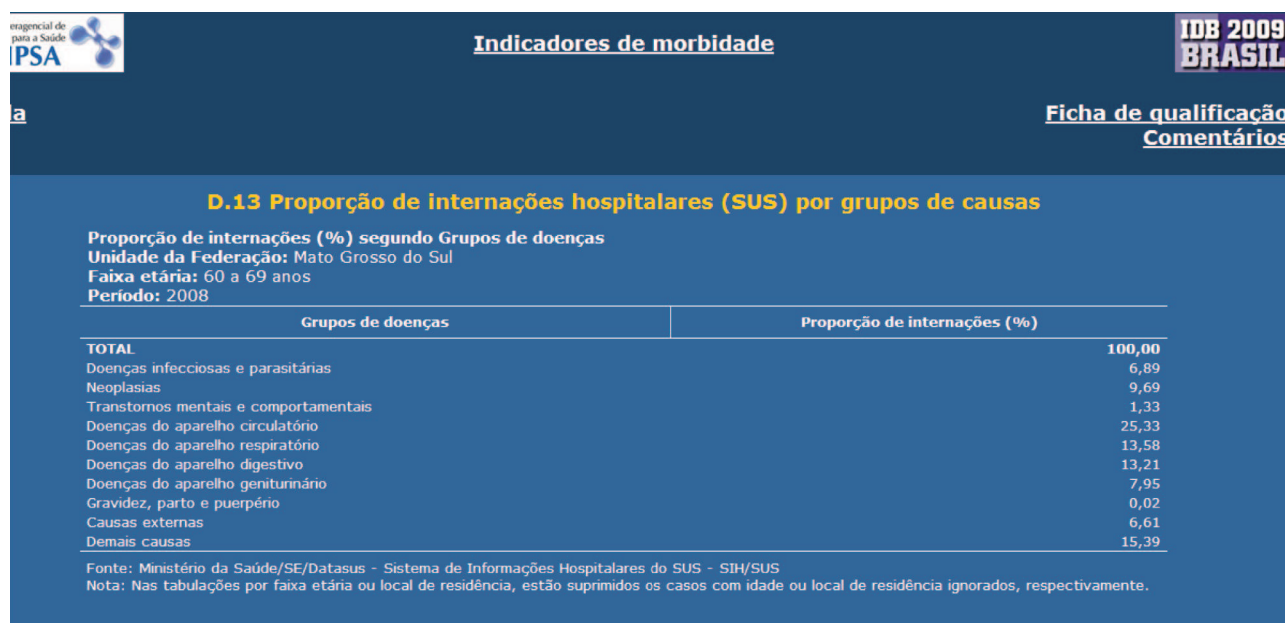
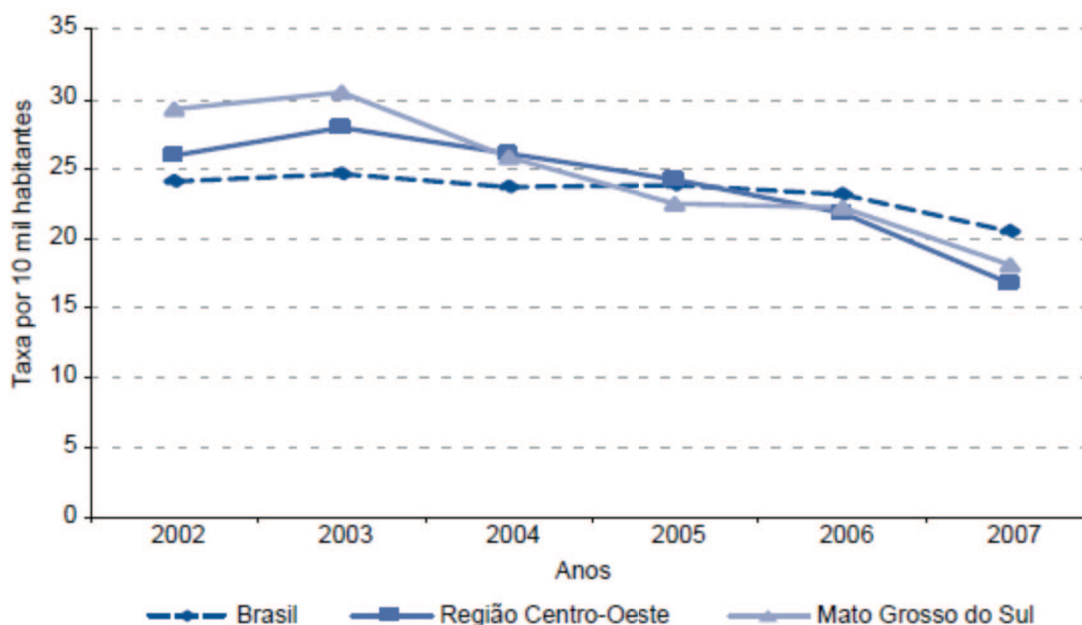


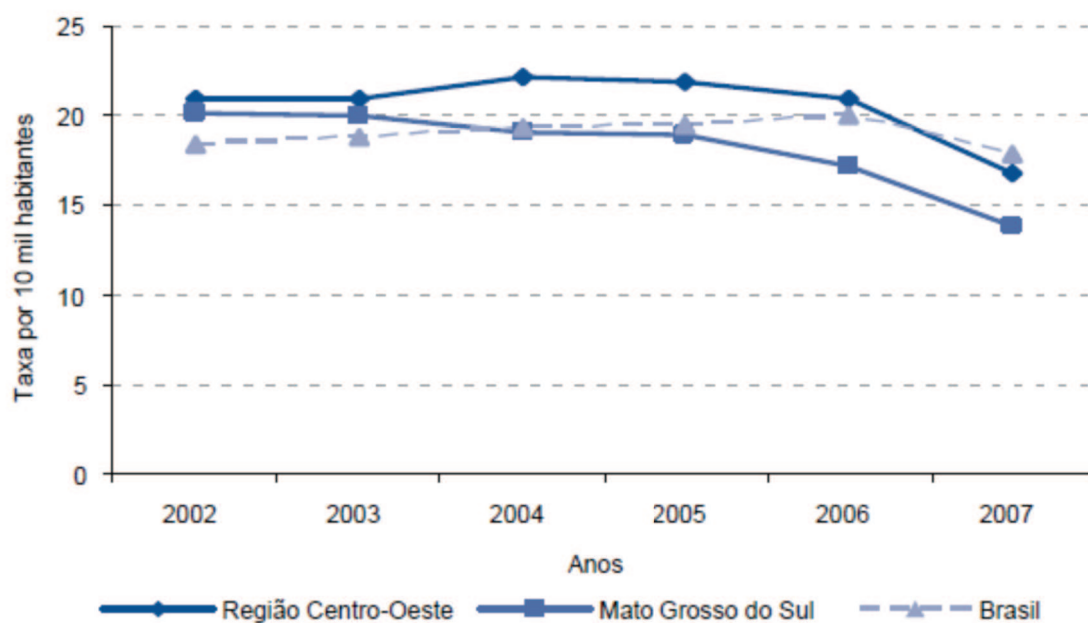
Figura 4 - Taxa de internação por acidente vascular cerebral (por 10.000 hab.), na população de 40 anos e mais- MS, 2002 a 2007.



Fonte: SIH/MS

A taxa de internação por AVC vem decrescendo no estado, este é um indicador indireto que demonstra a eficiência da atuação da Atenção Primária à Saúde no controle da doença hipertensiva na população.

Figura 5 - Taxa de internação por fratura de colo de fêmur na população de 60 anos e mais. MS- 200 a 2007.



Fonte: SIH/MS

Observa-se uma queda da taxa de internação por fratura de fêmur. Convém lembrar que a fratura de colo de fêmur é um agravo comum nesta faixa etária, levando a perdas funcionais importantes. A incidência aumenta com a idade, em decorrência da osteoporose e quedas.



VAMOS REFLETIR!

A meta pactuada pelo estado diz respeito à taxa de internação por fratura de colo de fêmur. Verifique a incidência de fratura de colo de fêmur em sua área e compare com a taxa de internação por esta causa em seu município. Sua equipe tem atuado na melhoria deste indicador?

Seção 6 - ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Nesta seção abordaremos alguns aspectos da atenção à saúde bucal do idoso, começando pelo enfoque da Política Nacional de atenção à Saúde Bucal, seguindo-se das patologias e agravos próprios da idade, além das orientações gerais para manter a saúde bucal na terceira idade. Para tanto, almeja-se que ao término desta seção você seja capaz de:

- Conhecer a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal;
- Conhecer os principais agravos que ocorrem nesta faixa etária;
- Saber orientar os idosos para prevenção e recuperação da saúde bucal.

6.1 A Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal

As diretrizes desta política são as mesmas descritas para os outros ciclos de vida, e os objetivos centrais nesta faixa etária são:

- Garantir o acesso à Atenção à Saúde Bucal;
- Prevenir e controlar o câncer bucal;
- Executar ações específicas para recuperar a saúde bucal.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde Bucal realizado em 2010, observou-se que mais de 3 milhões de idosos necessitam de prótese total (nas duas arcadas dentárias) e outros 4 milhões precisam usar prótese parcial (em uma das arcadas).



VAMOS SABER MAIS!

Conheça a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal, o texto encontra-se em sua biblioteca.

6.2 As ações da Atenção à Saúde Bucal.

O idoso requer uma avaliação global que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também, na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas.

A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, como forte componente social.

Assim como o adulto, o idoso ficou por muitos anos sem uma oferta de cuidados que observassem suas características e peculiaridades. No atendimento à saúde bucal do idoso, é fundamental o trabalho conjunto da equipe de saúde, sendo importante o trabalho com os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a qualidade de vida e a autoestima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo

de atenção em saúde bucal do idoso.

Em caso de usuários com doenças sistêmicas, deve ser solicitado ao médico parecer sobre as condições para realização do tratamento odontológico, já que a maioria dos medicamentos tem efeitos colaterais na cavidade bucal (exemplo: gosto metálico, falta de paladar e xerostomia). Assim, é necessária interação da equipe de saúde para discutir a revisão das prescrições e, nos exames clínicos, observar lesões preexistentes, pois podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento dependerá da precocidade do diagnóstico.

A equipe de saúde deve ficar atenta para ocorrências de sinais e sintomas que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais como:

- Dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos;
- Queixa de dor ou desconforto ao mastigar;
- Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo-se alimentos pastosos, líquidos ou tenros e refugando-se os que necessitam de mastigação;
- Queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da boca;
- Resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal;
- Mau hálito;
- Boca seca ou ardência bucal;
- Feridas na boca;
- Sangramento gengival.

Há uma crença de que usuários portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento da Equipe Saúde Bucal, bem como existe uma visão fatalista de que o idoso perde os dentes com a idade.

Esses estigmas sobre a pessoa idosa devem ser combatidos por meio de práticas de prevenção, tratamento odontológico, aumento de cobertura dos serviços para população mais jovem, melhoria dos hábitos de autocuidado e compreensão sobre a necessidade de cuidados em saúde bucal.



VAMOS SABER MAIS!

É possível manter íntegros os dentes durante o envelhecimento. Para tanto, é necessário que a prevenção seja traduzida em atitudes e práticas durante toda a vida.

Como nesta faixa etária são comuns os distúrbios de audição, visão, *déficit* da memória e confusão mental, a abordagem deve ser feita centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas colocações. Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, diminuindo a ansiedade e permitindo um plano de tratamento de acordo com as necessidades pessoais. Às vezes é necessário recorrer ao acompanhante para obter informações.

6.2.1 Higiene bucal

A escovação deve ser efetuada com dentífrico fluoretado e, após ela, é importante o uso do fio dental.

Convém avaliar a coordenação motora para realização do controle de placa e desenvolver, junto ao usuário, uma técnica adequada, até mesmo individualizada; quando necessário, solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no processo de higienização.

6.2.2 Higienização das próteses totais e parciais

As próteses dentárias também precisam ser escovadas, já que elas normalmente acumulam muitas bactérias. Existem produtos próprios para limpeza das próteses, que devem ser usados de acordo com as indicações do fabricante.

Aqui estão alguns tópicos para ajudar na limpeza da prótese dentária:

1. Recomenda-se, antes de iniciar a higiene, colocar uma toalha dentro da pia, pois, em caso de queda, a prótese não se quebrará;
2. Segurar firmemente a prótese dentária para proceder à higienização, mecanicamente, com escovas apropriadas, dentifrício ou sabão e água fria, sempre após as refeições ou ingestão de alimentos;
3. Escovar a prótese de modo a remover os restos alimentares e a placa bacteriana;
4. Pode-se completar essa higiene com uma limpeza química com produtos efervescentes ou deixar a prótese em um copo com água e bicarbonato, ou só com água durante a noite;
5. Remover bactérias, fungos e restos de alimentos do aparelho é tão importante quanto a limpeza dos dentes naturais;
6. Massagear os locais da boca onde a prótese assenta (gengivas e o céu-da-boca) com uma escova de dentes macia.

O uso de próteses requer avaliação profissional periódica, a fim de observar não apenas a funcionalidade, estética e conforto, mas também as alterações teciduais associadas. O interior da boca deve ser examinado regularmente e devem-se procurar sinais de inflamação que possam ser originados de uma prótese dentária desajustada. Também é fundamental orientar

sobre a higiene da prótese e a importância do autoexame periódico. Se aparecer qualquer tipo de ferida na boca, dor, alteração de cor e/ou textura na mucosa ou se verificar que as próteses dentárias não estão bem adaptadas, deve-se buscar atenção profissional.

6.3 Doenças bucais

Deve ser realizado um exame criterioso para detecção das condições bucais e seus fatores determinantes.

As condições bucais relevantes mais comuns são:

- cárie de raiz;
- xerostomia;
- lesões de tecidos moles;
- doença periodontal;
- edentulismo;
- abrasão/erosão dentária;
- halitose;
- dificuldade de higienização;
- dificuldade de mastigação e deglutição;
- necessidade de prótese;
- uso de prótese mal adaptada.

A perda dos elementos dentais traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a autoestima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa.

6.3.1 Halitose

Requer abordagem multidisciplinar e tem como causas:

- hábitos alimentares;
- xerostomia;
- má higiene bucal.

A saburra lingual (placa esbranquiçada no dorso da língua) é também causa de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua, sempre de modo delicado para não provocar náuseas.

6.3.2 Xerostomia

A falta de saliva é uma queixa comum entre os idosos. Além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por alto consumo de medicamentos, falta de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação.

A xerostomia causa maior risco de cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades na mastigação, deglutição e fala.

O tratamento da “boca seca” é paliativo. Neste caso, são importantes as recomendações para aumentar a produção de saliva por meio de estímulo à mastigação (uso de gomas de mascar ou balas sem açúcar podem ser eficientes), aumento do consumo de água (muitas pessoas não tomam água em quantidade adequada), uso de substitutos de saliva (saliva artificial), lubrificantes de lábios e aconselhamento profissional sobre a dieta. A aplicação tópica de flúor pode ser indicada de acordo com o risco de cárie.



VAMOS SABER MAIS!

Principais lesões da cavidade bucal de idosos em decorrência do uso de próteses

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2286.pdf>

CONCLUSÃO

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde precisam estar capacitados para atender integralmente a população desta faixa etária, para isto faz-se necessária uma constante capacitação neste tema. A atenção à saúde tem as políticas bem definidas, porém somente isto não é suficiente para garantir a qualidade da atenção. É necessário que tanto os serviços de gestão municipal, os profissionais da Atenção Primária, as universidades e a população unam esforços para garantir a qualidade de vida de nossos idosos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional da Saúde do Idoso. **Diretrizes de Política Nacional da Saúde do Idoso**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional da Saúde do Idoso. **Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, nº. 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica; 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Coordenação de Educação à Distância. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília, 2005.

CALDEIRA JCM. Principais lesões da cavidade bucal de idosos, em decorrência do uso de próteses. Governador Valadares, MG. Univ Fed Minas Gerais; 2010.

FERREIRA, Andréia. Aids na terceira idade. Revista: Isto é. São Paulo, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoe/politica/142011.htm>.> Acesso em 29 mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde**. Brasília, 2005.

SEGUNDO AS, SEMENOFF TADV, BIASOLI ER. Efeito da ingestão crônica de álcool na progressão da periodontite induzida em ratos da linhagem Fischer-344. RGO - Ver. Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v. 57. n. 1, p.87-91, jan./mar. 2009.

UNIDADE 4

ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR À SAÚDE

MÓDULO 5

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL

AUTOR

Rodrigo Ferreira Abdo



Sobre o Autor:

Rodrigo Ferreira Abdo

Médico Psiquiatra, com atuação em áreas de Psiquiatria da Infância e Adolescência e Psiquiatria Forense. Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela UNIDERP e Doutorando em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste pela UFMS. Psicoterapeuta de Orientação Analítica e Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande/ MS.

PREFÁCIO DO MÓDULO

A felicidade é quando o que você PENSA, o que você DIZ e o que você FAZ estão em harmonia (GANDHI).

A saúde mental na atenção primária é um tema em evidência. Os conhecimentos da área da saúde mental são fortes aliados da Equipe de Saúde da Família no cotidiano do seu trabalho, especialmente em relação ao acolhimento dos usuários das unidades de saúde. Para o Gestor, disponibiliza ferramentas e tecnologias para a promoção da saúde, que são a base das intervenções eficientes e eficazes na comunidade.

Para os integrantes dessas equipes de saúde assimilarem os conteúdos que facilitem a compreensão da saúde mental, além do atendimento psicológico-psiquiátrico na atenção primária, o módulo foi organizado em duas seções: 1-) Saúde Mental e 2-) Psicopatologia.

Esperamos oferecer leituras simples, oportunidades de reflexão individual e coletiva e, principalmente, atividades práticas que permitam intervenções positivas na sua comunidade e busca por mais conhecimentos nessa grande área temática.

Bons estudos! Boas práticas!

O autor.

Seção 1 - SAÚDE MENTAL

Nesta seção vamos iniciar nossos estudos sobre saúde mental sob o enfoque da assistência multidisciplinar e sua importância no trabalho das equipes de saúde da família. Destacamos como um médico ou enfermeiro de família, com uma prática clínica ajustada às necessidades da população a que serve, formação adequada e integrado em uma equipe de saúde coesa, tem um maior potencial de diagnosticar e conduzir os problemas na área da saúde mental. Dessa forma poderá responder de modo efetivo aos contextos clínicos do cotidiano, sendo essencial todo o investimento interdisciplinar que facilite essa abordagem. Cabe também, à equipe de saúde bucal a suspeição de distúrbios psiquiátricos na população que procura a atenção à saúde bucal. É necessário lembrar que, muitas pessoas só vão à unidade de saúde para tratamento odontológico. Esperamos que ao final da seção você seja capaz de:

- Conhecer as diretrizes da reforma da assistência psiquiátrica;
- Identificar a rede de atenção à saúde mental do município;
- Adotar técnicas de promoção à saúde mental do indivíduo;
- Adotar técnicas de acolhimento do paciente com doença mental;
- Reconhecer quadros de sofrimentos psíquicos, especialmente transtornos depressivos e ansiosos;
- Identificar uso abusivo de álcool e outras drogas, especialmente tabagismo.

1.1 Considerações gerais sobre saúde mental

Saúde mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento

das doenças mentais. Além da psiquiatria, a complexa rede de saberes da temática da saúde mental apresenta, entre outras, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia (AMARANTE, 2007).



VAMOS REFLETIR!

Só se pode viver perto de outro,
e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio,
se a gente tem amor.

Qualquer amor já é um
pouquinho de saúde,
um descanso na loucura.

João Guimarães Rosa

AMARANTE (2007) provoca reflexões sobre a assistência psiquiátrica ao questionar o que é doença mental e se esta seria o oposto de saúde mental. Quais então seriam os limites do campo da saúde mental?

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

- 1 Responsabilidade pelo atendimento em saúde mental de uma pessoa ou grupo da comunidade;

- 2 Legitimidade por meio da participação comunitária, numa relação cooperativa e funcional que permita a solução eficiente de problemas, aliada a um processo de educação contínua e respeito pelos valores dos pacientes e famílias;
- 3 Ação social nos meios de comunicação para reduzir o estigma;
- 4 Integração de serviços a uma rede pública complexa de referência e contrarreferência de pacientes, em um sistema de tratamento equilibrado entre as suas necessidades emergentes, como serviços de internação, emergência psiquiátrica, hospital-dia, visita domiciliar;
- 5 Continuidade do atendimento, resultado natural da integração eficiente dos serviços em que é essencial que o paciente tenha um terapeuta principal durante todo o tratamento.



VAMOS SABER MAIS!

O modelo comunitário, inspirador do nosso atual sistema, foi particularmente preconizado pela OMS no início dos anos 70, sendo desenvolvido em vários países da Europa e da América do Norte; caracteriza-se, genericamente, pelo fato de apresentar estas estruturas de intervenção:

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

Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004

1.2 Requisitos do profissional de saúde mental

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

1) Treinamento amplo em psiquiatria e saúde mental, porque na comunidade há pacientes de todas as categorias diagnósticas, o que exige desde intervenções somáticas até conhecimentos da psicodinâmica e intervenções sociais. Outro ponto é a observação das complexas interações dos vários profissionais de saúde entre si e com os pacientes e seu processo de comunicação. Deve-se lembrar que o interesse maior é dirigido para o melhor tratamento, visando ao bem do paciente;

2) Interesses e conhecimentos especiais, criando profunda empatia pelo doente mental e interesse pela sua reabilitação psicossocial;

3) Uso do sistema familiar e social de forma não-moralizante e culpabilizadora, não-crítica. A família deve ser orientada sobre como lidar com seu paciente doente. Daí a necessidade de conhecimentos sobre psicodinâmica e sobre o funcionamento dos sistemas sociais e seus efeitos sobre os doentes mentais e suas famílias, como por exemplo, o sistema escolar;

4) Conhecimento epidemiológico sobre a distribuição das doenças na comunidade;

5) Liderança como uma competência profissional, além de outras da área técnica e psicofarmacológica, para envolver relações

interpessoais, empatia para com os pacientes e capacidade de ensinar.

Todo profissional de saúde também é um profissional de saúde mental e deve agir como um facilitador do processo de comunicação na equipe de saúde e sua comunidade. Daí seu papel de gerenciador de recursos humanos.



VAMOS REFLETIR!

A adoção do território como estratégia fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento.

Rotelli F, Mauri D. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: (SP): Hucitec; 1990. p.p. 89-99.



VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA COMO PROCESSO HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO DA PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA. In: Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, 2008 mar; 12 (1): 173 - 8.

1.3 Saúde mental e atenção psicossocial

Os modelos assistenciais substitutivos ao hospitalocêntrico emergiram no Brasil nos anos 70 em um contexto histórico determinado, constituindo a chamada Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira. As Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) têm operado transformações complexas na atenção ao sofrimento psíquico. A II CNSM constitui um importante marco no processo de Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira por meio da adoção de conceitos como território, regionalização das ações de saúde e equidade, derivados do ideário da Reforma Sanitária, ações e providências que possibilitam o rompimento com o Modelo Hospitalocêntrico, segundo o qual o hospital psiquiátrico é tradicionalmente asilar e custodial, na maior parte do Brasil, e induz dependência e perda de sentido de cidadania, segundo o paradigma psicossocial.

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

O processo de reforma psiquiátrica é uma consequência natural de uma transformação da própria ciência. Um importante passo neste sentido foi o fato de os serviços terem passado a lidar com as pessoas e não mais com as doenças. Desta forma, rompeu-se com o modelo teórico-conceitual até então vigente e o campo da saúde mental e atenção psicossocial passou por um conjunto de transformações e inovações que contribuíram para a construção de uma nova imagem social dada à loucura e aos sujeitos “em sofrimento” (AMARANTE, 2007).

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

Nos estudos atuais que analisam intervenções inovadoras, tanto no campo da saúde da família como no da saúde mental, todos os pesquisadores são unânimes em reafirmar a potencialidade da ESF, que deve (Brêda, Rosa, Pereira e Scatena, 2005):

1. fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo;
2. ampliar a participação e controle social;
3. resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS;
4. oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde;
5. fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento.

1.4 O modelo psicossocial e a saúde mental na Atenção Primária

Há princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como por exemplo:

1. Princípios do SUS;

2. Territorialização e responsabilidade pela população daquela área geográfica;
3. Desinstitucionalização das pessoas internadas e a construção de rede de cuidado capaz de atender essa demanda;
4. Modalidades de cuidado capazes de garantir a escuta e o vínculo, potencializar as singularidades, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e de estar atentas no sentido de recusar as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização;
5. Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional;
6. Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários;
7. Atendimento às pessoas em situações de gravidade, por meio de ações efetivas que viabilizem o seu acesso ao atendimento psicológico-psiquiátrico.

1.4.1 O modelo psicossocial e a promoção da saúde mental

A detecção e o tratamento precoces contribuem para uma menor perda de capacidade do paciente. De acordo com a Lei 10.216/2001, é preciso contar com os seguintes parâmetros de atenção e serviços no nível primário de promoção da saúde mental:

1. Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais.
2. Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares,

religiosas, de grupos responsáveis por resgate e atendimento pré e pós-hospitalar e outras.

3. Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, como também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.
4. Ampla divulgação dos serviços de saúde mental, assim como da orientação sobre como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.
5. Treinamento e supervisão contínuos e específicos para os integrantes das equipes multiprofissionais, com orientações sobre as competências e responsabilidades de cada um dos profissionais e sobre como executá-las.

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

- capacitação e supervisão completa para as equipes de saúde da família, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos (Estatuto da criança e do adolescente - ECA, direito dos portadores de transtornos mentais, dos idosos, das mulheres etc.), aos princípios da reforma da assistência psiquiátrica e da Estratégia de Saúde da Família, à família, grupos e rede social;
- intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/DST/AIDS ; uso de psicofármacos, entre outros. Reforça-se a ideia de que a capacitação, como forma de educação permanente,

deve desenvolver-se reciprocamente entre as equipes de saúde;

- intervenções familiares comunitárias conjuntas como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; olhar atento e sensível aos pontos de vulnerabilidade, de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares portadores de transtornos psiquiátricos graves);
- criação de uma equipe volante de saúde mental por parte dos serviços de saúde mental substitutivos, para o desenvolvimento das ações junto às equipes de saúde da família;
- integração da saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelas Unidades de Saúde da Família (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas);
- articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de autoajuda etc.), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas etc.);
- promoção de ações para diminuir o comportamento violento, tabagismo, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos.

1.4.2 O modelo psicossocial e o acolhimento

A ideia de acolhimento nos serviços de saúde, que já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS, tem sido assim identificada:

- ou como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ou como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde - a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe, neste processo, pode também garantir acolhimento para seus profissionais frente às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;

- construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolher também a avaliação do próprio usuário e se responsabilizar em dar uma resposta ao problema.

Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados:

- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida;
- a humanização das relações em serviço;
- a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;
- a governabilidade das equipes locais e os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

Convém salientar ainda que o acolhimento sempre deve associar-se a um trabalho de resgate da cidadania e da qualidade de vida do doente mental.

1.5 Apoio às ações de saúde mental e às equipes da Atenção Primária

É chamado apoio matricial o arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes

responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção primária responsáveis pelas famílias de um determinado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe.

Além disso, devem ser compartilhadas as seguintes ações:

- a) Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais graves e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- b) Discutir casos identificados pelas equipes da atenção primária que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- c) Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;
- d) Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- e) Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação relativos à loucura;

- f) Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.);
- g) Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- h) Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- i) Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento, e buscar constituir redes de apoio e integração.

1.6 Rede de atenção à saúde mental

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

Figura 1 - Rede de atenção à saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde. Os CAPS são os articuladores estratégicos.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

A extensão da prestação de cuidados em saúde mental em função das necessidades das populações de cada comunidade exige o estabelecimento de redes, não só hospitalares, mas também componentes dos cuidados de saúde primários e

os cuidados comunitários, envolvendo múltiplos agentes e diferentes setores da sociedade civil, além da Saúde, como Educação e Justiça, por exemplo. A par desse esforço de reorganização e de criação de uma rede de referência, torna-se igualmente prioritário melhorar a gestão de recursos humanos. A operacionalização desta estratégia passa por um processo com as seguintes fases (Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004):

- Levantamento da capacidade instalada por meio de uma análise descritiva da situação atual, por região de saúde, explicitando os equipamentos e estruturas existentes, os técnicos que lhes estão disponíveis e, sempre que possível, a produção esperada desses recursos;
- Organização da rede de saúde mental, tendo em conta a capacidade existente, a área geográfica de atuação e as especificidades e competências, em nível dos cuidados primários, dos serviços de ambulatório, internação e urgência, definindo-se um modelo de desenvolvimento que pretende interligar, de forma coerente e numa base de complementaridade, as diferentes instituições existentes, através da descrição dos desenvolvimentos programados;
- Arquitetura da rede, processando-se a rede de referência aos níveis dos serviços locais e serviços regionais de saúde mental, como definido na legislação de referência.

Seção 2 - PSICOPATOLOGIA

A Declaração de Caracas, marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas, vinculou a atenção psiquiátrica à atenção primária à saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais. Sobre a saúde mental na atenção primária, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), aponta a importância da integralidade da atenção à saúde e constata que as equipes de Atenção Primária, cotidianamente, deparam-se com problemas de saúde mental. Desta forma, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de saúde da família apresentam-se como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como transtornos depressivos e ansiosos, tabagismo, condutas suicidas, transtornos psiquiátricos graves, uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico, inclusive de crianças e idosos. Além disso, entende que “[...] todo problema de saúde é também - e sempre - de saúde mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde” (p.33).



VAMOS REFLETIR!

No estado atual da evolução da psicologia, da patologia geral e das neurociências é possível afirmar que a psicopatologia tem como objetivo estudar e explicar as relações recíprocas que se estabelecem entre os estados mentais e comportamentos, de um lado, e as enfermidades, de outro. Para tanto, vale-se do apoio que encontra em todas suas ciências de apoio, como as neurociências, as ciências sociais e as humanas (p.11).

MIRANDA-SÁ, LUIZ SALVADOR JR. *Compêndio de Psicopatologia & Semiologia Psiquiátrica*. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

Daí surge a necessidade de a área de saúde mental se aliar às ciências que possam proporcionar-lhe subsídios para o diagnóstico daqueles casos nos quais o sofrimento psíquico é sinal de um transtorno psiquiátrico. A psicopatologia, psiquiatria, neurologia, psicofarmacologia e a psicanálise fundamentam e estabelecem um campo de diálogo com a saúde mental por meio de instrumentos teóricos e práticos interdisciplinares e respectivas estratégias diagnósticas e terapêuticas do sofrimento psíquico, visando inclusive à promoção da saúde mental na esfera pública.

Em um estudo epidemiológico realizado pela OMS, no contexto da atenção primária em saúde, em 14 países, os diagnósticos psiquiátricos mais comuns foram depressão (10,4%), ansiedade (7,9%) e transtornos do uso de substâncias psicoativas (2,7%). Os transtornos de ansiedade e depressão foram mais frequentes em mulheres, enquanto os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas foram mais frequentes no sexo masculino. A prevalência dos transtornos decorrentes do uso de álcool (uso nocivo e dependência) em adultos foi estimada em cerca de 1,7% em todo o mundo (Chalub M & Telles LEB, 2006).

Balada Do Louco

Composição: Arnaldo Baptista / Rita Lee

Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz
Se eles são bonitos, sou Alain Delon
Se eles são famosos, sou Napoleão
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz
Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu

Se eles têm três carros, eu posso voar
Se eles rezam muito, eu já estou no céu
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz
Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu
Sim sou muito louco, não vou me curar
Já não sou o único que encontrou a paz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, eu sou feliz

2.1 Transtornos depressivos na atenção primária

A prevalência de transtornos depressivos na prática de atenção primária pode ser maior que 20% e até mais alta em pacientes com doenças crônicas. Assim, o profissional de atenção primária deve reconhecer esses transtornos mentais, estar confiante na prestação de nível primário de assistência e reconhecer sinais e sintomas de perigo que requeiram o encaminhamento ao psiquiatra.

A depressão varia desde os sinais normais de luto ao transtorno depressivo maior (TDM), acompanhada de psicose franca. O TDM é habitualmente uma enfermidade episódica, frequentemente com início na adolescência, com remissões e recaídas durante o curso da vida. Uma forma crônica de depressão menos grave, sem episódios agudos incapacitantes, é a chamada distímia. Os pacientes com depressão podem ter transtorno afetivo bipolar (TAB).

A depressão ocorre mais em mulheres que em homens. Sua incidência diminui com a idade nas mulheres, mas aumenta nos homens, sendo maior entre os indivíduos solteiros. Os episódios (crises) de depressão geralmente se seguem a um evento estressante nos indivíduos predispostos. Uma história de transtorno do humor em um parente de primeiro grau ou um episódio (crise) do TDM prévio também predispõe o paciente à depressão.

Quadro 1 - Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é:

- (1) humor deprimido ou
- (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito).

Nota: Em crianças e adolescentes pode ser humor irritável.

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias.

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente).

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

D. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Quadro 2 - Critérios DSM-IV para Distímia

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano.

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

(1) apetite diminuído ou hiperfagia;

(2) insônia ou hipersonia;

(3) baixa energia ou fadiga;

(4) baixa autoestima;

(5) fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões.

C. Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) de perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos critérios A e B por mais de 2 meses a cada vez.

D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes), isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, em Remissão Parcial.

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um

Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar:

Início Precoce: se o início ocorreu antes dos 21 anos.

Início Tardio: se o início ocorreu aos 21 anos ou mais, com características atípicas.

Nota-se que algumas doenças médicas somáticas estão associadas à alta incidência de depressão: acidente vascular encefálico (AVE), síndrome da fadiga crônica, diabetes melito, neoplasias (especialmente pâncreas e pulmões), infarto do miocárdio, artrite reumatoide, bem como o uso de certos fármacos, tais quais: fenotiazinas, esteroides, propranolol, cimetidina, levodopa, indometacina.

Consideram-se em risco aumentado de suicídio:

- Os que já desenvolveram um plano específico para o suicídio;
- Os socialmente isolados;
- Homens idosos;
- Abusadores de substâncias tóxicas;
- Portadores de neoplasias terminais.

É importante assinalar que as técnicas psicoterápicas e/ou grupos de autoajuda podem ser tão efetivos quanto os psicofármacos para pacientes com depressão leve ou moderada, que podem ser tratados em sua própria comunidade.

Entretanto há aqueles pacientes com depressão que devem ser encaminhados ao psiquiatra devido à presença de:

- Ideação suicida;
- História prévia de mania ou hipomania medicamentosa atual;
- Psicose;
- Falha na resposta medicamentosa após quatro semanas de tratamento com a dose correta.



VAMOS SABER MAIS!

É raro que uma síndrome psiquiátrica se manifeste com todos os sintomas possíveis, aqueles que lhe são atribuídos ou a maior parte deles. Ao contrário, é possível, inclusive, que uma síndrome se apresente apenas com um único sintoma (quadro monossintomático). Também não é incomum que falte no quadro exatamente o sintoma considerado axial da síndrome. Por exemplo, uma síndrome depressiva sem hipotimia ou depressão-síndrome sem depressão-sintoma (hipotimia), caso denominado impropriamente como depressão mascarada ou, mais corretamente, depressão sem depressão (sintoma ou síndrome depressiva) sem enfermidade depressiva.

Conhecer as síndrome e suas implicações nosológicas é essencial para quem pretende diagnosticar uma enfermidade (p.620).

MIRANDA-SÁ, LUIZ SALVADOR JR. O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã? Rio de Janeiro: ABP Ed., 2010.

2.2 Transtornos ansiosos na atenção primária

O profissional de saúde da atenção primária precisa saber sobre a avaliação e manuseio de casos de ansiedade no contexto

clínico, posto que é frequentemente acompanhada por sintomas físicos específicos e, assim, pode desencadear uma investigação diagnóstica de monta que o clínico astuto pode evitar, se o diagnóstico apropriado for feito precocemente na avaliação.

Por outro lado, pelo fato de que um problema médico somático primário pode causar ansiedade, o profissional de saúde deve evitar o diagnóstico prematuro dos sintomas decorrentes como sendo estritamente um problema emocional. Também deve ser capaz de auxiliar o paciente a se ajustar a um problema clínico produtor de ansiedade mais eficazmente que um especialista, por causa da relação mais duradoura.

Além disso, os pacientes que expressam sua ansiedade por meio de sintomas somáticos, com frequência preferem conversar com um profissional de saúde da equipe eleito, e sentem-se abandonados, o que aumenta habitualmente sua ansiedade, se encaminhados a um psiquiatra. Caso o médico ou enfermeiro acreditem que o encaminhamento é necessário, pela gravidade dos sintomas, acuidade de apresentação ou problemas concomitantes, o paciente deve receber a garantia de que alguém da equipe da atenção primária, eleito por ele, de preferência, irá monitorar de perto o acompanhamento.

Há pelo menos três erros mais comuns que ocorrem na atenção primária no atendimento de um paciente com ansiedade em níveis significativos:

1. Considerar rapidamente a ansiedade como problema psiquiátrico e encaminhar o paciente para um profissional de saúde mental prematuramente, ou apressar-se em prescrever um benzodiazepínico. O tratamento de rotina da ansiedade com benzodiazepínicos não é mais apropriado que o tratamento rotineiro da febre com penicilina. A ansiedade é habitualmente tratada como o diagnóstico, ao invés de um sinal para se buscar a fonte da ansiedade ou para se tentar compreender seu significado. Se

a ansiedade for um sintoma de uma doença clínica somática ou parte de uma reação de ajustamento do paciente a ela, o profissional de saúde deve conversar mais especificamente com o paciente sobre seus sentimentos.

2. O profissional de saúde da atenção primária pode pressupor que sabe por que o paciente “está” ansioso. Um exemplo clássico é assumir que o paciente que será submetido a um tratamento com quimioterapia está mais preocupado com os efeitos colaterais potencialmente graves do que, por exemplo, com a perda dos cabelos (imediatamente mais grave para esse paciente em particular).
3. O profissional de saúde da atenção primária pode apressar-se em acalmar o paciente, dizendo-lhe que “não há nada a temer”. Tal afirmativa pode, de fato, aumentar a ansiedade do paciente, que pode sentir que o profissional de saúde não está levando suas preocupações a sério. Em vez disso, tal profissional de saúde deve garantir o suporte contínuo e a monitorização cuidadosa da causa de sua ansiedade.

No contexto clínico, deve-se alertar para o fato de que a ansiedade pode envolver quatro situações distintas:

- a) ansiedade como uma resposta normal de alerta à ameaça percebida de enfermidade médica e intervenções de tratamento;
- b) ansiedade como uma manifestação sintomática de enfermidade clínica somática, de ordem endócrina, cardíaca, pulmonar ou neurológica;
- c) ansiedade como um sintoma de intoxicação ou síndrome de abstinência;
- d) ansiedade como sintoma de um transtorno psiquiátrico qualquer, além dos transtornos ansiosos e depressivos, nos quais geralmente está presente.

Quadro 3 - Critérios DSM-IV / CID-10 para TRANSTORNOS DE ANSIEDADE GENERALIZADA

F41.1 - 300.02 - TRANSTORNOS DE ANSIEDADE GENERALIZADA - DSM.IV (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizada é uma ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, acerca de diversos eventos ou atividades (Critério A). O indivíduo considera difícil controlar a preocupação (Critério B).

A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (apenas um sintoma adicional é exigido em crianças) (Critério C).

O foco da ansiedade e preocupação não está confinado a aspectos de um outro transtorno do Eixo I, como ter um Ataque de Pânico (no Transtorno de Pânico), sentir embaraço em público (na Fobia Social), ser contaminado (no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), estar afastado de casa ou de parentes próximos (no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença séria (na Hipocondria), e a ansiedade e preocupação não ocorrem exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Critério D).

Embora os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada nem sempre sejam capazes de identificar suas preocupações como “excessivas”, eles relatam sofrimento subjetivo devido à constante preocupação, têm dificuldade em controlá-la, ou experimentam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério E).

A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou de uma condição médica geral, nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério F).

A intensidade, duração ou frequência da ansiedade ou preocupação são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do

evento temido. A pessoa considera difícil evitar que as preocupações interfiram na atenção a tarefas que precisam ser realizadas e têm dificuldade em parar de se preocupar.

Os adultos com Transtorno de Ansiedade Generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou questões menores (tais como tarefas domésticas, consertos no automóvel ou atrasos a compromissos).

As crianças com Transtorno de Ansiedade Generalizada tendem a exibir preocupação excessiva com sua competência ou qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

Características e Transtornos Associados

Pode haver tremores, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade, associados à tensão muscular. Muitos indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada também experimentam sintomas somáticos (mãos frias e pegajosas; boca seca; sudorese; náusea e diarreia; frequência urinária; dificuldade para engolir ou “nó na garganta”) e uma resposta de sobressalto exagerada. Sintomas depressivos também são comuns.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada ocorre com muita frequência com Transtornos do Humor (por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Distímico), com outros Transtornos de Ansiedade (por ex., Transtorno de Pânico, Fobia Social, Fobia Específica) e com Transtornos Relacionados a Substâncias (Dependência ou Abuso de Álcool ou de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos). Outras condições associadas ao estresse (síndrome do cólon irritável, cefaleias) frequentemente acompanham o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Existe uma considerável variação cultural na expressão da ansiedade (por ex., em algumas culturas, a ansiedade é expressa predominantemente por sintomas somáticos, em outras, por sintomas cognitivos). É importante considerar o contexto cultural ao determinar se as preocupações com determinadas situações são excessivas.

Em crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade Generalizada,

a ansiedade e preocupação frequentemente envolvem a qualidade de seu desempenho na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado por outros. Pode haver preocupação excessiva com a pontualidade. Elas também podem preocupar-se com eventos catastróficos, tais como terremotos ou guerra nuclear.

As crianças com o transtorno podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando uma tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito. Elas demonstram excessivo zelo na busca de aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho e outras preocupações.

Em contextos clínicos, o transtorno é diagnosticado com uma frequência um pouco maior em mulheres do que em homens (cerca de 55-60% dos indivíduos que se apresentam com o transtorno são mulheres). Em estudos epidemiológicos, a proporção entre os sexos é de aproximadamente dois terços de mulheres.

Prevalência

Em uma amostra comunitária, a prevalência em 1 ano para o Transtorno de Ansiedade Generalizada foi de aproximadamente 3%, e a taxa de prevalência durante a vida, de 5%. Nas clínicas para Transtornos de Ansiedade, aproximadamente 12% dos indivíduos apresentam Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Curso

Muitos indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada afirmam que sentiram ansiedade e nervosismo durante toda a vida. Embora mais de metade daqueles que se apresentam para tratamento relatem um início na infância ou adolescência, o início após os 20 anos não é incomum. O curso é crônico, mas flutuante, e frequentemente piora durante períodos de estresse.

Padrão Familiar

A ansiedade como traço tem uma associação familiar. Achados inconsistentes foram relatados, com relação aos padrões para Transtorno de Ansiedade Generalizada dentro de famílias, não tendo sido encontrada uma agregação familiar específica na maioria dos relatos.

Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Ansiedade Generalizada deve ser diferenciado de um Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral se os sintomas de ansiedade são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., feocromocitoma, hipotireoidismo).

Esta determinação baseia-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é diferenciado do Transtorno de Ansiedade Generalizada pelo fato de que uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada com o distúrbio de ansiedade. Por exemplo, a ansiedade severa que ocorre apenas no contexto de pesado consumo de café seria diagnosticada como Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína, com Ansiedade Generalizada.

Quando um outro transtorno do Eixo I está presente, um diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade Generalizada deve ser feito apenas quando o foco da ansiedade e preocupação não tem relação com o outro transtorno, isto é, a preocupação excessiva não está restrita a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), sentir embaraço em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter uma doença grave (como na Hipocondria), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou preocupações com o bem-estar de pessoas próximas ou por estar afastado delas ou de casa (como no Transtorno de Ansiedade de Separação). Por exemplo, a ansiedade presente na Fobia Social está focalizada na ocorrência de situações sociais nas quais o indivíduo deve apresentar um desempenho ou ser avaliado por outros, ao passo que os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada experimentam ansiedade, quer estejam ou não sendo avaliados.

Diversas características distinguem a preocupação excessiva do Transtorno de Ansiedade Generalizada e dos pensamentos obsessivos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Os pensamentos obsessivos não representam meras preocupações excessivas com problemas cotidianos ou da vida real, mas são intrusões ego-distônicas que frequentemente assumem a forma de anseios, impulsos e imagens, em acréscimo aos pensamentos. Finalmente, a

maior parte das obsessões se acompanha de compulsões que reduzem a ansiedade associada com as obsessões.

A ansiedade está invariavelmente presente no Transtorno de Estresse Pós-Traumático. O Transtorno de Ansiedade Generalizada não é diagnosticado se a ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A ansiedade também pode estar presente no Transtorno de Ajustamento, mas esta categoria residual deve ser usada apenas quando os critérios não são satisfeitos para qualquer outro Transtorno de Ansiedade (inclusive Transtorno de Ansiedade Generalizada).

Além disso, a ansiedade no Transtorno de Ajustamento ocorre em resposta a um estressor da vida e não persiste por mais de 6 meses após o término do estressor ou de suas consequências. A ansiedade generalizada é uma característica comumente associada aos Transtornos do Humor e Transtornos Psicóticos, não devendo ser diagnosticada em separado se ocorrer exclusivamente durante o curso dessas condições. Diversas características diferenciam o Transtorno de Ansiedade Generalizada da ansiedade não-patológica. Em primeiro lugar, as preocupações associadas com o Transtorno de Ansiedade Generalizada são difíceis de controlar e tipicamente interferem de modo significativo no funcionamento, enquanto as preocupações da vida cotidiana são percebidas como mais controláveis e podem ser adiadas até mais tarde. Em segundo lugar, as preocupações associadas com o Transtorno de Ansiedade Generalizada são mais invasivas, pronunciadas, aflitivas e duradouras e frequentemente ocorrem sem desencadeantes.

Quanto mais numerosas forem as circunstâncias de vida com as quais a pessoa se preocupa excessivamente (finanças, segurança dos filhos, desempenho no emprego, reparos no automóvel), mais provável é o diagnóstico. Em terceiro lugar, as preocupações cotidianas estão muito menos propensas a serem acompanhadas de sintomas físicos (fadiga excessiva, inquietação, sensação de “nervos à flor da pele”, irritabilidade), embora isto seja menos verdadeiro para crianças.

Critérios Diagnósticos para F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

(1) inquietação ou sensação de estar com os “nervos à flor da pele”

(2) fatigabilidade

(3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente

(4) irritabilidade

(5) tensão muscular

(6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)

D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por ex., a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria); a ansiedade ou a preocupação não ocorrem exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

Quadro 4 - Critérios DSM-IV / CID-10 para Transtorno do Pânico

Transtorno do Pânico

F40.0 - 300.01 - TRANSTORNO DO PÂNICO - DSM.IV

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação com as possíveis implicações ou consequências dos Ataques de Pânico, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques (Critério A).

Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., Intoxicação com Cafeína) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) (Critério C).

Finalmente, os Ataques de Pânico não são melhor explicados por um outro transtorno mental (por ex., Fobia Específica ou Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade de Separação) (Critério D). Dependendo de serem satisfeitos também os critérios para Agorafobia, faz-se o diagnóstico de 300.21- Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou 300.01- Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (Critério B).

Um Ataque de Pânico inesperado (espontâneo, não evocado) é definido como aquele que não está associado a um ativador situacional (isto é, ocorre “vindo do nada”). Pelo menos dois Ataques de Pânico inesperados são necessários para o diagnóstico, mas a maioria dos indivíduos tem um número consideravelmente maior de ataques.

Os indivíduos com Transtorno de Pânico, com frequência, também têm Ataques de Pânico predispostos por situações (isto é, aqueles mais propensos a ocorrer em, mas não invariavelmente associados com, exposição a um ativador situacional). Ataques ligados a situações (isto é, aqueles que ocorrem quase que invariável e imediatamente na exposição a um ativador situacional) podem ocorrer, mas são menos comuns. A frequência e a gravidade dos Ataques de Pânico variam amplamente. Por exemplo, alguns indivíduos têm ataques moderadamente frequentes (por ex., 1 vez por semana) que

ocorrem regularmente, por meses seguidos. Outros citam surtos breves de ataques mais frequentes (diariamente, por uma semana), separados por semanas ou meses sem quaisquer ataques ou com ataques menos frequentes (dois por mês) durante muitos anos.

Os ataques com sintomas limitados (isto é, ataques idênticos a Ataques de Pânico “completos”, exceto pelo fato de que medo e ansiedade súbitos são acompanhados por menos de 4 dos 13 sintomas adicionais) são muito comuns em indivíduos com Transtorno de Pânico.

Embora a distinção entre Ataques de Pânico completos e ataques com sintomas limitados seja um tanto arbitrária, os Ataques de Pânico completos estão associados com maior morbidade. A maior parte dos indivíduos que têm ataques com sintomas limitados tiveram Ataques de Pânico completos em algum momento durante o curso do transtorno.

Os indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam, caracteristicamente, preocupações acerca das implicações ou consequências dos Ataques de Pânico. Alguns temem que os ataques indiquem a presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora à vida (por ex., cardiopatia, transtorno convulsivo).

Apesar de repetidos exames e garantias médicas, eles podem permanecer temerosos e não se convencer de que não têm uma doença ameaçadora à vida. Os ataques são percebidos como uma indicação de que estão “ficando loucos” ou perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. Alguns indivíduos com Ataques de Pânico recorrentes mudam significativamente seu comportamento (por ex., demitem-se do emprego) em resposta aos ataques, mas negam o medo de terem um outro ataque ou preocupações acerca das consequências de seus Ataques de Pânico. As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações frequentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva que pode satisfazer os critérios para Agorafobia, diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados - além da preocupação com os Ataques de Pânico e suas implicações, muitos indivíduos com Transtorno de Pânico também relatam sentimentos constantes ou intermitentes de ansiedade não focalizada sobre qualquer situação ou evento específico.

Outros tornam-se excessivamente apreensivos acerca do resultado de atividades e experiências rotineiras, particularmente aquelas relacionadas à saúde ou separação de pessoas queridas. Por exemplo, os indivíduos com Transtorno de Pânico frequentemente preveem um resultado catastrófico a partir de um leve sintoma físico ou efeito colateral de medicamento (por ex., pensar que uma dor de cabeça indica um tumor cerebral ou uma crise hipertensiva).

Esses indivíduos também toleram menos os efeitos colaterais de medicamentos e em geral precisam de contínuo reassuramento, a fim de tomarem os medicamentos. Em indivíduos cujo Transtorno de Pânico não foi tratado ou foi diagnosticado incorretamente, a crença de terem uma doença ameaçadora à vida, não detectada, pode levar a uma ansiedade debilitante e crônica e a excessivas consultas médicas.

Esse padrão pode ser perturbador tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro. Em alguns casos, a perda ou rompimento de relacionamentos interpessoais importantes (sair da casa paterna para viver sozinho, divórcio) estão associados com o início ou exacerbação do Transtorno de Pânico. A desmoralização é uma consequência comum, com muitos indivíduos sentindo-se desencorajados, envergonhados e infelizes acerca das dificuldades em levar avante suas rotinas habituais. Eles frequentemente atribuem seu problema a uma falta de “força” ou de “caráter”.

Esta desmoralização pode generalizar-se para áreas além dos problemas específicos relacionados ao pânico. Os indivíduos podem ausentar-se com frequência do trabalho ou da escola, para ir em busca de médicos e salas de emergência, o que pode levar ao desemprego ou abandono da escola.

O Transtorno Depressivo Maior ocorre com frequência (50-65%) em indivíduos com Transtorno de Pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com ambos os transtornos, a depressão precede o início do Transtorno de Pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno de Pânico.

Um subconjunto de indivíduos, alguns dos quais podem desenvolver como consequência um Transtorno Relacionado à Substância, tratam sua ansiedade com álcool ou medicamentos.

A comorbidade com outros Transtornos de Ansiedade também é comum, especialmente em contextos clínicos e em indivíduos com Agorafobia mais severa (Fobia Social tem sido relatada em 15-30% dos indivíduos com Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em 8-10%; Fobia Específica, em 10-20% e Transtorno de Ansiedade Generalizada, em 25%). O Transtorno de Ansiedade de Separação na infância tem sido associado com este transtorno.

Achados laboratoriais associados

Não foram descobertos achados laboratoriais diagnósticos de Transtorno de Pânico. Entretanto, diversos achados laboratoriais anormais têm sido observados em indivíduos com Transtorno de Pânico, em comparação com sujeitos-controle.

Alguns indivíduos com Transtorno de Pânico mostram sinais de alcalose respiratória compensada (isto é, diminuição dos níveis de dióxido de carbono e de bicarbonato com um pH quase normal). Ataques de Pânico em resposta à infusão de lactato de sódio ou inalação de dióxido de carbono são mais comuns no Transtorno de Pânico do que em outros Transtornos de Ansiedade.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas - taquicardia transitória e elevação moderada da pressão sanguínea sistólica podem ocorrer durante alguns Ataques de Pânico. Embora alguns estudos sugiram ser mais comum a presença de prolapso da válvula mitral e doença da tiróide entre

os indivíduos com Transtorno de Pânico do que na população geral, outros estudos não descobriram diferenças na prevalência.

Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Em algumas culturas, os Ataques de Pânico podem envolver intenso temor de bruxaria ou feitiçaria. O Transtorno de Pânico, tal como é descrito aqui, tem sido encontrado em estudos epidemiológicos no mundo inteiro.

Além disso, diversas condições incluídas no “Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura” (ver Apêndice I) podem estar relacionadas ao Transtorno de Pânico. Alguns grupos culturais ou étnicos restringem a participação de mulheres na vida pública, e isto deve ser diferenciado da Agorafobia.

O Transtorno de Pânico Sem Agorafobia é diagnosticado com o dobro da frequência, e o Transtorno de Pânico Com Agorafobia é diagnosticado com uma frequência três vezes maior no gênero feminino.

Prevalência

Estudos epidemiológicos no mundo inteiro indicam consistentemente que a prevalência do Transtorno de Pânico durante toda a vida (com ou sem Agorafobia) situa-se entre 1,5 e 3,5%. As taxas de prevalência anual estão entre 1 e 2%.

Cerca de um terço até metade dos indivíduos diagnosticados com Transtorno de Pânico em amostras comunitárias também têm Agorafobia, embora uma taxa muito superior de Agorafobia seja encontrada em amostras clínicas.

Curso

A idade de início para o Transtorno de Pânico varia muito, mas está mais tipicamente entre o final da adolescência e faixa dos 30 anos. Pode haver uma distribuição bimodal, com um pico ao final da adolescência e um segundo pico, menor, na metade

da casa dos 30 anos. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer. Descrições retrospectivas de indivíduos vistos em contextos clínicos sugerem que o curso habitual é crônico, porém flutuante. Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão neste intervalo, e outros podem ter uma sintomatologia severa contínua.

Embora a Agorafobia possa desenvolver-se a qualquer momento, seu início geralmente se situa dentro do primeiro ano da ocorrência de Ataques de Pânico recorrentes. O curso da Agorafobia e seu relacionamento com o curso dos Ataques de Pânico são variáveis. Em alguns casos, uma diminuição ou remissão dos Ataques de Pânico pode ser seguida de perto por uma diminuição correspondente na esquivas e ansiedade agorafóbicas.

Em outros, a Agorafobia pode tornar-se crônica, não importando a presença ou ausência de Ataques de Pânico. Alguns indivíduos afirmam serem capazes de reduzir a frequência dos Ataques de Pânico, evitando certas situações. Estudos naturalistas de seguimento de indivíduos tratados em contextos terciários (que podem selecionar um grupo de fraco prognóstico) sugerem que, em 6-10 anos pós-tratamento, cerca de 30% dos indivíduos estão bem, 40-50% melhoraram, mas ainda estão sintomáticos e os restantes 20-30% têm sintomas iguais ou ligeiramente piores.

Padrão Familiar

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno de Pânico têm uma chance quatro a sete vezes maior de desenvolverem Transtorno de Pânico. Entretanto, em contextos clínicos, observa-se que metade a três quartos dos indivíduos com Transtorno de Pânico não possuem um parente biológico em primeiro grau afetado. Estudos com gêmeos indicam uma contribuição genética para o desenvolvimento do Transtorno de Pânico.

Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Pânico não é diagnosticado se os Ataques de Pânico supostamente são uma consequência fisiológica direta de

uma condição médica geral, diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Médica Geral.

Exemplos de condições médicas gerais capazes de causar Ataques de Pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardíacas (arritmias, taquicardia supraventricular).

Testes laboratoriais apropriados (níveis de cálcio sérico para hiperparatireoidismo) ou exames físicos (para condições cardíacas) podem ser úteis para determinar o papel etiológico de uma condição médica geral. O Transtorno de Pânico não é diagnosticado se os Ataques de Pânico são considerados uma consequência fisiológica direta de uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento); neste caso, um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é diagnosticado.

A intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (cocaína, anfetaminas, cafeína ou *cannabis*) e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (álcool, barbitúricos) podem precipitar um Ataque de Pânico. Entretanto, se os Ataques de Pânico continuam ocorrendo fora do contexto de uso de uma substância (muito tempo depois de cessados os efeitos da intoxicação ou abstinência), um diagnóstico de Transtorno de Pânico deve ser considerado.

Características tais como início após os 45 anos de idade ou presença de sintomas atípicos durante um Ataque de Pânico (vertigem, perda da consciência, perda do controle urinário ou intestinal, cefaleia, fala arrastada ou amnésia) sugerem que uma condição médica geral ou uma substância podem estar causando os sintomas de Ataques de Pânico. O Transtorno de Pânico deve ser diferenciado de outros transtornos mentais (por ex., outros Transtornos de Ansiedade e Transtornos Psicóticos) que têm Ataques de Pânico como uma característica associada. Por definição, o Transtorno de Pânico caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (espontâneos, não evocados, “vindos do nada”).

Como foi discutido anteriormente, existem três tipos de Ataques de Pânico: inesperados, ligados a situações e predispostos por situações. A

presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, inicialmente ou mais tarde no curso, é exigida para o diagnóstico de Transtorno de Pânico.

Em contraste, os Ataques de Pânico que ocorrem no contexto de outros Transtornos de Ansiedade são ligados a situações ou predispostos por situações (por ex., na Fobia Social evocada por uma situação social; na Fobia Específica, evocada por um objeto ou situação; no Transtorno Obsessivo-Compulsivo evocado pela exposição a um objeto de uma obsessão [por ex., exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação]; no Transtorno de Estresse Pós-Traumático, evocado por estímulos que recordam o estressor).

O foco da ansiedade também ajuda a diferenciar o Transtorno de Pânico Com Agorafobia de outros transtornos caracterizados por comportamentos de esquiva. A esquiva agorafóbica está associada com o medo de ter um Ataque de Pânico, enquanto a esquiva em outros transtornos está associada com situações específicas (temores de escrutínio, humilhação e embaraço na Fobia Social; medo de altura, elevadores ou pontes na Fobia Específica; preocupações acerca da separação no Transtorno de Ansiedade de Separação; temores de perseguição no Transtorno Delirante).

A diferenciação entre Fobia Específica, Tipo Situacional, e Transtorno de Pânico Com Agorafobia pode ser particularmente difícil, porque ambos os transtornos podem incluir Ataques de Pânico e esquiva de tipos similares de situações (por ex., dirigir, voar, andar em transportes coletivos, locais fechados).

Prototipicamente, o Transtorno de Pânico Com Agorafobia caracteriza-se por iniciar pelo aparecimento de Ataques de Pânico inesperados e subsequente esquiva de múltiplas situações consideradas ativadoras dos Ataques de Pânico; já a Fobia Específica, Tipo Situacional, caracteriza-se pela esquiva de situações na ausência de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados. Algumas apresentações caem entre estes dois protótipos e exigem discernimento clínico na seleção do diagnóstico mais apropriado.

Quatro fatores podem ser úteis para este julgamento: o foco do medo, o tipo e número de Ataques de Pânico, o número de situações evitadas e o nível de ansiedade intercorrente. Por exemplo, um indivíduo, que

anteriormente não temia nem evitava elevadores, tem um Ataque de Pânico em um elevador e começa a ter medo de ir ao trabalho, em vista da necessidade de tomar o elevador para seu escritório, que fica no 24º andar.

Se este indivíduo depois passa a ter Ataques de Pânico apenas em elevadores (mesmo que o foco do medo seja o Ataque de Pânico), então um diagnóstico de Fobia Específica pode ser apropriado. Se, entretanto, o indivíduo experimenta Ataques de Pânico inesperados em outras situações e começa a evitar ou a suportar com pavor outras situações por medo de ter um Ataque de Pânico, então se indica um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

Além disso, a presença de uma apreensão global acerca de ter um Ataque de Pânico, mesmo sem previsão de exposição a uma situação fóbica, também apoia um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia. Se o indivíduo tem Ataques de Pânico adicionais inesperados em outras situações, mas não desenvolve adicionalmente uma esquiva ou tolerância apavorada a elas, então o diagnóstico apropriado é de Transtorno de Pânico Sem Agorafobia.

Se o foco da esquiva não está relacionado ao medo de ter um Ataque de Pânico, mas envolve alguma outra catástrofe (por ex., ferimentos devido a um possível rompimento dos cabos do elevador), então um diagnóstico adicional de Fobia Específica pode ser considerado. Da mesma forma, a distinção entre Fobia Social e Transtorno de Pânico Com Agorafobia pode ser difícil, especialmente quando existe esquiva apenas de situações sociais. O foco do medo e o tipo dos Ataques de Pânico podem ser úteis para esta distinção. Por exemplo, um indivíduo que anteriormente não exibia medo de falar em público tem um Ataque de Pânico ao proferir uma palestra e começa a ter medo de falar em público.

Se este indivíduo depois passa a ter Ataques de Pânico apenas em situações de desempenho social (mesmo que o foco do medo esteja na possibilidade de ter um outro Ataque de Pânico), então um diagnóstico de Fobia Social pode ser apropriado. Se, entretanto, o indivíduo continua experimentando Ataques de Pânico inesperados em outras situações, então um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia é indicado.

Os indivíduos com Fobia Social temem o escrutínio e raramente sofrem um Ataque de Pânico quando estão sozinhos, ao passo que os indivíduos com Transtorno de Pânico Com Agorafobia podem sentir-se mais ansiosos em situações em que devem permanecer sem uma companhia confiável. Além disso, Ataques de Pânico noturnos que despertam o indivíduo são característicos do Transtorno de Pânico.

Quando são satisfeitos os critérios tanto para Transtorno de Pânico, quanto para outro Transtorno de Ansiedade ou Transtorno do Humor, ambos os transtornos devem ser diagnosticados. Entretanto, se Ataques de Pânico inesperados ocorrem no contexto de um outro transtorno (por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno de Ansiedade Generalizada), mas não são acompanhados, por 1 mês ou mais, de medo de ter ataques adicionais, preocupações associadas ou alteração comportamental, o diagnóstico adicional de Transtorno de Pânico não é feito.

Uma vez que os indivíduos com Transtorno de Pânico podem medicar seus sintomas, Transtornos Relacionados a Substâncias Comórbidas (mais notadamente relacionados a *cannabis*, álcool e cocaína) não são incomuns.

Critérios Diagnósticos para F40.0 - 300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia

A. (1) ou (2):

- (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados
- (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais), com uma (ou mais) das seguintes características:
 - (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
 - (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, “ficar louco”)
 - (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

B. Ausência de Agorafobia

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno

mental, como Fobia Social (ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Critérios Diagnósticos para F40.01 - 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia

A. (1) e (2)

- (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.
- (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) com uma (ou mais) das seguintes características:
 - (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
 - (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, “ficar louco”)
 - (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.

B. Presença de Agorafobia

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Critérios Diagnósticos para F40.00 - 300.22

Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico

- A. Presença de Agorafobia relacionada ao medo de desenvolver sintomas de pânico (por ex., tontura ou diarreia).
- B. Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Pânico.
- C. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.
- D. Na presença de uma condição médica geral associada, o medo descrito no Critério A excede claramente aquele em geral associado com a condição.

Os sintomas físicos ansiosos comumente associados à suspeita de enfermidade somática são classificados em três categorias:

1. **tensão motora:** tremores, espasmos, tensão ou dores musculares, inquietação, fadiga fácil;
2. **hiperatividade autonômica:** falta de ar ou sufocação, palpitações ou taquicardia, sudorese ou mãos úmidas, boca seca, tonturas ou vertigens, náuseas, diarreia, calorões ou arrepios, polaciúria, dificuldade de deglutir;
3. **hipervigilância/ hiperalerta:** dificuldade de concentração, “branco na cabeça”, irritabilidade, sobressalto, nervosismo, dificuldades em adormecer e manter o sono.

Muitos aspectos das enfermidades clínicas somáticas e seus tratamentos podem causar ansiedade, dependendo da história do paciente, capacidade de suportar o sofrimento e a dor, rede de apoio psicossocial e tarefas específicas de ajuste associadas a tal condição médica. É essencial começar

com perguntas gerais e amplas sobre reações ao diagnóstico, experiências com as terapias propostas ou relacionadas e principais preocupações. Alguns pacientes podem sentir que a doença é uma punição, outros podem usá-la como um foco de organização para necessidades de dependência afetiva não satisfeita. O profissional de saúde deve tentar compreender o significado do adoecer em cada paciente.

Preocupações previsíveis e mais profundas são comuns e o profissional de saúde deve ouvi-las nas discussões com o paciente. Os exemplos incluem medo da dor, abandono, dependência, falta de aceitação social, perda de controle ou função e morte. Indagar sobre tais preocupações profundas muito direta e prematuramente, entretanto, pode aumentar a ansiedade do paciente. O julgamento clínico é soberano. Garantir ao paciente que ele não será abandonado, por exemplo, não requer reconhecimento específico desse medo.

O profissional de saúde também deve avaliar se o nível de ansiedade do paciente corresponde à adaptação ou sinaliza a necessidade de um tratamento específico. Enfim, os pacientes também se sentem ansiosos em relacionar-se com o profissional de saúde, diante da expectativa da efetividade do tratamento proposto e do sistema de assistência à saúde, em razão de experiências prévias de abuso ou negligência e de influências socioculturais.

Entretanto, há razões para o profissional de saúde da atenção primária hesitar em discutir um tema que cause ansiedade num paciente em particular: (1) o profissional de saúde atarefado está algumas vezes preocupado com o fato de que tais discussões possam ocupar muito seu tempo; (2) o profissional de saúde consciente pode sentir-se “responsável” pela resolução do problema. Poucos pacientes, entretanto, esperam que esse profissional de saúde encontre uma solução. Eles ficam profundamente gratos a quem possa ouvi-los.

As abordagens clínicas úteis para pacientes ansiosos,

descritas a seguir, podem ser aplicadas após a exclusão de etiologias orgânicas somáticas, cerebrais, intoxicações ou síndrome de abstinência e revisão da história psiquiátrica:

1. ouvir, de forma calma, responsiva, não direta; sem pressa para resolver o problema;
2. explorar o significado do adoecer para o paciente;
3. direcionar as razões conscientes para a ansiedade por orientação direta, enquanto continua a ouvir outras preocupações;
4. compreender que pode ser difícil para o paciente identificar a causa imediata da ansiedade, mas que a vontade do profissional de saúde em ouvir pode ser diretamente confortadora;
5. avaliar se a ansiedade está fora de proporção com a situação e considerar consulta psiquiátrica;
6. oferecer suporte, por meio de conversas continuadas, seguimento pela rede natural de apoio psicossocial, tentando abordar preocupações no momento que são identificadas, e considerar abordagens farmacológicas quando indicadas.

2.3 Transtornos por uso/abuso de álcool e drogas na atenção primária

A alta prevalência de transtorno do uso de substâncias na comunidade se constitui em importante problema de saúde pública. A maior parte das pesquisas aponta a presença de associação entre transtornos do uso de substâncias e criminalidade. É alta a proporção de atos violentos quando álcool ou drogas estão presentes entre agressores e suas vítimas, ou em ambos. A variabilidade dos efeitos provocada pelas drogas e álcool em diferentes indivíduos sugere a contribuição de fatores orgânicos, socioculturais e de personalidade. Os transtornos por uso de substâncias psicoativas exercem considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e a

comunidade, determinando prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas econômicas e, muitas vezes, chegando a problemas legais. Vários estudos assinalam a associação entre transtorno do uso de substâncias psicoativas e violência doméstica, acidente de trânsito e crime (Chalub M & Telles LEB, 2006).

A experiência com a atenção a usuários de álcool e drogas coloca o enfermeiro e o médico face a face com inúmeros desafios. São eles:

1. Em primeiro lugar, trabalhar numa perspectiva diferente daquela aprendida na formação acadêmica, altamente prescritiva e centrada na doença.
2. Em segundo lugar, enfrentar a sua própria ansiedade, insegurança, preconceito e até incapacidade para lidar com o usuário de álcool e drogas.
3. Em terceiro lugar, programar atividades com base em políticas ministeriais que ainda não estão consolidadas na região, nem valorizadas pelos gestores locais.
4. Em quarto lugar, criar protocolos de atendimento que permitam o monitoramento e avaliação de ações de saúde desenvolvidas junto ao usuário de álcool e drogas na região.
5. Em quinto lugar, trabalhar em equipe e em rede, de forma a assegurar a integralidade da assistência.

Diante da relevância que o problema de álcool e outras drogas assume para saúde pública, considera-se que o preparo de profissionais de saúde para atuar junto a esta clientela deva ocorrer em toda a rede de saúde. Esta capacitação deve privilegiar uma abordagem transversal e interdisciplinar dos problemas vivenciados em cada local de trabalho, pois, quando ocorre uma aprendizagem significativa, o profissional de saúde atua de forma mais criativa e engajada (Gonçalves e Tavares, 2007).

É de fundamental importância para os usuários de álcool e drogas e seus familiares o apoio oferecido na comunidade pelos Alcoólicos Anônimos - A.A. e Narcóticos Anônimos - N.A.; portanto, devem-se encorajar os encaminhamentos de pacientes a esses grupos.

2.4 A questão da cessação do tabagismo na atenção primária

Amorbimortalidade por uso do tabaco pode ser inteiramente preventiva. Além disso, os benefícios para a saúde que o abandono do tabagismo traz são enormes e incluem diminuição do risco de câncer de pulmão, outros tipos de câncer, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica, infertilidade, úlcera péptica e cicatrização mais lenta.

Apesar das consequências negativas do tabagismo, a dependência de tabaco não tem sido tratada consistente e eficazmente. Há evidências científicas abundantes da eficiência e custo-benefício dos tratamentos para cessação do tabagismo.

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

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

Seção 3 - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MATO GROSSO DO SUL

A rede de atenção em saúde mental em Mato Grosso do Sul está centrada em estratégias de base comunitária: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia, Ambulatório, Residência Terapêutica e Saúde Mental na Atenção Básica, incluindo os Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF). Outras estratégias complementam a assistência à saúde mental no estado, como hospitais psiquiátricos, leitos em hospitais gerais e leitos exclusivos para atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A organização da rede de atenção em saúde mental tem o encargo de responder pela necessidade de cada localidade, considerando o Plano Diretor Regional (PDR) de MS, dividido em três macrorregiões e onze microrregiões para os 78 municípios, aprovado em abril de 2007 - Resolução nº 789/SES/MS. (Acesse a Resolução na biblioteca do módulo).

As regiões do estado com baixos índices socioeconômicos (assentamentos, predomínio da população indígena e comunidades de trabalhadores sazonais no perímetro sucroalcooleiro) terão prioridade na implantação de serviços de saúde mental, obedecendo ao princípio de equidade.

Entendendo a saúde como direito do cidadão e dever do estado, os serviços substitutivos devem constituir uma rede pública, destinada ao atendimento de qualquer cidadão que os procure. A rede inclui-se na construção e no avanço do SUS.

Objetivo Geral

- Reorientar o modelo assistencial hospitalocêntrico, criando uma rede pública de serviços de pequena e média complexidade, para atendimento psicossocial de base territorial.

Objetivos Específicos:

- Estimular a reestruturação e expansão da rede pública de assistência em saúde mental, promovendo ações no âmbito da SES/MS e dos municípios, com a finalidade de garantir o acesso à população sul-mato-grossense a uma ampla rede pública de atenção psicossocial, extra-hospitalar municipal;
- Consolidar a sistemática de alocação de recursos financeiros nos municípios, aperfeiçoando uma metodologia de alocação que garanta a ampliação da oferta assistencial extra-hospitalar na atenção primária e nos CAPS;
- Estimular a formação de fóruns municipais e regionais de integração dos Programas Municipais de Saúde Mental;
- Promover, em conjunto com os programas municipais, a garantia dos direitos fundamentais das pessoas direta ou indiretamente envolvidas em situação de risco psicossocial;
- Promover a melhora da gestão dos programas e ações municipais de saúde mental;
- Ampliar as ações do Programa de Educação Continuada para o Atendimento Psicossocial;
- Ampliar e aprimorar ações de qualificação e atualização de recursos humanos no sistema de saúde mental, através de supervisão regular, cursos de extensão, programas de avaliação continuada, fóruns de discussões temáticas etc.;
- Incentivar projetos de parcerias entre as universidades e a rede pública de saúde, voltadas para a formação de recursos humanos em sintonia com a nova concepção de assistência em saúde mental;
- Fortalecer as ações de apoio técnico aos gestores municipais de saúde mental para análise da adequação

e suficiência das ações e procedimentos referentes à atenção em saúde mental nos níveis hospitalar e extra-hospitalar;

3.1 Organização da Atenção a Saúde Mental em Mato Grosso do Sul

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demanda dos municípios. Essa rede pode contar com ações de saúde mental na atenção primária, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), leitos em hospitais gerais e ambulatorios. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.



VAMOS SABER MAIS!

Os dados referentes à capacidade instalada em saúde mental em Mato Grosso do Sul - dados quantitativos e devidos endereços - encontram-se na biblioteca deste módulo.

A equipe de saúde mental deverá ser constituída por um psicólogo ou psiquiatra, necessariamente, e um terapeuta ocupacional e/ou um assistente social e deve estar articulada, preferencialmente, ao CAPS, onde houver, ou a outro serviço de saúde mental de referência.

Referência: Portaria GM nº 157, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

Decreto Estadual nº 12 574, de 26 de junho de 2008, que repassa incentivos financeiros aos NASF para atender os municípios que não preenchem os requisitos do Ministério da Saúde.

3.1.1 Ambulatórios de Saúde Mental

Os ambulatórios de saúde mental prestam assistência às pessoas com transtornos mentais menores e são referências para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem sido baixa. A maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes. Entendemos que é necessária uma reformulação desse modo de funcionamento, discutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes no componente ambulatorial, ou seja, os procedimentos do sistema SIA: consultas de psiquiatra, psicodiagnóstico, terapias em grupo, terapias individuais. Trata-se de consultas avulsas e remuneradas pelo SUS, porém de baixa articulação com o sistema, regulação apenas administrativa e efetividade de difícil avaliação.

Normatização da portaria 224, de 1992

3.1.2 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar

atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Anexo I.

Oferecem, dentre outros recursos terapêuticos, atendimentos individuais e em grupo; atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas e visitas domiciliares. Devem ainda manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Para o atendimento à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um continente estruturado, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultório, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaços de convivências;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços ultrapassam a própria estrutura física, em busca de rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Tipos de CAPS

CAPS I - Para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes - atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

CAPS II - Para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes - atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; podem ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas.

CAPS III - Para municípios com população acima de 200.000 habitantes - funcionam 24 horas, inclusive nos finais de semana, com atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes (no máximo 5 leitos).

CAPS i - Para municípios com população acima de 200.000 habitantes - atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais; podem ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas.

CAPS ad - Para municípios com população acima de 100.000 habitantes - atendimento de usuários de álcool e outras drogas; podem ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Com o intuito de implantar, implementar e apoiar as ações desenvolvidas pelos CAPS, o Governo do Estado, através da Secretaria de Saúde, criou o decreto nº 12.573, de 26 de junho de 2008, que dispõe sobre repasse de recurso de incentivo para os municípios com o serviço implantado.

Referência: Portaria(GM) nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 - estabelece as modalidades dos CAPS.

Portaria (SAS) nº 189, de 20 de março de 2002 - inclui no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo-APAC-SAI - inclui na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-

FAEC.

Portaria (GM) nº 245 de 17 de fevereiro de 2005 - destina incentivo financeiro para os municípios que estão em processo de implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

Portaria GM nº 1169, de 7 de julho de 2005 - destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

3.1.3 Serviços Residências Terapêuticos - SRTs

São residências localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. O número de usuários em cada SRT pode variar de uma pessoa até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, devendo contar com suporte profissional sensível às demandas e necessidade de cada um. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios.

Referência: Portaria Nº 106, de 2000 - introduz os SRTs no âmbito do SUS
Portaria nº 1220, de 2000 - institui os códigos e procedimento do SAI/SUS para preenchimento dos laudos e das APACs.

Portaria (GM) nº 246, de 17 de fevereiro de 2005 - destina incentivo financeiro para os municípios que estão em processo de implantação Serviços Residências Terapêuticos.

3.1.4 Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral

É uma alternativa que ajuda a assegurar assistência 24 horas, principalmente em municípios de menor porte.

Outras situações de leitos em hospital geral são os atendimentos de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas - síndrome de abstinência alcoólica, overdose - e dependente de outras drogas em hospitais psiquiátricos. Novos procedimentos com valor financeiro maior e menor tempo de internação foram criados para atuarem em hospitais cadastrados. Esses serviços podem ser oferecidos somente por hospitais gerais e poderão contar com no máximo 16 leitos.

Referência: Portaria GM nº 1674, de 9 de setembro de 2005 - define normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad.

3.1.5 Hospital Psiquiátrico - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria - PNASH/P

É um instrumento de avaliação que permite aos gestores ter um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS.

Referência: Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - institui critérios para assistência em hospitais psiquiátricos compatível com as normas do SUS.

Portaria GM nº 53, de 20 de março 2004 - cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

3.1.6 Supervisão Clínico-Institucional

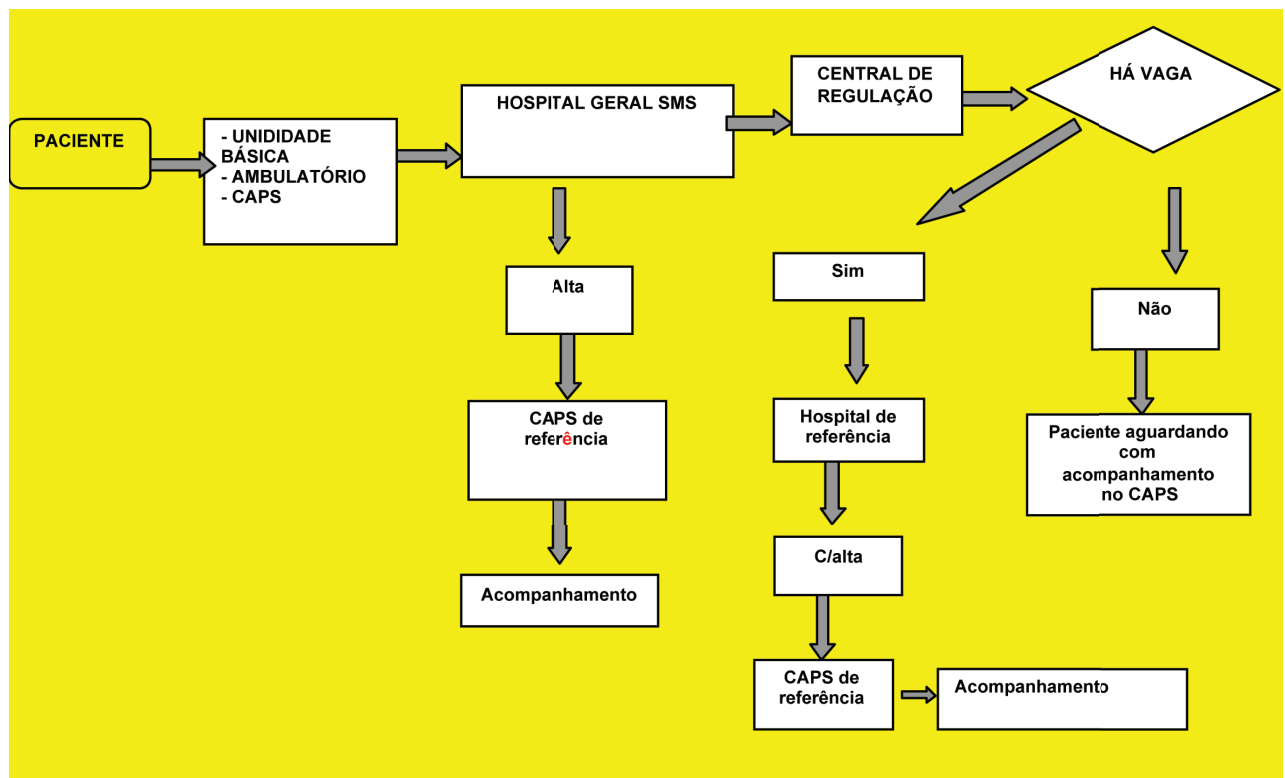
No processo de mudança do modelo assistencial, é indispensável assegurar às equipes dos CAPS, ambulatórios, serviços de saúde mental em hospitais gerais e atenção

primária, especialmente àquelas que se encarregam da atenção a pacientes com transtornos mentais severos, um mecanismo de supervisão das atividades terapêuticas e de gestão desenvolvidas. A supervisão, além de prover orientação técnica para equipes, também auxilia na discussão da dinâmica de interação da própria equipe, e da equipe com o território, sendo ainda um valioso dispositivo de aperfeiçoamento da gestão e de apoio à equipe terapêutica nos aspectos relacionados à tensão laboral. É recomendável que todos os CAPS tenham pelo menos uma supervisão quinzenal, sendo desejável a supervisão semanal.

Referência: Portaria GM nº 1174, de 7 de julho de 2005 - destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial.

Portaria GM nº 678, de 30 de março de 2006 - Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.

Figura 2 - FLUXOGRAMA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM MATO GROSSO DO SUL



Conheça um pouco dos dados referentes à saúde mental no estado e no Brasil. Observa-se uma escassez de informações, não sendo possível fornecer dados atualizados de causas e de informações.

Tabela 1 - Número de hospitais psiquiátricos,leitos SUS e indicador leitos por 1000 habitantes.

UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	% leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º SP	40.442.795	58	13.089	31,97	0,32
2º RJ	15.383.407	41	7.960	19,44	0,52
3º PE	8.413.593	16	3.293	8,04	0,39
4º MG	19.237.450	21	3.046	7,44	0,16
5º PR	10.261.856	17	2.648	6,47	0,26
6º GO	5.619.917	11	1.303	3,18	0,23
7º BA	13.815.334	9	1.264	3,09	0,09
8º CE	8.097.276	8	1.120	2,74	0,14
9º RS	10.845.087	6	911	2,23	0,08
10º AL	3.015.912	5	880	2,15	0,29
11º MA	6.103.327	4	822	2,01	0,13
12º RN	3.003.087	5	819	2,00	0,27
13º PB	3.595.886	6	801	1,96	0,22
14º SC	5.886.568	4	800	1,95	0,14
15º ES	3.408.365	3	620	1,51	0,18
16º PI	3.006.885	2	400	0,98	0,13
17º SE	1.967.791	3	380	0,93	0,19
18º MS	2.264.468	2	200	0,49	0,09
19º TO	1.305.728	1	160	0,39	0,12
20º AM	3.232.330	1	126	0,31	0,04
21º MT	2.803.274	2	117	0,29	0,04
22º DF	2.333.108	1	74	0,18	0,03
23º PA	6.970.586	1	56	0,14	0,01
24º AC	669.736	1	53	0,13	0,08
Total	181.683.766	228	40.942	100	0,23

Fonte: Coordenação de Saúde Mental / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, população 2005

Esta tabela apresenta o número de leitos hospitalares psiquiátricos em 2005.

No estado segundo dados da SES de Mato Grosso do Sul, existem 22 Centros de Atenção Psicossocial, distribuídos nos municípios, dados referentes ao ano de 2009. A rede hospitalar para assistência à população com problemas mentais é composta por 6 hospitais (SES, MS, 2009).

Das internações ocorridas naquele ano, 2% das internações foram por causas psiquiátricas (3164), na região centro oeste

2,3% das internações foram por causas psiquiátricas. O tempo médio de internação foi de 26,3 dias (SIH.SUS, 2009), não diferindo muito da média de permanência no Centro Oeste que foi de 30 dias. A maior parte das internações ocorreu na faixa etária de 15 a 64 anos, semelhante à região Centro Oeste.

Tabela 2 - Internação por região segundo lista de morbidade CID 10- cap V. Período de jan a março de 2006.

Lista Morb CID10 – Cap. V	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total	% Total
F00-F03	60	204	1.123	244	92	1.723	1,7
F10	129	2.954	9.349	5.106	1.557	19.095	18,88
F11-F19	55	1.188	2.945	2.029	550	6.767	6,69
F20-F29	1.035	13.794	23.545	5.367	3.063	46.804	46,27
F30-F39	377	2.135	5.493	3.734	1.238	12.977	12,83
F40-F48	9	99	408	169	61	746	0,74
F70-F79	47	714	2.994	146	71	3.972	3,93
F04-F09; F50-F69; F80-F89	117	1.480	5.356	1.549	564	9.066	8,96
TOTAL	1.829	22.568	51.213	18.344	7.196	101.150	100

Fonte:SIH/SUS

Esta tabela apresenta as principais causas de internações, classificadas pelo CID 10, por região.



VAMOS SABER MAIS!

Conheça classificação dos transtornos mentais.

Tabulação para morbidade da CID10 : Transtornos mentais e comportamentais F00-F99

Demência F00-F03

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool F10

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas F11-F19

Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes F20-F29

Transtornos de humor [afetivos] F30-F39

Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes F40-F48

Retardo mental F70-F79

Outros transtornos mentais e comportamentais F04-F09, F50-F69, F80-F99

Fonte: Saúde Mental em dados. MS, 2006

Tabela 3 - Internações em Hospitais psiquiátricos em Mato Grosso do Sul

Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saúde - Mato Grosso do Sul	
Hospitais Psiquiátricos por Município	
Período:Jan/2011	
Município	Internações
Anastácio	1
Bataguassu	1
Campo Grande	32
Cassilândia	3
Costa Rica	3
Coxim	1
Dourados	5
Inocência	1
Jateí	1
Maracaju	1
Mundo Novo	2
Nova Andradina	14
Paranaíba	3
Pedro Gomes	1
Ribas do Rio Pardo	1
Rio Brilhante	3
Rio Verde de Mato Grosso	1
São Gabriel do Oeste	1
Sete Quedas	1
Vicentina	1
Total	77

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se você se interessou pelo assunto, não deixe de discutir o tema com seu tutor, seus colegas de grupo, seus tutores especialistas e sua equipe de saúde da família, que podem sugerir-lhe leituras complementares, bem como colaborar com propostas de ações em saúde mental na sua prática na equipe da atenção primária.

Essencial é entender o indivíduo portador de problemas mentais como um ser humano, com suas vivências, com seus problemas, com demandas que vão além da medicação utilizada. A equipe precisa desenvolver habilidades para acolhê-lo como um ser humano sujeito a distúrbios físicos como qualquer outra pessoa. A Política de Saúde Mental veio para, além de atender este indivíduo, buscar a integração desta pessoa dentro de sua família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P, Giovanella, L. **O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental.** In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 1994, p.p. 113-46.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida - A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cru,1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília,2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional para os distúrbios neurológicos.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em dados.** Brasília, 2006.

BRÊDA, MZ, Rosa, WAG, Pereira, MAO, Scatena, MCM. **Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família.** Rev. Latino-am. Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):450-2.

CHALUB, M & TELLES, LEB, 2006. **Álcool, drogas e crime**. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28 (Suplemento II): S69-73.

CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. 351p.

COFTA-GUNN, L, WRIGHT, K.L, WETTER, D.W. **Evidence-Based Prev Med**; 2004; 1 (1):7-19.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P., organizador. Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.p. 141-68.

DALGALARRONDO, PAULO. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

DEVERA, Disete, COSTA-ROSA, Abílio. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ed., rev. Trad. Claudia Dornelles. Porto Alegre : Artes Médicas, 2002. 880p.

GONÇALVES, SSPM, TAVARES, CMM. **Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares**. Escola Anna Nery Revista Enfermagem: 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.

MIRANDA-SÁ, LUIZ SALVADOR JR. **Compêndio de Psicopatologia & Semiologia Psiquiátrica**. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

MIRANDA-SÁ, LUIZ SALVADOR JR. **O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?** Rio de Janeiro: ABP Ed., 2010.

MLADENOVIC, J. **Segredos em atenção primária: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos** (trad. Jacques Vissoky). Porto Alegre: ArtMed, 1997.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **A introdução de um componente de Saúde Mental na Atenção Primária.** Genebra, 1990.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária.** In: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2008 mar; 12 (1): 173 - 8.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 71 - 77, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Anexos

Anexo 1- Endereço dos Caps em MS.

ENDEREÇOS DOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES/ HOSPITALARES - SAÚDE MENTAL

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

Gerência Técnica de Saúde Mental

GERÊNCIA DA SAÚDE MENTAL
AV. DOS POETAS- PARQUE DOS PODERES, BLOCO 07
CAMPO GRANDE - MS
CEP: 79.031-902
TELEFONE: 67- 3318-1738
GERENTE: MIRIAM SENGHI SOARES
EMAIL: sdmental@saude.ms.gov.br

ENDEREÇOS EXTRA-HOSPITALARES:

1- AQUIDAUANA

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA TORO NAKAYAMA, 1065.
79.200-000 - BAIRRO CIDADE NOVA
TELEFONE: (67) 3241 - 9994
COORDENAÇÃO: GISELLE VALKIRIA TADA DE M. PINHEIRO
EMAIL: caps_aquidauana@yahoo.com.br

2- APARECIDA DO TABOADO -

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “TIÃO LAPA”
RUA: 1º DE MAIO, 948 - VILA DOURADO
CEP: 79.570.000
TELEFONES: 67- 3565-6147 / 8113-4341
COORDENAÇÃO: CRISTINA MARIA DE FREITAS PIRES
EMAIL: cristinafpires@globo.com
caps_tiaolapa@yahoo.com.br

3- BELA VISTA

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RUA ANTÔNIO JOÃO, 494.
79.260-000 - CENTRO
TELEFONES: (67) 3932-1024; CELULAR 9939-7288
COORDENAÇÃO: KASSIANE KARLA BARBOSA
EMAIL: kassianekarla@gmail.com

4 -BATAGUASSU:

CAPS I - VIVER A VIDA
RUA: RIO VERDE N° 260, JD. SANTA MARIA
CEP: 79.780-000
TELEFONE: (67) 3541-1749
COORDENADORA: MARIA CRISTINA DOS ANJOS ARAGÃO
E-mail: capsviveravida@hotmail.com
Orkut: CAPS Viver a Vida

5 - BONITO

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “DOCEMENTE”
RUA: GERALDO LEITE, ESQ. COM A RUA 29 DE MAIO
CEP: 79.290.000
TELEFONE: 67- 3255-2125
COORDENAÇÃO: MELISSA CAROLINA MACEDO
EMAIL: capsbonitoms@hotmail.com

6 - CAMPO GRANDE

COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL
RUA: BAHIA, 280
CEP: 79.002.530 - CENTRO
TELEFONES: 67- 3314-3348 ou 3314-3098
COORDENAÇÃO: DR. FABIO PAES
EMAIL: saudemental.sesau@pmcg.ms.gov.br

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA ITAMBÉ, 2939
79 022-127 - VILA MARGARIDA
TELEFONE: (67) 3314-3144
GERÊNCIA: JOANA D’ARC DOS SANTOS PASSARELLI
EMAIL: joana_psicologa@hotmail.com.br

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “AFRODITE DORIS DI CONTIS”
RUA MONTE PASCOAL N°. 366 - VILA PLANALTO
TELEFONES: (67) 3314 3185 / 3314-3188/3314-3187

GERÊNCIA: FLORA DA COSTA RAIMUNDO
EMAIL: flora_cr@hotmail.com e caps2planalto@pmcg.ms.gov.br

CAPSi - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL
TRAVESSA ANA VANI, 44 JARDIM DOS ESTADOS.
CEP- 79.020-281
TELEFONES: (67) 3314 3874 / 3314 3952
GERÊNCIA: ROSELI LUIZ SOUZA GAIOZO
EMAIL: caps1.sesau@pmcg.ms.gov.br

CAPS AD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
- “Dra. FATIMA DE MEDEIROS”
RUA: JOAQUIM MURTINHO, 1786.
79.003-970 - VILA ANTÔNIO VENDAS
TELEFONES: (67) 3314 3756 / 3314-3280
GERÊNCIA: MARIA BEATRIZ ALMEIDINHA MAIA
EMAIL: mbeatrizmaia@yahoo.com.br e capsad@pmcg.ms.gov.br

CAPS I
RUA SEBASTIÃO LIMA Nº 1.323 .B. MONTE LÍBANO.
TELEFONES: (67)-3314-9964/9963
GERÊNCIA: DANIELY MORAES SOUZA
EMAIL: cappt.sesau@pmcg.ms.gov.br

CAPS III - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA: RAQUEL DE QUEIROZ S/N, BAIRRO AERO RANCHO
TELEFONES: (67) 3314-6415 / 3314-6418
GERÊNCIA: ANGÉLICA JADO CHAGAS
EMAIL: caps3@pmcg.ms.gov.br

7 - COXIM

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA; ZACARIAS MOURÃO, S/N, VILA SÃO PAULO
CEP. 79.400.000
TELEFONES: (67) 3291- 4052 / 9962-4859
COORDENAÇÃO: LARISSA ESCOBAR BUENO BELTRÃO
EMAIL: laribeltrao@gmail.com.br

8 - CASSILÂNDIA

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA : JOÃO CRISTINO DA SILVA, 642.

79.540-00 - CENTRO
TELEFONE: (67) 3596 - 2291
COORDENAÇÃO: FABIANA CRISTINA DA SILVA
EMAIL: capscassilandia_ms@hotmail.com

9 - CORUMBÁ

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “ JOSÉ FRAGELLI”
RUA 7 DE SETEMBRO 1064
79.300-00 - CENTRO
TELEFONE: (67) 3907- 5275
COORDENAÇÃO: JONEIZE SELESQUE COSTA
email:joneize@hotmail.com

CAPSad - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
RUA: CABRAL. Nº 1.208
CEP- 79.332-030
TELEFONES: 8133-0575, COORDENADORA; (67) 3907-5427
COORDENAÇÃO: SILVIA SEGÓVIA ARAÚJO FREIRE
EMAIL: caps.ad.corumba@hotmail.com e silvinha.s.f@bol.com.br

10 - DOURADOS

CAPS AD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
RUA: HILDA BERGO DUARTE, 865 - CENTRO.
CEP- 79.802-021
TELEFONE: (67) 3411-7778
COORDENAÇÃO: ROSANE APARECIDA SOARES MARQUES
EMAIL: rosanesoaresmarques@hotmail.com

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA EDIBERTO CELESTINO, 1715.
79.810-130 - VILA HELENA
TELEFONE: (67) 3411-7175
COORDENAÇÃO: ROSANE APARECIDA SOARES MARQUES
EMAIL: rosanesoaresmarques@hotmail.com
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA
R: PONTA PORÃ, 3010
TELEFONE: 67- 3411-7785

11 - NOVA ANDRADINA

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
AV. IVINHEMA, 1143

79.750-00 - CENTRO
TELEFONE: (67) 3441- 5176
COORDENAÇÃO: VERA LUCIA MARTINEZ BATTISTETTI
EMAIL: battistetti@br.turbo.com.br

12 - PARANAÍBA

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA: VALMIR LOPES CANÇADO, 181.
79.500-000 - BAIRRO SANTO ANTÔNIO
TELEFONES: (67) 3669-0075 e 8122-4813
COORDENAÇÃO: KATIUSCIA CRISTINA FREITAS SILVA
EMAIL: kat_jiujitsu@hotmail.com

13 - PONTA PORÃ

CAPS ad - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
AVENIDA BRASIL, 3759
79.900-00 - CENTRO
TELEFONES: (67) 3431-8423; CELULAR: 8402-4851
COORDENAÇÃO: TATHYANNE SANCHES ORLANDO
EMAIL: tathy_sanches@hotmail.com

14 - SÃO GABRIEL DO OESTE

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA: DOS CANÁRIOS, 959.
79.490-000 - JARDIM GRAMADO
TELEFONE: (67) 8457-3355
COORDENAÇÃO: ALINE PIATTI
EMAIL: aline_piatti@hotmail.com

15 - SIDROLÂNDIA

CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RUA: TARGINO DE SOUZA, 270.
79.170-000 - CENTRO
TELEFONE: (67) 3272-7466
COORDENAÇÃO: ROSINEI CORREA GUEDES
Email: capsi@sidrolandia.ms.gov.br

16 - TRÊS LAGOAS

CAPS II - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
AVENIDA CLODOALDO GARCIA, 1332. CENTRO
79.630-000 - VILA HARO

TELEFONE: (67) 3929 - 9897
COORDENAÇÃO: LUCIANA ASSI DE LIMA
EMAIL: caps@treslagoas.ms.gov.br

CAPS AD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
RUA: BRUNO GARCIA, 3172 - JARDIM PRIMAVERIL
TELEFONE: 67 - 3929-1783
COORDENAÇÃO: MARTA MARIA MANTEIGA DOMINGUES DA COSTA
EMAIL: martammdcosta@hotmail.com

ENDEREÇOS HOSPITALARES:

HOSPITAL NOSSO LAR
RUA: DR. BEZERRA DE MENEZES, 325
VILA PLANALTO - CAMPO GRANDE/MS
CEP: 79.009.130
DIRETOR ADMINISTRATIVO: SILVIO PEREIRA DE MOURA
EMAIL: rh@hospitalnossolar.com.br
silviohnl@hotmail.com

HOSPITAL DE PARANAÍBA “Dr. Adolfo Bezerra de Menezes”
RUA: JOSÉ RODRIGUES FERRAZ, 1001
CEP: 79.500.000
DIRETOR GERAL: DIOMÁRIO FAUSTINO DIAS BARROS
EMAIL: hosppsiq@netsite.com.br

LEITOS EM HOSPITAIS GERAIS

Associação Beneficente de Campo Grande - Santa Casa
Rua Eduardo Santo Pereira, 88 - Setor Psiquiatria
Tel: 67 3322 4000
CEP 79 002-251 - Centro
Campo Grande - MS

Hospital Regional do Mato Grosso do Sul - “Rosa Pedrossian”
Avenida Marechal Deodoro, 2603 - Setor Psiquiatria
Tel: 67 3378 2500
CEP 79 092-000 - Aero Rancho
Campo Grande - MS

Hospital Universitário
Rua Gerônimo Marques Matos, s/nº
Tel: 67 3426 5000
CEP 79 823-855
Dourados - MS

Hospital Nossa Senhora Auxiliadora
Avenida Rosário Congro, 1533
Tel: 67 2105 3500
CEP 79600-008
Três Lagoas - MS

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Marcos Paulo dos Santos de Souza



ISBN 978-85-7613-330-8



9 788576 133308

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

