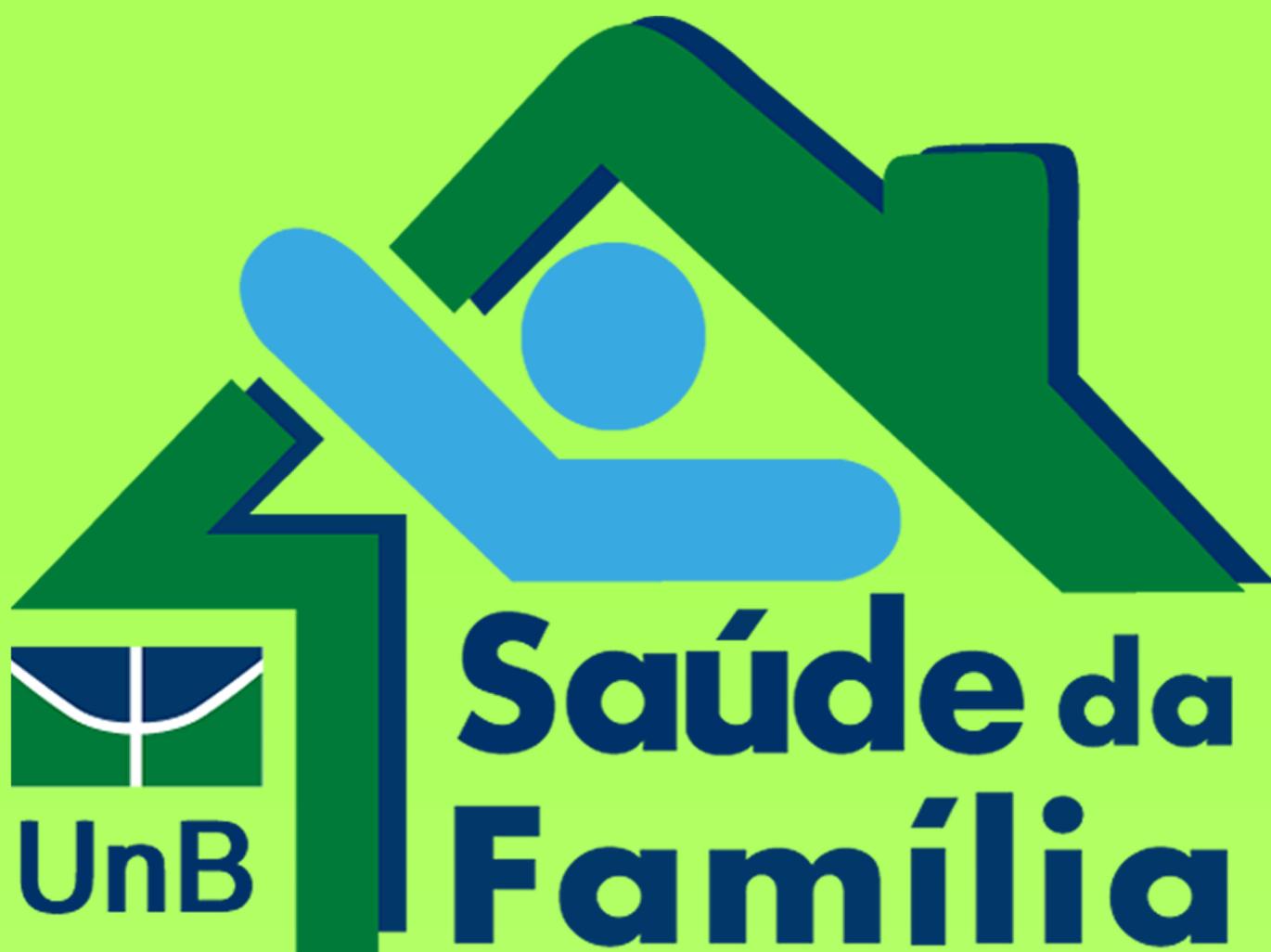


Curso de Especialização

Saúde da Família

Unidade 3 - Cuidado Integral em Saúde Mental



Unidade 3

Cuidado Integral em
Saúde Mental

Módulo 14

Cuidado Integral em Saúde Mental

Créditos

Governo Federal

Ministro da Saúde
Secretária de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde (SGTES)
Responsável Técnico pelo Projeto
UNA-SUS

Arthur Chioro

Heider Pinto

Francisco Campos

Universidade de Brasília

Reitor
Vice-Reitor
Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Ivan Marques de Toledo Camargo

Sônia Nair Bão

Jaime Martins de Santana

Faculdade de Medicina

Diretor
Vice-Diretoria

Paulo César de Jesus

Verônica Moreira Amado

Faculdade de Ciências da Saúde

Diretora
Vice-Diretora

Maria Fátima Souza

Karin Sávio

Faculdade Ceilândia

Diretora
Vice-Diretora

Diana Lúcia Pinho

Araken dos S. Werneck

Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UnB

Coordenação Geral
Coordenação Administrativa
Coordenação Pedagógica
Coordenação de Tecnologias
Coordenação de Tutoria e Supervisão
Coordenação de Assuntos Acadêmicos
Secretária Geral

Gilvânia Feijó

Celeste Aida Nogueira

Maria da Glória Lima

Rafael Mota Pinheiro

Juliana Faria Fracon e Romão

Kátia Crestine Poças

Suellaine Maria Silva Santos

Equipe Técnica

Analista Sênior
Produtor de Material Didático
Programador
Programador

Jonathan Gomes P. Santos

Lucas de Albuquerque Silva

Rafael Silva Brito

Ismael Lima Pereira

Créditos

Programador

Programador

Produtor de Material Didático

Gestão AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem)

Repositórios Digitais

Apoio Linguístico

Produção e Finalização de Material Áudio Visual

Gerente de Projetos

Web Designer

Design Instrucional

Web Designer

Diagramador

Gerente de Produção de Educação a Distância

Rafael Bastos de Carvalho

Thiago Alves

Nayara dos Santos Gaston

Luma Camila Rocha de Oliveira

Flávia Nunes Sarmanho

Tainá Narô da Silva de Moura

Mozair dos Passos Costa

Aurélio Guedes de Souza

Francisco William Sales Lopes

Arthur Colaço Pires de Andrade

Maria do Socorro de Lima

Rafael Brito dos Santos

Jitone Leonidas Soares

MÓDULO - CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Euthymia Prado

Maria Aparecida Gussi

Maria das Graças Oliveira

Maria da Glória Lima

Sergio Leuzzi



Saúde Mental

Introdução	09
Objetivos Pedagógicos	10
Lição 1 – Rede de Atenção Psicossocial na Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas	11
1.1 - Políticas de atenção à saúde mental	11
1.2 - A articulação da saúde mental com a Atenção básica	20
Lição 2 – Transtornos em Saúde Mental e a Atenção Básica	28
2.1 - Transtornos Mentais Comuns – TCMs	30
2.2 - Transtornos de Ansiedade Generalizada	42
2.3 - Transtornos depressivos	49
2.4 - Transtorno de pânico	56
2.5 - Transtorno obsessivo compulsivo - TOC	61
2.6 - Psicoses	81
2.6.1 - Psicoses Funcionais	81
2.6.2 - Psicoses Afetivas	84
Lição 3 – Uso, Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas	96
Lição 4 – Redes Sociais em Saúde e o Projeto Terapêutico Singular	122

Introdução

Caro(a) aluno(a),

Este módulo oferece fundamentos teórico-metodológicos para orientar a atuação dos profissionais de saúde no planejamento de intervenções de saúde no âmbito da Atenção Básica em situações que envolvam pessoas com sofrimento psíquico e com a problemática do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, afinadas com as diretrizes políticas nacionais de saúde mental do Sistema Único de Saúde.

Os conteúdos estão distribuídos em 04 lições. A Lição 1 aborda as principais normativas e os dispositivos da Rede de atenção a saúde mental, álcool e outras drogas e sua articulação com a atenção básica. A Lição 2 discorre sobre os transtornos mais prevalentes na atenção básica, a Lição 3 trata sobre a problemática do uso, abuso e da dependência química do álcool e outras drogas e por último, a Lição 4 aborda o conceito de redes sociais e o dispositivo do Projeto Terapêutico Singular em saúde mental.

Convidamos você a resignificar os paradigmas tradicionais de atenção aos usuários da saúde mental, de álcool e outras drogas, da exclusão, do isolamento, do estigma e da medicalização, para o paradigma psicossocial. Assumir o desafio de pautar práticas de saúde no trabalho coletivo em saúde mental no princípio da complexidade, da integralidade da atenção à saúde, da produção de subjetividades, da inclusão e participação social, do respeito às diferenças e da cidadania.

Bons estudos!

Objetivos Pedagógicos

- Conhecer as Políticas Nacionais de Atenção à saúde mental, álcool e outras drogas para o desenvolvimento de ações mais resolutivas na atenção básica;
- Conhecer os fundamentos teóricos sobre a etiologia, o prognóstico e o tratamento dos transtornos mentais mais prevalentes na atenção básica;
- Planejar ações estratégicas de saúde visando à promoção da saúde e à prevenção dos fatores de risco e/ou agravos para os transtornos mentais e do uso e abuso de álcool e outras drogas na ESF;
- Reconhecer a importância da organização e participação social das pessoas em situação de sofrimento mental, familiares e cuidadores na construção da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS;
- Orientar os profissionais da ESF para atuarem na mobilização da rede interna e externa do território;
- Realizar o mapeamento dos recursos comunitários para fortalecer o paradigma de redes sociais no trabalho em saúde mental;
- Fomentar a articulação e consolidação da RAPS por meio da gestão do trabalho e da atenção à saúde.

Lição 1 – Rede de Atenção Psicossocial na Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, impulsionado fortemente pelo movimento da reforma psiquiátrica, a partir da década de 80, que sofreu influência do modelo da desinstitucionalização da experiência de reforma italiana. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários em seus territórios existenciais. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, dentre outras). O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2013).

1.1- Políticas de Atenção à saúde mental

A “reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (BRASIL, 2002).

Esta reorientação tem como meta imprimir um modelo de atenção à saúde mental centrado na não exclusão dos usuários com transtorno mental e com a problemática de álcool e outras drogas da vida social. O modelo hegemônico historicamente instituído a essa população esteve centrado em práticas manicomiais do isolamento em hospitais psiquiátricos, do uso prioritário de medicamentos, do cerceamento pela vigilância e da não individualização das pessoas. Desta maneira, além da manutenção do convívio social dessas pessoas que perderam ou nunca tiveram, tem-se como desafio a assegurar a conquista, a consolidação e ampliação dos seus direitos civis e políticos.

Um grande marco legal para se avançar na proteção desses usuários foi a aprovação da Lei Federal nº **10.216/2001** (BRASIL, 2002b), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, como também, identifica e discrimina os tipos de internação voluntária, compulsória e involuntária. Essa lei representa um marco ao restabelecer o respeito a dignidade humana e ao exercício da cidadania.



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia a Lei 10.216/2001 disponível na sua biblioteca

Assista também o filme *Bicho de Sete Cabeças* e troque ideias sobre a forma com que as pessoas (usuários, familiares, profissionais, sociedade) percebem, vivenciaram ou ainda vivenciam as situações envolvendo pessoas que experimentam a loucura/doença mental ou de quem faz o uso de álcool e outras drogas.

Para firmar uma política de saúde mental com os fundamentos legais subscritos na Lei 10.216/2001, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para criação programas e de serviços de saúde mental, abertos e de base comunitária, para que o usuário não perca seus vínculos familiares e sociais, como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Residências terapêuticas, Leitos em hospitais gerais, além de buscar o fortalecimento da atenção a saúde mental na Atenção Básica, com o Consultório na rua, entre outros dispositivos, consolidando assim a rede de atenção que possa atender as pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Redes de atenção compreendida como:

“uma comunicação de ações e serviços passíveis de transformação e reinvenções de papéis e territorialidades, fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Esta articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados da atenção (Chiavagatti *et al*, 2012).

Na sequencia, será dado destaque a alguns dos avanços normativos na formulação das políticas públicas na área da saúde mental. É importante que você faça uma consulta no site do Ministério da Saúde, para ampliar o conhecimento dessas normativas específicas sobre as diretrizes políticas nacionais na área da saúde mental e da dependência química.

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Os CAPS são dispositivos estratégicos para a reorganização do modelo de atenção na área da Saúde mental e construção de uma rede comunitária de cuidados. É regulamentado pela Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. São serviços de atenção diária e de cuidado intensivo que funcionam segundo a lógica do território. De acordo com a modalidade de serviço, constituem-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos de acordo com o porte, complexidade das ações desenvolvidas, constituição das equipes de saúde e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2002b).

Além dos CAPS destinados aos portadores de transtornos mentais adultos, tem-se Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - CAPS i (destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad (voltado para pessoas acometidas por problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas).

Esta portaria prevê, também, que é atividade pertinente aos CAPS supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território. A esta ação dá-se o nome de apoio matricial.



**PARA
REFLETIR**

No seu território tem CAPS? Se não, qual o CAPS mais próximo do seu território? Quem é atendido no CAPS? Como é a porta de entrada? O que acha de ir até lá e ver como funciona? É importante que essas equipes dos serviços CAPS sejam contatadas e articuladas de forma que elas possam compor a sua rede de apoio no seu território?

Programa de Volta Pra Casa



Este programa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação), ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta, planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Este programa permite que um número significativo de famílias acolha e fique com seu familiar acometido de transtorno mental em casa. Assim ele passa da condição de sujeito de despesas para a posição de quem contribui com as despesas da casa, simbolicamente passa a “ser parte” pela condição dada de dispor de um valor social agregada pelo benefício.

Normativas específicas sobre álcool e outras drogas

A política de saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas preconizada pelo Ministério da Saúde adota a abordagem de redução de danos para orientar as práticas de cuidado de forma a valorizar a autonomia e o protagonismo dos usuários que vivenciam a problemática das drogas e para superar a lógica de uma perspectiva penalista, proibicionista e medicalizante.

Redução de danos é definida pela Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (ver *Policy Papers* em www.ihra.net).



Para saber mais, consulte A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, disponível em sua biblioteca.

Em relação à grave problemática de saúde pública no tocante a questão do álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou, em 3 de maio de 2002, a Portaria GM / MS n. 816, de 30 de abril de 2002, e a Portaria SAS / MS n. 305, de 30 de abril de 2002. A primeira estabelece as diretrizes para a política de álcool e outras drogas, de maneira a ampliar a oferta de atenção, aperfeiçoar e qualificar a assistência de saúde no campo de álcool e outras drogas, recomendando um conjunto de ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção nesta área em articulação com instituições formadoras, à realização de capacitação e supervisão das equipes de Atenção Básica, serviços e programas locais de saúde mental. A segunda cria as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas.



FIQUE DE OLHO

Cabe destacar outras normativas, como a Lei nº 11.343, de 2006, conhecida como Lei de Drogas, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define o que é crime nesta questão.

Também nesse contexto destaca-se a Lei nº 11.705, de 2008, conhecida como a Lei Seca, que impõe penalidades mais severas ao condutor que dirigir sobre influência de álcool.

Observa-se também, esforços do governo em medidas para restringir a propaganda de bebidas e de cigarros (tabaco).

Se beber, não dirija!

Multa de **R\$ 1.915,40**

Suspensão do direito de dirigir por um ano. Retenção do veículo e recolhimento da habilitação. Multa dobrada em caso de reincidência.

Infração gravíssima: 7 pontos na carteira. Bafômetro, imagens, vídeos, testemunhas e exames clínicos valem como prova.

Se você respeita a **Lei Seca**, compartilhe.

AGÊNCIA **CBT** DE NOTÍCIAS Lei 12.760 de 20/12/2012

Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas

No contexto da prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícita, o plano foi instituído pelo Decreto **DEC 7.179/2010**, de 20/05/2010, em consonância com a Lei 10.216/2001, tem como um dos objetivos (art. 2º, II) estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, e em seu Art. 5º, § 1º, a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas; e como ação estruturante, (art. 5º, § 2º) a ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas.



FIQUE DE OLHO

Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011



Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, do Ministério da Saúde. Publicado em 2012 e disponível na sua biblioteca.

Portaria Nº 130 de 26 de janeiro de 2012

Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, com caracterização em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.



Entre neste endereço eletrônico e terá acesso às leis, decretos e portarias referentes à política nacional sobre drogas:

<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/politica-nacional-sobre-drogas/view>

Avanços normativos para a criação da Rede de Atenção Psicossocial para a atenção aos usuários da saúde mental, álcool e outras drogas

O **Decreto 7.508/2011** traz avanços sobre a organização do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse Decreto representou avanços e, em específico, ao propor para a organização da saúde as linhas de cuidados, entre elas a rede psicossocial para a área da saúde mental.

As linhas de cuidado, na perspectiva da gestão e da integralidade do cuidado podem ser compreendidas como a articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre os pontos da rede ou das unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução do atendimento as necessidades dos usuários, mediante o diagnóstico e terapia. A linha de cuidado assegura a coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais.



FIQUE DE OLHO



A criação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída pela Portaria Nº 3.088/2011, veio para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, visando melhor acesso e qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo, da atenção às urgências, da desinstitucionalização e da reabilitação.

ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS - Resolução GM 3088/2011

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF • Consultório na Rua - Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial I, II e III [Transtornos mentais, Álcool e outras drogas e Infanto-juvenil]
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório (Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento- infanto-juvenil - Serviço de Atenção em Regime Residencial-comunidades terapêuticas

Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none">• Enfermaria especializada em Hospital Geral• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none">• Serviços Residenciais Terapêuticos• Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Com a criação desses dispositivos torna evidente que a reforma psiquiátrica no Brasil é um fato, mas é preciso investimentos públicos para expansão dessa rede e para a qualificação de profissionais para atuar na abordagem psicossocial bem como para melhorar o acesso e cuidado aos usuários da saúde mental e de álcool e outras drogas. Há uma preocupação por parte do Ministério da Saúde em monitorar os indicadores da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS, que são organizados na publicação do documento - Saúde mental em dados, desde 2006, de periodicidade regular, onde estão apresentados os principais dados dessa Política, de forma que a gestão possa avaliar a acessibilidade e qualidade da RAPS.



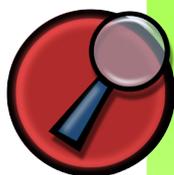
SAIBA MAIS

Para conhecer esses dados, consolidados em 2012, acesse o documento Saúde Mental em Dados 11, disponível na sua biblioteca.

1.2 - A articulação da saúde mental com a Atenção básica

Considera-se que 80 a 90% dos problemas de saúde mental teriam resolutividade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e para que ela possa ser eficiente, eficaz e resolutiva, faz-se necessário que a eSF possa fazer uma melhor escuta, articulando diferentes saberes, para reconhecer os fatores de risco e proteção nas situações que envolvem as pessoas em situação de sofrimento psíquico e o uso e abuso de álcool e outras drogas, para definir estratégias de intervenções mais adequadas, no seu campo de competência e de responsabilidade, antes de fazer encaminhamentos para os serviços mais especializados.

Athié *et al* (2013) ressaltam a necessidade de ampliação da cobertura em saúde mental na Atenção Primária, em razão da alta prevalência de sofrimento psíquico apresentado em estudo da OMS, realizado em 1995, depressão (31%), ansiedade (19%), alcoolismo (10%) e transtornos somatoformes (18%), como também, afirmam que esses dados são similares em estudos brasileiros realizados na década de 80, prevalências aproximadas de 55% de transtornos mentais comuns nos pacientes de centros de saúde de São Paulo.



FIQUE DE OLHO

Estudo com os usuários da atenção primária em cidades brasileiras do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza (Ceará) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul), por meio da utilização dos formulários *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), evidenciou a taxa de transtornos mentais nos usuários dessas cidades foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%, com diferenças significativas entre Porto Alegre e Fortaleza comparando-se ao Rio de Janeiro, e encontrados especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda (Gonçalves *et al*, 2014).

Assim, a articulação e integração da saúde mental com os outros dispositivos da atenção básica, entre eles o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Consultório na Rua e outros recursos tem como ferramenta essencial o apoio matricial/matriciamento para desenvolver o processo de qualificação das eSF com vista ao fortalecimento da RAPS.

Cabe lembrar que outro parceiro central dessa rede é o CAPS, responsável por articular e ordenar a RAPS, realizando o processo de apoio institucional junto aos NASF e eSF, de forma a organizar o fluxo de referência e contra-referência da RAPS, ampliando a cobertura de ações de saúde mental na Atenção Básica.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)



Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, criado pela Portaria Nº 154, De 24 de Janeiro de 2008, tem por finalidade *ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica*, buscando assim, contribuir para a superação do trabalho fragmentado da saúde, para investir em construção de rede de atenção, vínculo e na corresponsabilização (BRASIL, 2008).



O NASF é constituído por equipes integradas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, sob responsabilidade das equipes de SF, no qual o NASF está cadastrado. Considerando a alta prevalência dos transtornos mentais, recomenda-se que em cada NASF tenha pelo menos um profissional de Saúde Mental (BRASIL, 2008).

O NASF não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas um apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado à saúde da família. Desta maneira, o NASF objetiva permitir intervenções interdisciplinares, compartilhadas, preferencialmente, por meio de troca de saberes e da capacitação dos profissionais da eSF, juntos às famílias e usuários (BRASIL, 2010).

Os NASF tem como ações comuns previstas com os profissionais das equipes SF, projetos de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos diversos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais, etc.

Essa articulação entre os NASF e as equipes SF requer um grande esforço e diálogo entre os envolvidos na busca de estratégias para consolidar a lógica proposta de gestão e de cuidado, superando dificuldades identificadas na realidade das práticas de saúde, de carência na educação permanente, e na pouca compreensão sobre as atribuições e competências entre o NASF e Esf, o que acaba por levar ao isolamento e a fragmentação do trabalho (Andrade *et al*, 2012)

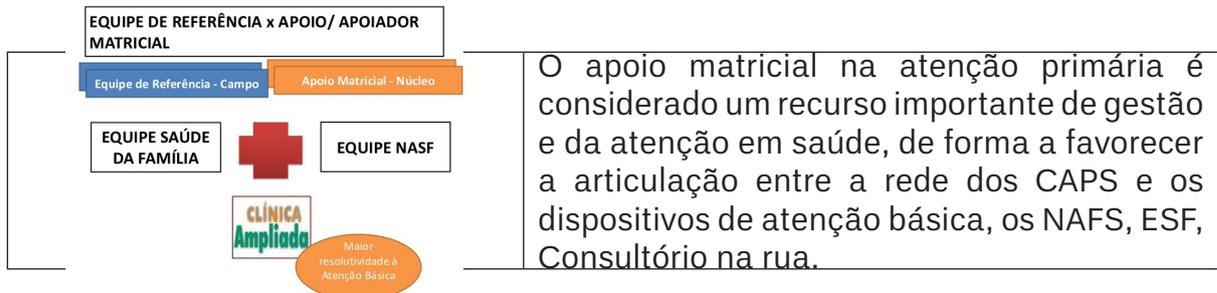


SAIBA MAIS

Para saber mais, sobre as suas diretrizes, o Processo de Trabalho e as Ferramentas do NASF – leia –o documento: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27), disponível na sua biblioteca. : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

Leia também o artigo:- ANDRADE, Lucas Melo Biondi de *et al* . Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis , v. 3, n. 1, jan. 2012 ., também disponível na sua biblioteca.

Apoio Matricial/Matriciamiento



Entende-se como matriciamento ou apoio matricial “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica terapêutica”(Chiaverini, 2011). Para que haja apoio matricial, faz-se necessária a presença de uma equipe de referência, que por sua vez, será responsável pela gestão do cuidado de sua clientela.



Segundo Chiaverini (2011), o Matriciamento não é:

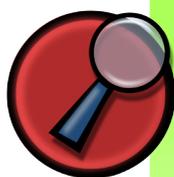
- encaminhamento ao especialista
- atendimento individual pelo profissional de saúde mental
- intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental

O apoio matricial possui as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico, em que a primeira diz respeito à produção de ação clínica direta com os usuários, e a segunda à ação de apoio educativo com e para a equipe, sendo que em diversos momentos, estas duas dimensões podem e devem se misturar. Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial está em consonância ao conceito de educação permanente (Chiaverini, 2011).

Estudo realizado por Souza e Luis (2012) em levantamento feito com enfermeiros, eles apontaram entre as dificuldades para a não sistematização das demandas específicas de saúde mental no território, a de não possuir um indicador específico para as demandas de saúde mental no nível local, na ficha A, para compor o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e a falta de capacitação

da equipe. Todavia, elas argumentam que a ausência de um indicador do SIAB não impede a inclusão de novos indicadores para sistematizar os cuidados a uma demanda específica, que é identificada no território. Isso tem como consequência, as subnotificações dos problemas de saúde mental no SIAB, *lembrando que alguns indicadores de saúde mental específicos foram implementados em decorrência do Pacto pela Vida (taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes e taxa de cobertura do Programa de Volta pra Casa); no entanto, a saúde mental na atenção básica não foi contemplada* (Souza & Luis, 2012)

O estudo de Souza e Luis (2012) ilustra o benefício que o apoio matricial, na lógica da educação permanente, traria na organização da gestão e da qualificação das equipes envolvidas ao ampliar a responsabilização do processo de gestão e da assistência, garantindo melhor resolutividade quanto à integralidade da atenção no sistema de saúde local.



FIQUE DE OLHO

Cabe chamar a atenção sobre a responsabilidade dos profissionais de saúde da ESF em realizar análise situacional dos problemas de saúde no território de abrangência bem como a utilização dos dados da ficha A e dos atendimentos locais para alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de forma a subsidiar a formulação de políticas públicas e o planejamento das ações estratégicas de saúde.



Leia o documento produzido pelo Ministério da Saúde *Guia prático de matriciamento em Saúde Mental*, organizado por Dulce Helena Chiaverini (2011) e o “Caderno de Atenção Básica 27: NASF” (ambos disponíveis na sua biblioteca), e após a leitura, com base na sua experiência de trabalho com sua equipe de saúde da família, responda os itens que se seguem:

1. Relacione as atividades de matriciamento relacionadas à saúde mental que você elencaria para serem desenvolvidas por você, e ainda, com a sua equipe no âmbito da atenção básica.
2. Quantas pessoas, na sua área de adscrição ou município, fazem acompanhamento relacionado a algum transtorno mental? Estes casos são acompanhados por você e sua equipe de Saúde da Família?
3. O território/município onde você atua ou mora dispõe de referência de Psiquiatria (atenção secundária)?

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de et al . Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis , v. 3, n. 1, jan. 2012 .

ATHIÉ, Karen, FORTES, Sandra Fortes, DELGADO, Pedro Gabriel Godinh. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26)58-63.
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAMPOS G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.1

CHIAVERINI, D. H. (org.) Guia de Matriciamento em Saúde Mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GONÇALVES et al, Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014

SOUZA, Jacqueline de; LUIS, Margarita Antonia Villar. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 852-858, 2012 .

Lição 2 - Transtornos em Saúde Mental na Atenção Básica



A loucura, por assim dizer, tem uma história carregada de estigma e exclusão social. Até hoje temos resquícios disso, com os antigos manicômios, hoje chamados de hospitais psiquiátricos. É verdade que o tratamento nos hospitais está progressivamente mais humanizado, mas o estigma que um portador de doença mental carrega não foi deixado para trás. Com a evolução da ciência e dos estudos na área, já existem tratamentos eficazes para a maioria das doenças mentais, além de fortes correntes de pensamento e estudos que mostram que a pessoa desenvolve melhor o tratamento quando continua em comunidade, mantendo seus vínculos, em sobreposição ao isolamento.

Reiteramos mais uma vez a extrema importância da articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e a rede de atenção à saúde mental a partir do matriciamento. O CAPS se articulando com o NASF da região, vai qualificando a equipe de saúde da família para ser capaz de detectar alterações na saúde mental das famílias que atende, levando ao tratamento e à conscientização do paciente, da família e da comunidade sobre o tema, diminuindo o estigma e facilitando a diminuição do sofrimento psíquico existente. Para que isso ocorra, é preciso uma abordagem interdisciplinar e o trabalho conjunto, além do respeito entre as áreas.

O manejo das situações de pessoas em situação de sofrimento psíquico abrange algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado (Chiaverini, 2011)

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.

- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

E a melhor resposta dessas pessoas que experimentam situações de sofrimento mental requer por parte do profissional:

“promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde- (Brasil. Ministério da Saúde, 2013, p.23).

Vamos conhecer as várias classificações contempladas para Transtornos Mentais no CID-10, apresentadas na sequência, para poder te auxiliar também para fazer uma escuta mais qualificada:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos.
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.
- Transtornos do humor (afetivos).
- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes.
- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos.
- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto.

- Retardo mental.
- Transtornos do desenvolvimento psicológico.
- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência.
- Transtorno mental não especificado.

Para Chiaverini (2011), o uso de diagnósticos sindrômicos amplos é perfeitamente aceitável no campo da ESF. No entanto, vale destacar os itens que devemos ter em mente ao formular um diagnóstico ampliado multiaxial. Pode-se fazer uma adaptação de diagnósticos psiquiátricos para a Atenção Primária à Saúde (APS), de forma a discutir e compartilhar as situações-problema no território, na perspectiva interdisciplinar, a exemplo:

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



SAIBA MAIS

Leia o documento produzido pelo Ministério da Saúde, nos Caderno de Atenção Básica sobre a Saúde mental, nº 34, publicado em 2013, para ter como um norte para fazer o planejamento da organização da rede de atenção psicossocial em seu território, em seus aspectos teóricos e metodológicos para consolidar a RAPS, disponível na sua biblioteca.

2.1 - Transtornos Mentais Comuns - TCMs

Transtornos Mentais Comuns - TCMs é uma expressão que foi criada, em 1992, por dois pesquisadores chamados Goldenberg e Huxley para designar os *“transtornos comumente encontrados na população e que sinalizam uma interrupção do funcionamento normal”*. Esses transtornos compreendem sintomas como distúrbios do sono, cansaço, irritabilidade, problemas de memória, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

Os TMCs, incluindo estados de ansiedade e depressão, são causas comuns de morbidade. Esses transtornos são socialmente e economicamente onerosos, pois são incapacitantes, levam ao absenteísmo, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.

Agora que já temos uma ideia inicial do assunto, que tal começarmos, elaborando uma lista de perguntas fundamentais? Não me refiro às minhas perguntas, mas às suas! Há um economista e filósofo brasileiro chamado Eduardo Giannetti que, em um de seus livros, afirma que a curiosidade está para o conhecimento, assim como, a libido está para o sexo. Pois bem, vamos dar rédeas soltas à sua curiosidade.



**PARA
REFLETIR**

O que você gostaria de saber sobre a epidemiologia dos TMCs? Pense em seus usuários, na sua comunidade, na sua realidade profissional e faça as SUAS PERGUNTAS. Vasculhe seus conhecimentos, faça suas questões e as escreva. Estudar, assim, propicia a construção do conhecimento a partir do que lhe interessa e motiva.

Prevalência dos transtornos mentais comuns

Vejamos a prevalência de TMCs, no resumo do artigo a seguir. A partir dele é possível ter um panorama com o qual você se depara no seu dia a dia:

Vários países apresentam crescimento da prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC). Poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços tradicionais de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema. O Programa Saúde da Família (PSF), implementado no Brasil desde 1995/1996, representa um novo modelo de atenção com potencial para melhor atuação nesses casos. Este estudo objetiva investigar a prevalência de TMC segundo a cobertura PSF e certos fatores de risco sócio-demográficos. Um inquérito de saúde e acesso a serviços foi realizado de janeiro a março de 2001 em áreas periféricas do Município de São Paulo, parcialmente cobertas pelo PSF, e incluiu o rastreamento de TMC em 2.337 indivíduos maiores de 15 anos de idade. Não se observou diferença significativa na

prevalência de TMC segundo a cobertura PSF. A prevalência foi significativamente maior nas mulheres (RP = 1,34), idosos (RP = 1,56) e nas categorias de menor renda (RP = 2,64) ou de menor escolaridade (RP = 2,83). Os TMCs se mostraram associados a indicadores de desvantagem social, implicando a necessidade de focalização do problema e dos grupos de risco específicos para maior impacto da atenção (Maragno *et al*, 2006)



**PARA
REFLETIR**

Agora reflita...

- A situação descrita se parece com o que observa no seu dia a dia?
- Você tem a impressão de que a prevalência vem crescendo?
- Você se surpreendeu com a informação de que a prevalência foi maior nas mulheres, nos idosos e nas pessoas de menor renda e menor escolaridade?
- Pensando na sua clientela, o panorama apresentado se parece com o que você encontra no seu dia a dia?

Etiologia dos transtornos mentais comuns



**PARA
REFLETIR**

Mas, por que será que estar em situação de desvantagem social estaria associado aos transtornos mentais comuns? Se você pensou no fator **estresse**, está no caminho certo!

Antes de continuarmos, vejamos um trecho de Hamlet, de William Shakespeare:



“...Lord Hamlet é um príncipe fora de tua esfera; isto não pode ser”; e em seguida, dei-lhe ordem terminante de que se negasse a recebê-lo, não admitisse mensageiros, nem recebesse recordações. Ela cumpriu minhas ordens, recolhendo assim os frutos de meus conselhos e ele, vendo-se desdenhado, para abreviar a história, caiu na tristeza, depois no fastio, em seguida na insônia, desta no abatimento, mais tarde na instabilidade e, por este declive, passou à loucura onde agora delira, o que todos nós deploramos.”

Na verdade, não faltam na literatura exemplos de personagens que acabam por adoecer mentalmente após passar por um evento de vida estressante, mas vejamos o que disse Wilhelm Griesinger, considerado o maior expoente da psiquiatria biológica do século XIX, sobre a etiologia dos transtornos mentais comuns.

“Uma investigação próxima da etiologia da insanidade logo mostra que, na grande maioria dos casos, não foi uma única causa específica sob a influência da qual a doença finalmente se estabeleceu, mas uma combinação de várias, às vezes numerosas causas, predisponentes e precipitantes. A dificuldade reside na apreciação apropriada da influência que cada uma dessas circunstâncias tem na produção da doença. Nós devemos procurar, de todas as formas, manter a mente livre de vieses desta ou daquela teoria, e, de preferências por uma ou por certos grupos de causas, por exemplo, somáticas ou mentais... Uma influência causal pode naturalmente ser atribuída com maior segurança àquelas circunstâncias cujo modo de ação pode ser claramente traçado, e cujos efeitos podem, portanto, ser considerados como fisiológicos, ou, quando não é o caso, àquelas cuja influência é estabelecida por medidas estatísticas confiáveis... Nós deveríamos sempre ter em mente que qualquer coisa, para ser uma causa, deve realmente preceder o efeito presumido...”





SAIBA MAIS

Genial, não? Griesinger escreveu isto em 1867 e parece que foi ontem! Mas, sigamos os seus conselhos e vejamos o artigo sobre a Prevalência de Transtornos Mentais no Município de São Paulo, de Luciana Maragno *et al.*, disponível na sua biblioteca. Ele vai te ajudar a compreender melhor o jogo de forças envolvidas na origem dos transtornos mentais comuns. Boa leitura! Ah! Não se esqueça da SUA LISTA DE PERGUNTAS INTELIGENTES e do marcador de texto!

Agora, repare que nem todo mundo que passa por um evento de vida estressante desenvolve um transtorno mental comum e nem todo mundo que desenvolve um transtorno mental comum passou por um evento de vida estressante nos últimos 12 meses. Isto é, o evento de vida estressante é fator de risco, mas não é necessário e nem suficiente. Faz sentido? Veja! Se fosse necessário, ninguém desenvolveria TMC sem sua participação e se fosse suficiente, bastaria passar por um evento de vida estressante e teria TMC, na certa! Assim, quem são essas pessoas que desenvolvem TMC após passar por uma situação estressante? Se você pensou em palavras como predisposição ou vulnerabilidade, está, de novo, no caminho certo!



SAIBA MAIS



Mas, o assunto não é novo. Já em 1845, em seu livro *Mental maladies: a treatise on insanity*, Jean Etienne Dominique Esquirol, o discípulo dileto de Pinel escrevia: “As causas próximas ou precipitantes poderiam dar ensejo à doença apenas se a predisposição necessária estiver presente”



FIQUE DE OLHO

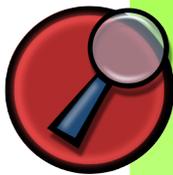
Assim, o modelo de estresse-vulnerabilidade, que não é de hoje, segue sendo o modelo explicativo mais aceito para a compreensão da etiologia dos transtornos mentais, incluindo os TMCs. Isto é, o indivíduo que traz alguma vulnerabilidade, geneticamente herdada ou adquirida em estágios iniciais do seu desenvolvimento, quando passa por um evento estressante, pode desenvolver um transtorno mental, incluindo os TMCs.

Prevenção e tratamento dos TMCs

Portanto, pelo que vimos até aqui, os eventos estressores estão implicados no desenvolvimento dos TMCs. Mas o que fazer se a vulnerabilidade está posta e a vida é estressante mesmo? Acontece que os eventos estressantes são sempre mais impactantes para as pessoas menos resilientes, ou seja, um mesmo evento pode ser mais ou menos estressante a depender do repertório comportamental do indivíduo.

É possível ampliar esse repertório em qualquer etapa da vida? Uma pessoa pode incorporar habilidades de resolução de problemas e aprender a interpretar os acontecimentos da vida com mais autoconfiança. Eu imagino que, a essa altura, você pode e deve estar se perguntando: O que eu posso fazer quanto a isso?

Inúmeros estudos em psiquiatria social vêm demonstrando que ter apoio social protege as pessoas de desenvolverem transtornos mentais como ansiedade e depressão e, quando desenvolvem, parecem apresentar um melhor prognóstico.

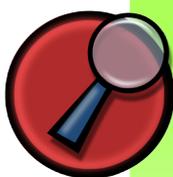


FIQUE DE OLHO

Mas, (já reparou que tem sempre um “mas”?) o que vem a ser “apoio social”? **Apoio social** é um conceito multidimensional e engloba vários aspectos: ter família, ter amigos, ter uma religião, pertencer a um grêmio recreativo, ter um salário, etc. Os estudos são heterogêneos quanto ao conceito operacional de “apoio social”, mas a dimensão de apoio social mais importante para TMCs é a dimensão “relação de confiança”, ou seja, aquelas pessoas que tem um confidente, seja lá quem for, um compadre, um irmão, o cônjuge, em uma palavra: um amigo que propicia uma escuta acolhedora, não julgadora, não punitiva e encorajadora, parecem estar mais protegidas do impacto dos eventos estressantes sobre sua saúde, de um modo geral, e sobre sua saúde mental, em particular.

Agora, vamos juntar as duas perguntas, aquela sobre repertório para enfrentar situações estressantes e essa última. Se você pensou em psicoterapia, você está certo e não está! Para um caso ideal está e para a realidade da ESF não está!

Mas o que fazer se a vulnerabilidade está posta e a vida é estressante mesmo? Como é que fica quem não tem amigos? Uma pessoa pode aprender a desenvolver relacionamento de confiança, pode desenvolver habilidades sociais? E eu até posso ouvir você dizer: “é lindo, mas o que nós podemos fazer com as pessoas sem amigos?”.



FIQUE DE OLHO

Para as pessoas que possuem uma rede social frágil e reduzida, pode-se recorrer em dispositivos de ajuda na comunidade. No SUS, temos os recursos das práticas integrativas, como o Tai Chi Chuan e Lian Gong, Grupos de massagens, Terapia comunitária e outras modalidades. Essas atividades podem ocorrer nos serviços de saúde, parques e lugares públicos, são abertas à população e gratuitas. Vale a pena investigar se no seu território são desenvolvidas algumas destas práticas!

Existe ainda outra possibilidade: a atividade física regular e sistemática. Sim, a velha e boa atividade física também auxilia na prevenção e tratamento dos transtornos mentais, de um modo geral. Assim, vale encorajar o paciente a procurar fazer atividade física regularmente. Veja se existe no seu território uma academia de rua, como essa da figura abaixo. É possível que você descubra que não apenas existe uma próxima, mas que também há, dependendo do horário, monitores que auxiliam e orientam as pessoas na prática da atividade física.



Os TMCs também podem ser tratados com medicamentos. Estes pacientes podem ser encaminhados para serviços especializados em saúde mental, entretanto como os sintomas em geral são leves (observe apenas que mais leve não é sinônimo de simples), se você tiver na sua comunidade uma ou mais das alternativas anteriores tente-as porque os resultados são realmente muito bons!

Adendo e leitura complementar

Nesta lição, você foi direcionado para o estudo dos transtornos mentais comuns de acordo com o conceito de Goldberg e Huxley, como foi dito no início. Dentro dessa visão, encontram-se principalmente os quadros psiquiátricos comuns que não preenchem critérios para diagnósticos psiquiátricos dentro do contexto da CID-10 (ou DSM-IV). Outra forma de abordar é levando em conta os transtornos psiquiátricos comuns que levam à busca de atendimento médico, na sua maioria, feitos inicialmente por médicos generalistas ou na atenção básica.

Trata-se em geral de quadros psiquiátricos com queixas físicas, como dispneia, palpitação, dor torácica, cefaleia, dores musculares, parestesias,

alteração do apetite, fadiga, sintomas gastrintestinais, para os quais não se encontram elementos para diagnóstico de quadros orgânicos e os sintomas são compatíveis com dois grandes grupos de doenças psiquiátricas:

- 1) Transtornos de humor e transtornos de ansiedade;
- 2) Transtornos somatoformes (que incluem o transtorno de somatização, a hipocondria, os transtornos dolorosos, os transtornos conversivos e o transtorno dismórficocorporal).



FIQUE DE OLHO

Esses dois grupos constituem entre 16 e 50% dos pacientes que buscam atendimento na atenção básica e nem sempre o diagnóstico é feito com facilidade.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre TMCs - sugerimos os artigos abaixo que tratam desses transtornos na atenção primária:

- GONCALVES, Daniel Maffasioli e KAPCZINSKI, Flavio. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [on- line]. 2008, vol.24, n.7 [citado 2011-10-20], pp. 1641-1650.
- MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. Clínica Psiquiátrica, a visão do Departamento e Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. São Paulo-SP: Manole, 2011.
- Humes, EC; Benseñor, IM; Pacheco, JL; Vieira, MEB. Interconsulta em Atenção Primária: o clínico tratando transtornos mentais leves. In: Clínica Psiquiátrica. Miguel EC; Gentil, V; Gattaz, WF (Eds), Manole, 2011, pp. 1518-1530.



ATENÇÃO!

Elaboramos aqui algumas perguntas para ajudar na avaliação do seu conhecimento sobre o assunto que você acabou de estudar. Seria importante que você procurasse respondê-las usando apenas e tão somente, o conteúdo que ficou armazenado em seu cérebro. Que tal? Vamos ver o que você realmente assimilou?

Se você conseguir responder pelo menos 04 das 05 questões abaixo corretamente, significa que o seu grau de aprendizagem sobre esse assunto foi bastante adequado, mas se você conseguir responder acertadamente até 03 perguntas, recomendo que você volte e estude novamente essa lição. Será um prazer conversarmos novamente sobre um tema tão relevante quanto esse! Preparado(a)? Então, vamos lá!

- 1) O que são transtornos mentais comuns?**
- 2) Qual a frequência desses transtornos na população geral? E na atenção primária?**
- 3) Quais são as causas desses TMCs?**
- 4) Quais são as complicações dos TMCs?**
- 5) O que eu posso fazer para ajudar os pacientes com TMCs?**



SAIBA MAIS

Verifique abaixo se a sua resposta se aproximou da resposta padrão dada às questões acima.

Questão 1

Transtornos Mentais Comuns (TMCs) é uma expressão que designa os “transtornos comumente encontrados na população e que sinalizam uma interrupção do funcionamento normal”. Esses transtornos compreendem sintomas como distúrbios do sono, cansaço, irritabilidade, problemas de memória, dificuldade de concentração, queixas somáticas, estados depressivos e ansiosos que não chegam a preencher critérios para os diagnósticos de episódio depressivo maior ou algum dos transtornos ansiosos da CID 10.



SAIBA MAIS

Questão 2

No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando. Em Recife, um estudo populacional encontrou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de, aproximadamente, 35%. Em Pelotas a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%, sendo 17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres. Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços primários de saúde são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos. No Rio de Janeiro, em 1995, observou-se a presença desses quadros em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário. Comparando-se esses dados com alguns estudos feitos em outros países, tem-se que a prevalência desses transtornos varia de 23,9% em comunidade rural na África do Sul a 52% em Santiago, Chile. Verifica-se, portanto, que os nossos padrões epidemiológicos são semelhantes.

Questão 3

O modelo de estresse-vulnerabilidade é o modelo explicativo mais aceito para a compreensão da etiologia dos transtornos mentais, incluindo os TMCs. Isto é, o indivíduo que traz alguma vulnerabilidade, geneticamente herdada ou adquirida em estágios iniciais do seu desenvolvimento, quando passa por um evento estressante, pode desenvolver um transtorno mental, incluindo as TMCs. Por este motivo, as pessoas em situação de desvantagem social são as mais acometidas, quais sejam: as mulheres, idosos, pessoas de baixa renda e baixo nível de escolaridade.

Questão 4

Em um estudo conduzido em Pelotas, Rio Grande do Sul, a ocorrência de transtornos mentais comuns mostrou-se associada a um excesso de consultas médicas nos três



SAIBA MAIS

meses anteriores à entrevista e a internações hospitalares por diversas razões, no último ano. Além disso, os sintomas menos graves de depressão e ansiedade estão associados ao desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos mais graves.

Questão 5

Posso pesquisar sobre a realização de grupos de Lian Gong, Tai Chi Chuan e terapia comunitária, na minha área e nas proximidades, e orientar os pacientes para que procurem participar dessas atividades. Além disso, posso encaminhá-los para atendimento em saúde mental, após haver me certificado que seus sintomas não se devem a uma condição médica geral.

Referências Complementares

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

Esquirol E. Mental maladies: a treatise on insanity. Tradução de E.K. Hunt. Philadelphia: Lea and Blanchard; 1845.

Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):964-70.

Giannetti E. A Ilusão da alma: biografia de uma idéia fixa. São Paulo: Companhia das Letras; 2010

Goldberg D.P. e Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.

GONCALVES, Daniel Maffasioli e KAPCZINSKI, Flavio. Transtornos mentais em

comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.7 [citado 2011-10-20], pp. 1641-1650 .

Griesinger W. Mental pathology and therapeutics. Tradução de C. Lockhart Robertson e James Rutherford. London: The New Sydenham Society; 1867.

Humes, EC; Benseñor, IM; Pacheco, JL; Vieira, MEB. Interconsulta em Atenção Primária: o clínico tratando transtornos mentais leves. In.Clínica Psiquiátrica. Miguel EC; Gentil, V; Gattaz, WF (Eds), Manole, 2011, pp. 1518-1530.

Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. Rev Psiq Clín 1999; 26(5).

Lopes C.S.; Faerstein E.; Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 Dez [citado 2011 Out 19] ; 19(6): 1713-1720.

MARAGNO, Luciana et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006 .

World Health Organization (WHO). Health Canada. Perspectives on complementary and alternative health care. Ottawa: WHO; 2002.

2. 2 - Transtorno de Ansiedade Generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é um quadro psiquiátrico incluído nos critérios diagnósticos desde o advento do DSM-III, da Associação Psiquiátrica Americana, em 1980. A ansiedade e preocupação excessivas, com ruminação de temores, deve abranger diversas áreas, ser persistente, durar pelo menos 6 meses, ser de difícil controle e apresentar sintomas físicos como fadiga, tensão muscular, inquietação, dificuldade de concentração, irritabilidade.

Existe uma importante correlação entre transtornos de ansiedade generalizada e depressão. Os estudos epidemiológicos mostram uma prevalência-vida de 5,7%. Os primeiros sintomas costumam surgir ainda na adolescência, e há uma grande tendência à cronificação. É mais comum em mulheres e em pessoas solteiras e de baixa renda.

Situação Problema

Augusta, diarista de 29 anos, chega à UBS com a queixa principal de tensão muscular. Refere que sente uma considerável tensão muscular por toda a vida, mas há 8 meses crê que piorou. Descreve-se como alguém que se preocupa muito, com coisas nem sempre relevantes, mas acha que suas preocupações estão maiores desde o nascimento do primeiro filho, no ano passado. Apesar das tentativas e esforços ativos para não se preocupar, diz que se preocupa constantemente com uma série de coisas: o preço da carne nos próximos meses, a possibilidade do filho usar drogas quando for mais velho, a saúde do marido, a falta de algum produto na casa onde trabalha como diarista etc. Também relata problemas com o marido.

Próximos passos da investigação:

1. Perceber que algo na situação é patológico. Questionar “Há algo errado com Augusta?”

O primeiro passo é perceber que algo precisa de mais investigação. Ansiedade normal, como sensação difusa, insidiosa, desagradável e vaga de apreensão, por vezes acompanhada de sintomas autonômicos (cefaleia, aumento da transpiração, palpitações, sensação de aperto no peito, leve mal-estar epigástrico e inquietação) é algo comum nas pessoas, porém episódico. Ou seja, surge quando são submetidas a situações estressantes e ameaçadoras. A história de Augusta não é assim: uma preocupação não controlável com múltiplos problemas em múltiplas categorias que data de muito tempo e que interfere em seu funcionamento individual, familiar e comunitário.

a. Prosseguir no questionamento: “Há um transtorno de base física ou psíquica?”

Muitas doenças físicas podem cursar com sintomas de ansiedade e preocupação: desde situações emergenciais como infarto do miocárdio e embolia pulmonar, até situações de cronicidade de sintomas como o hipertireoidismo.

Doenças tiroidianas, da suprarrenal, doenças neurológicas, doenças autoimunes, podem cursar com sintomas importantes de ansiedade. Uso de substâncias psicoativas, assim como abstinência de álcool e drogas podem também apresentar ansiedade intensa. O importante é buscar sintomas associados, lembrando sempre da relação com o tempo de duração da queixa. Se estivéssemos cogitando hipertireoidismo como doença de base de Augusta, por exemplo, deveríamos perguntar sobre tremores, hipersudorese, falta de ar, perda de peso com apetite preservado ou aumentado dentre outros [Augusta nega os sintomas] e procurar por taquicardia, exoftalmia, bocio [Augusta não apresenta estes sinais]. Em caso

de dúvidas, solicitar exames complementares para exclusão de diagnósticos e a solução adequada.

2. Há, provavelmente, um transtorno mental. Devemos procurar por alguma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo que exija uma intervenção médica de imediato [emergência] ou por uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco de danos irreparáveis [urgência]. O que excluir?

a. Risco de suicídio.

i. É importante saber que de cada 10 pessoas que se matam, 8 dão avisos sobre suas intenções. Cuidado com a ideia: “quem quer se matar, não avisa!”, pois não é verdade!

ii. Outro mito: “sobre esse assunto não se deve falar, para não dar ideia ao paciente”. Isso também não é verdade!

iii. Deve-se perguntar se a pessoa está pensando em se matar, se tem planos para colocar isso em prática e se já tentou alguma vez contra a própria vida.

iv. Se ao profissional de saúde parecer que há uma real chance de suicídio, o paciente deve ser encaminhado para serviço especializado.

b. Risco de agressão ou homicídio.

i. Observar o comportamento do paciente durante o tempo em que ele estiver sob as vistas da equipe e associar isso com algum discurso de agressividade contra alguém é o início para uma possível intervenção.

ii. Em situações emergenciais, pode-se evitar alguma agressão não confrontando o paciente e evitando movimentos bruscos e toque.

iii. Para evitar maiores riscos, não hesite em pedir colaboração de colegas da equipe ou chamar alguém que possa ajudar.

iv. Se ao profissional de saúde parecer que há uma real chance de homicídio, o paciente deve ser encaminhado para serviço especializado.

c. Autonegligência grave.

i. Um paciente que não consegue cuidar de si próprio, em sua higiene, alimentação, vestuário, negligenciando-se de forma grave, deve ser encaminhado para serviço especializado.

Augusta não tem nenhum destes sintomas ou comportamentos, sigamos ao próximo passo.

3. O problema de Augusta é eletivo. Temos que investigar um pouco mais sobre suas queixas e sintomas. E perguntar sobre alguns problemas que ela ainda não relatou. Parece que há um transtorno ansioso, mas temos que descartar outros transtornos mentais também importantes. Quais os principais que você acha que temos que descartar?

4. Bom, parece-nos, então, que Augusta tem um transtorno ansioso. Mas ainda falta nos certificarmos de qual é. Que sintomas devemos investigar melhor?

Vamos conferir a sua lista com os sintomas que fazem parte dos critérios diagnósticos do Transtorno de Ansiedade Generalizada, de acordo com o CID- 10:

- Ansiedade
- Inquietação ou sensação de estar com os nervos a flor da pele
- Fadigabilidade
- Dificuldade de concentração
- Irritabilidade Tensão muscular
- Perturbação do sono Queixas digestivas

Esses sintomas devem ser pesquisados em todos os pacientes. Não é necessário apresentar todos, porém, é frequente haver sintomas em vários sistemas (você percebeu que pode haver queixas musculares junto à alteração de sono e irritabilidade, por ex.?)

5. Augusta preenche os critérios que sugerem o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Como podemos progredir na avaliação:

- a. investigar o grau de comprometimento, pelos sintomas de ansiedade, no seu funcionamento diário;
- b. verificar se há uso de alguma medicação, substância ou alguma doença orgânica, como hipertireoidismo, que possa estar provocando os sintomas apresentados;
- c. não há evidências de transtorno de humor ou transtorno psicótico na vigência dos quais apareceram os sintomas de ansiedade.

Não basta fazer o diagnóstico, mas é conveniente avaliar também o grau de severidade, e se há algum outro fator, como uso de medicamentos para outros distúrbios que tenham como efeito colateral o aumento de ansiedade, o uso excessivo de cafeína, alguma doença orgânica que cursa com sintomas de ansiedade, e se há algum transtorno de humor ou psicótico que possa por si só explicar a sintomatologia ansiosa, como o transtorno de humor bipolar ou a esquizofrenia. Nesse caso, não fazemos o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada.

6. No tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, as abordagens mais eficazes são:

- a. Tratamento farmacológico ()
- b. Psicoterapia ()
- c. Associação de farmacoterapia e psicoterapia ()

Se você respondeu “c”, está optando pela melhor indicação, pois a associação de ambas as estratégias apresenta melhores resultados que o uso isolado de farmacoterapia ou psicoterapia.

7. As evidências atuais são de que a abordagem combinada de psicoterapia e farmacoterapia são mais eficientes a longo prazo, devendo ser implementadas sempre que possível.

Entre as drogas utilizadas na farmacoterapia, encontramos:

- a. Antidepressivos inibidores da receptação de serotonina;
- b. Antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina;
- c. Antidepressivos tricíclicos.

A maioria dos antidepressivos pode ser usada, mas há alguns que são mais eficazes e/ou apresentam menos efeitos colaterais, o que facilita muito a adesão do paciente ao uso da medicação. E atualmente os mais utilizados, pelo menos como estratégia inicial, são os antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina.

Outra consideração importante é a de que o uso adequado de antidepressivos apresenta melhor eficácia e menores complicações a longo prazo, que o uso de benzodiazepínicos.

8. O uso de benzodiazepínicos em transtornos ansiosos baseia-se na eficácia e rapidez de efeito para o controle dos sintomas, ao contrário dos antidepressivos, que tem uma maior latência para início da resposta. Em casos como o de Augusta, as principais contraindicações para o tratamento com benzodiazepínicos como o clonazepam, alprazolam, bromazepam e outros são:

- a. risco de dependência
- b. efeitos sedativos
- c. efeitos colaterais sobre o desempenho cognitivo



FIQUE DE OLHO

Acho que você já havia percebido que todas essas alternativas estão corretas. A mais importante a longo prazo é a possibilidade de induzir o paciente à dependência de benzodiazepínicos, mas as outras são importantes mesmo no curto prazo. Daí a necessidade de fazer um uso muito criterioso dos benzodiazepínicos. Por exemplo, usar nos primeiros dias associado aos antidepressivos, pela latência de resposta maior destes, e em seguida suspender.

9. Outra classe de medicamentos com potencial de utilização no controle dos sintomas de ansiedade são os estabilizadores de humor da classe dos anticonvulsivantes. O uso pode ser limitado por efeitos colaterais como sonolência, tontura e ganho de peso. Outras medicações têm sido utilizadas de forma esporádica e sem evidências de boa resposta a longo prazo, como a buspirona, antagonista de receptores de serotonina, e os antipsicóticos atípicos, como a olanzapina e a risperidona.

Você percebeu que o tratamento pode ser complexo, e não deve ser feito a partir de uma prescrição de benzodiazepínicos, com alto potencial de indução de dependência, sem uma criteriosa avaliação.



FIQUE DE OLHO

Com relação ao tratamento psicoterápico, podemos dizer que a técnica mais preconizada é a **abordagem cognitivo-comportamental**. Há diversidade de técnicas que podem ser utilizadas com bons resultados:

- a. Técnicas de relaxamento
- b. Técnicas de controle da respiração, evitando a hiperventilação
- c. Automonitoramento de estados mentais e físicos
- d. Dessensibilização por autocontrole
- e. As técnicas de exposição são menos úteis nesse quadro de ansiedade, em função da inespecificidade das experiências de ansiedade, dificultando a identificação de focos específicos.



ATENÇÃO!

No caso do tratamento psicoterápico, uma grande limitação é a disponibilidade de profissionais para a enorme demanda que supõem os transtornos de ansiedade. Por isso leve em conta também as abordagens que não necessitam de uma equipe especializada em saúde mental, mas que são muito úteis no manejo, como massagens, ioga, atividades físicas como natação, exercícios aeróbicos.

Esperamos que vocês se sintam com mais condições de fazer a abordagem e o manejo do paciente com Transtorno de Ansiedade Generalizada que vierem a atender no seu trabalho a partir dessas considerações.

Referências

Generalized anxiety disorder: clinical presentation, diagnostic features, and guidelines for clinical practice. Vandern Heiden C; Methorst G; Muris P; Van der Molen HT. J. Clin. Psychol. 2011 Jan 67(1): 58-73.

Casos Clínicos em Psiquiatria. Eugene C. Toyand Debra L. Klamen. McGraw Hill-Artmed Editoras, 2011.

Transtorno de Ansiedade Generalizada. Ramos, RT. In: Clínica Psiquiátrica, Miguel, EC, Gentil V, Gattaz WF (Editores), Ed. Manole, 2011, pp. 795-806.

Transtorno de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. In: Kaplan & Sadock Compêndio de Psiquiatria, B.J Sadock, V.A. Sadock, Eds. 9ª. Edição, Artmed Editora, São Paulo, 2007.

2.3 - Transtorno depressivo

De acordo com registros históricos (Cordás, 2002), a depressão é um dos transtornos mais antigos da humanidade. Inicialmente, e por muitos séculos, a depressão foi denominada como melancolia (do grego melano = negro + chole = biliar), e acreditava-se que sua causa era o acúmulo da bile negra no baço dos enfermos (Hipócrates, 377 a.C.), até que o mal foi associado e atribuído ao cérebro (Galeno, 129-200d.C.). Com a ascensão da Igreja Católica, na Idade Média, que preteria todo o conhecimento médico e científico, o mal foi atribuído a algo demoníaco, um rompimento com os princípios e as leis de Deus.



FIQUE DE OLHO



Na Idade Moderna, resgata-se a ideia de que a depressão é um mal inerente ao ser humano, sendo ainda, na Idade Contemporânea, o atual paradigma para estudos e tratamentos, acrescida de avanços como a legitimação da Psiquiatria, a descoberta de medicamentos antidepressivos, o reconhecimento da depressão como doença mental e sua inserção na Classificação Internacional de Doenças (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). É senso comum conceituar depressão como um estado de tristeza.

Existe uma diferenciação quanto a conceituar a depressão no que se refere a sintoma, síndrome e doença, a saber (Del Porto, 2011):

Enquanto sintoma, a depressão pode surgir com os mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual, encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, disritmia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, etc.

Considerando que cada indivíduo possui suas especificidades (experiências, expectativas, visões de mundo) e está inserido num determinado

contexto político, social e ambiental, além de fatores genéticos e neuroquímicos, não é possível determinar a(s) causa(s) para tal transtorno, no entanto, existe prevalência em situações como estresse, estilo de vida e acontecimentos vitais.

No relatório sobre a Saúde do Mundo (OMS, 2001) estima-se que os distúrbios de humor, incluindo a depressão, devem afetar cerca de 340 milhões de pessoas nos próximos anos. No ano 2020, segundo a OMS, a depressão será o principal distúrbio mental a atingir a população dos países em desenvolvimento, é predominante entre as mulheres em diferentes países e comunidades.

[...] Transtornos do humor estão entre as desordens que mais frequentemente levam o paciente ao médico. Estima-se que de 15% a 30% dos adultos apresentem depressão clinicamente significativa em algum momento de sua vida, sendo cerca de 8% transtorno depressivo maior. Esses dados suportam os achados em estudos de Medicina de Família e Comunidade, em que depressão está no ranking das doenças mais prevalentes [...] (Arantes, 2007)

Sintomas e Diagnóstico da Depressão

- Humor deprimido ou irritável.
- Anedonia - diminuição intensa do prazer na maioria das atividades corriqueiras;
- Perda do apetite, ganho ou perda de peso atípico;
- Desânimo, falta de energia, desinteresse, fadiga;
- Diminuição da libido;
- Perda da capacidade de planejar o futuro, falta de esperança;
- Insônia ou dormir mais que o habitual;
- Menor ou maior resposta a estímulos (hiporeatividade ou hiperreatividade);

- Lentificação ou agitação psicomotora;
- Dificuldade de concentração;
- Pensamentos negativos;
- Alteração de juízo de realidade;
- Constipação, boca seca ou cefaléia.

Tratamento da Depressão

O tratamento da depressão deve ser individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente e suas preferências. O plano terapêutico deve ser discutido com o paciente, que deve tomar decisões com a equipe tendo como base as informações fornecidas a ele por seus integrantes. As informações discutidas com os pacientes devem ser baseadas em dados fundamentados e, atrelados às suas necessidades individuais, sendo adequadas a suas condições sociais, culturais e eventuais crenças. É importante lembrar que estigmas e discriminação podem estar associados com o diagnóstico da depressão, desta forma, a confidencialidade, privacidade e dignidade devem ser sempre respeitadas.

Preferencialmente a família e eventuais cuidadores dos pacientes devem participar tanto nos cuidados quanto nas decisões que diz respeito à terapêutica, desde que haja concordância por parte do paciente. Estar disponível para esclarecer dúvidas e ajudar a solucionar problemas surgidos ao longo do processo terapêutico também é fundamental.

Qualquer modalidade terapêutica adotada no tratamento da depressão deve ser conduzida por profissionais que devem avaliar rotineiramente os resultados obtidos, assim como, a aderência ao tratamento, sem nunca se esquecer da participação ativa do paciente.

Para pacientes com sintomas persistentes de depressão leve a moderada, deve ser considerada a indicação de terapias cognitivo comportamentais e programas de atividades físicas em grupo bem estruturados. Os tratamentos psicológicos considerados de maior eficácia por estudos recentes são: psicoterapia cognitivo comportamental, psicoterapia comportamental, psicoterapia interpessoal

e psicoterapia de resolução de problemas. Durante a investigação diagnóstica é mandatório questionar diretamente os pacientes com depressão quanto à ideação e tentativas de suicídio. Em caso de risco de ocorrência de lesões autoprovocadas ou suicídio, certifique-se de que a pessoa terá suporte social e familiar adequado, além de dispor de cuidado supervisionado permanente, levando-se em conta a possibilidade de indicação de internação especializada.

Em casos de dificuldades no desenvolvimento de planos e estratégias para o tratamento considere contar com a ajuda de especialistas, preferencialmente via NASF ou CAPS.

Tratamento medicamentoso

Nos casos de sintomas persistentes leves de depressão ou depressão leve propriamente dita, o uso rotineiro de antidepressivos deve ser evitado, pois tem baixo custo-benefício, sendo mais recomendados para pacientes com história de depressão moderada ou grave; sintomas leves persistentes por mais de 2 anos; ou depressão leve resistente a outras formas de intervenção.

Para pessoas com depressão moderada ou grave, uma combinação de medicamentos antidepressivos deve ser combinada à intervenção psicológica intensiva. A eficácia dos antidepressivos no tratamento da depressão aguda, de moderada a grave, encontra forte embasamento na literatura, seja melhorando os sintomas, seja eliminando-os.

No início do tratamento, atendimentos semanais estão associados a maior adesão e melhores resultados em curto prazo. Esta característica é bastante favorecida com a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, pois possibilitam consultas mais frequentes, além do melhor entrosamento entre profissionais e pacientes gerado pelo cuidado contínuo e longitudinal, ocasionando melhor adesão ao tratamento, monitorização de resposta, efeitos colaterais e risco de suicídio.

Há consenso na literatura quanto ao momento da resposta ao tratamento agudo com antidepressivos, que é observada após duas a quatro semanas do início do uso, contudo o início da resposta pode ocorrer já na primeira semana. Quando há falha na resposta, faz-se necessário avaliar alguns fatores como:

- **Diagnóstico correto, investigando patologias médicas ou psiquiátricas concomitantes;**
- **Adesão ao tratamento;**
- **Longa duração da doença, que pode atrasar os resultados;**
- **Dificuldades sociais crônicas e eventos de vida persistentes (desemprego, violência doméstica...);**
- **Episódio grave ou com sintomas psicóticos;**
- **Distímia e transtorno de personalidade grave.**

Há falta de evidências científicas sobre qual estratégia seria a melhor alternativa quando não há resposta ao tratamento inicialmente proposto. Considerando a grande variabilidade individual na concentração plasmática de antidepressivos, em caso de ausência de resposta, um passo coerente inicial é o aumento da dose dentro dos limites posológicos aceitáveis, procurando chegar a uma prescrição ideal para cada indivíduo.

O planejamento do tratamento para depressão pode ser dividido em três fases: aguda, de continuação e de manutenção.

A fase aguda compreende os dois aos três primeiros meses e visa à diminuição ou remissão dos sintomas. A fase de continuação remete aos quatro aos seis meses seguintes, visando manter a melhora alcançada, evitando recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo, sendo que ao final deste período o paciente pode ser considerado recuperado do episódio inicial. A fase de manutenção visa evitar novos episódios, sendo recomendada àqueles pacientes com maior probabilidade de recorrência. A dose da medicação a ser utilizada no tratamento de manutenção, deve ser a mesma considerada efetiva no tratamento agudo.

A manutenção do tratamento medicamentoso por pelo menos seis meses após a remissão de um episódio depressivo, deve ser apoiada e estimulada em pacientes beneficiados pelo uso de antidepressivos, tendo como argumentos para a discussão com o paciente, a grande redução do risco de recaída, reduzido em 50% nestes casos, e o fato destas medicações não causarem dependência química. Terapias cognitivo comportamentais prolongadas devem ser consideradas

principalmente nos casos de maior risco de recaída (pacientes que escolheram interromper a terapia medicamentosa ou que recaíram, apesar do uso dos antidepressivos corretamente).

Para ilustrar a representação que a contemporaneidade tem acerca da depressão, as formas de tratamento apresentadas e dos resultados a elas associados, ouça e leia a letra da música de Maurício Ricardo, “Canção da Depressão”, com a banda “Os Seminovos”.

Disponível para apreciação e download gratuito no link: <http://charges.uol.com.br/musica.php?id=19>.

Canção da Depressão - Letra

Você anda deprimido?
Mas que coisa démodé!
Tem um mundo colorido
Na farmácia, pra você!

A dor forte de perder uma paixão
Não vai mais te incomodar
O emprego que só causa frustração
Você vai passar a amar!

Refrão:

Fluoxetina, Sertralina, Citalopran
Paroxetina, Nefazodona, Clonazepan
Pra dormir bem à noite e acordar de manhã bem melhor!

Você vai curtir novela
Vai gostar de ficar só
Vai achar que a vida é bela
Você vai dançar forró

Vai cantar os refrões bestas das canções...
Que só tocam por jabá...
Decorar todos os hits dos verões...
Lá, lá, lá, lá, lá, lá, lá...



SAIBA MAIS



SAIBA MAIS

(refrão)

Acredite no que a bula diz:

A felicidade é química! Ninguém é infeliz...

Você será pra sempre cool... por isso a receita é azul!

(refrão)

(Letra e música: Maurício Ricardo, arranjos Neto Castanheira)

Referências

ARANTES, D. V. "Depressão na Atenção Primária à Saúde". Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v.2, nº 8, jan / mar. 2007: 261 a 270.

CORDÁS, T.A. Depressão, da bile negra aos neurotransmissores: Uma introdução histórica. São Paulo: Lemos Editorial: 2002.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria.

Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança: Geneva (CH): MS; 2001.

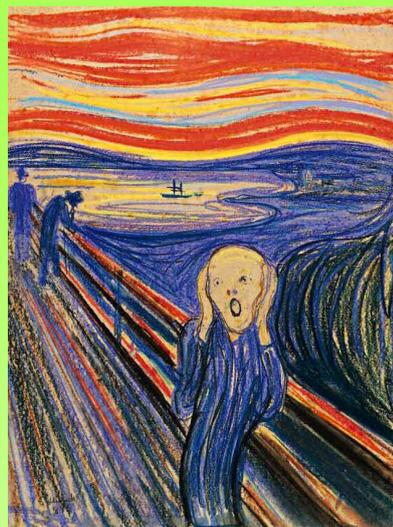
2.4 - Transtorno de pânico

Muitos pacientes que procuram a unidade básica e serviços de emergência recebem o diagnóstico de crise ou ataque de Pânico, fato que torna muito importante o conhecimento dessa patologia (Del Porto, 2000). A crise de Pânico é caracterizada como crise aguda de ansiedade de forte intensidade, que por sua vez, é a manifestação central do transtorno de Pânico. Quando as crises de pânico ocorrem de forma espontânea e recorrente, fala-se em transtorno do pânico (Barlow, 2009).



FIQUE DE OLHO

O ataque de pânico é um conjunto de manifestações de ansiedade de início súbito, com muitos sintomas físicos e de duração auto limitada. Os primeiros ataques de pânico ocorrem sem qualquer fator desencadeante, de forma inesperada. Os ataques subsequentes costumam ocorrer após períodos de ansiedade intensa ou quando o paciente se depara com algum tipo de situação (Versiani, 2008). Como já foi relatado anteriormente, o transtorno de pânico se inicia com os ataques de pânico e com a evolução da doença, normalmente, leva a comportamentos fóbicos secundários, passa a apresentar quadros de agorafobia, onde o paciente acaba evitando determinadas situações ou locais devido ao medo de sofrer um novo ataque.



Locais típicos para o desencadeamento da agorafobia são: túneis, trânsito, avião, grandes espaços abertos e com grande concentração de pessoas. Com a progressão da doença, o paciente fica cada vez mais dependente dos outros e diminui cada dia mais as suas atividades do dia a dia. A crise de pânico apresenta sintomas como: palpitações ou aceleração da frequência cardíaca, sudorese, tremores, sensação de como sintoma psíquico pode ser encontrado uma sensação de medo intenso, como por exemplo, medo de morrer ou de sofrer uma asfixia, dor torácica, náusea, tonturas, parestesias, calafrios ou ondas de calor, etc.

O transtorno de pânico é de 2 a 3 vezes mais frequente no gênero feminino, em particular, associado à agorafobia. Não têm sido identificados determinantes étnicos ou diferenças socioeconômicas significativas. Os parentes biológicos, em primeiro grau, de pessoas com a doença têm um risco 4 a 7 vezes maior de desenvolverem TP em relação à população geral (DEL PORTO, 2000).

Geralmente se inicia no fim da adolescência ou no adulto jovem. Alguns estudos sugerem haver um segundo pico de incidência, mais tardio, entre os 35 e os 40 anos de idade. O início na infância tem sido cada vez mais relatado em estudos específicos sobre o tema (VERSIANI, 2008). O curso, ao longo da vida, é em geral crônico e flutuante. Eventos como a morte de pessoas significativas, separações ou perdas podem se associar com a reagudização das crises (CRASKE, 2009).

Critérios diagnósticos para o transtorno de pânico

Para o diagnóstico de **crise de pânico**, devem ter quatro ou mais dos seguintes sintomas, que tem como característica atingir sua intensidade dentro dos primeiros 10 minutos e diminuir de intensidade após 1 ou 2 horas (Del Porto, 2000):

- Palpitação ou aceleração da frequência cardíaca;
- Sudorese;
- Tremores ou Abalos;
- Sensação de falta de ar ou sufocação;
- Sensação de asfixia;
- Dor ou desconforto torácico;
- Náuseas ou desconforto abdominal;
- Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
- Sensações de irrealidade ou despersonalização;
- Medo de perder o controle ou enlouquecer;
- Medo de morrer;
- Parestesias;
- Calafrios ou ondas de calor.

Os critérios diagnósticos para o **transtorno de pânico** são:

Sintomas obrigatórios para o diagnóstico (Del Porto, 2000):

- Ataques de pânico recorrentes e espontâneos (inesperados);
- Pelo menos um ataque foi seguido por um mês (ou mais) das seguintes características: preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais; preocupação acerca das implicações do ataque ou de suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, ficar “louco”, etc.); alteração significativa do comportamento relacionada às crises de pânico; podem ou não ter agorafobia associada.



ATENÇÃO!

É importante ressaltar que as crises de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento), ou à condição médica geral, por ex. hipertireoidismo (Craske, 2009).



FIQUE DE OLHO

A crise de pânico é melhor explicada por outro transtorno mental, como fobia social (por exemplo, ocorrendo quando em situações de exposição a eventos sociais como falar em público), fobia específica (por exemplo, diante de um animal específico), transtorno obsessivo compulsivo (por ex. quando exposto a sujeira), transtorno de stress pós traumático ou transtorno de ansiedade de separação (por ex. em resposta a estar afastado do lar, em crianças). O tratamento específico pode mudar o curso da doença e sanar a maioria das limitações que a condição impõe aos não tratados (Del Porto, 2000).

Tratamento do transtorno de pânico

a - a supressão das crises de pânico, geralmente através de intervenções farmacológicas; e

b - a correção dos comportamentos fóbicos (medo de sair sozinho, medo de dirigir automóveis, de estar em multidões, etc.), habitualmente através da terapia cognitivo comportamental (Craske, 2009).

Tratamento farmacológico

Usualmente são utilizadas as seguintes medicações (Del Porto, 2000):

- Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram e fluvoxamina
- Tricíclicos: imipramina, clomipramina;
- Benzodiazepínicos: alprazolam, do clonazepam, do lorazepam e do diazepam;
- Inibidores da MAO (monoaminoxidase).

Terapia cognitivo - comportamental

Existem várias formas de utilização da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico e agorafobia. Pode ser individual ou de grupo. Entre elas, temos (Craske, 2009):

Tratamento clínico para pacientes ambulatoriais: Importante para a psicoeducação, reestruturação cognitiva, atribuição e revisão de tarefas de casa e dramatizações (Versiani, 2008). Essa terapêutica é importante, devido à alta prevalência de transtorno de pânico em pacientes que procuram as unidades de atenção básica, além de ter como ponto favorável, a sensação de segurança que os pacientes adquirem. Por exemplo, os pacientes aprendem a ter menos medo na presença do terapeuta, ou em um consultório próximo a um centro médico. As atribuições de tarefas de casa para a prática de habilidades cognitivo-comportamentais em uma variedade de ambientes diferentes é particularmente importante (Versiani, 2008).

Ambiente natural: As ansiedades são colocadas em prática, fazendo com que o paciente se depare com as situações temidas, denominada de exposição in vivo e pode ser realizada com a ajuda de um terapeuta ou pelo próprio paciente. A exposição orientada por terapeuta é particularmente útil para pacientes que não dispõem de uma rede social para dar suporte a tarefas de exposição in vivo. Na exposição dirigida o terapeuta dá o *feedback* corretivo em relação à forma com que o paciente enfrenta situações temidas para minimizar comportamentos defensivos desnecessários. Por exemplo, estimular o paciente a caminhar em uma ponte sem se agarrar ao corrimão (Versiani, 2008).

Referências

CRASKE, Michele G., BARLOW, David H. Transtorno de Pânico e Agorafobia. In: BARLOW, H. D., Manual clínico dos transtornos psicológicos. 4ª Ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

DEL PORTO, J. A. Crise de pânico na prática médica. Unifesp/EPM. Departamento de Psiquiatria Unifesp/EPM. V. 33, n. 4, out-dez 2000.

VERSIANI, M. Transtorno de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. In: Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

2.5 - Transtorno obsessivo compulsivo - TOC

O transtorno obsessivo compulsivo é uma das causas principais na gênese de sintomas clínicos que levam à busca de atendimento médico, assim iniciaremos com a apresentação dos conceitos básicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo, do ponto de vista clínico, epidemiológico e do manejo, para que possa identificar no cotidiano do trabalho da ESF, possa reconhecer e a presença de obsessões e compulsões, e dispor de recursos para avaliar, intervir e/ou fazer encaminhamento para a avaliação e diagnóstico por especialista, se julgar necessário.

Vamos rever situações que com certeza já vivenciou no seu cotidiano de trabalho.



**PARA
REFLETIR**

Você alguma vez atendeu um paciente que chegou com uma dermatite, buscando alívio para a dor e a descamação da pele, e fez a hipótese de que um transtorno psiquiátrico estivesse levando ao comportamento de lavar excessivo, que levou a essas lesões? Como atuou nesse caso?

- a) Tratou ou encaminhou para tratamento da dermatite?
- b) Deu uma “bronca” no paciente, responsabilizando-o por ter provocado a lesão?
- c) Fez perguntas empáticas, interessando-se pelo que estava acontecendo com ele, desde quando está com essas lesões, o que o leva à lavagem excessiva, qual o temor que o leva a esse comportamento, o que está pensando quando inicia o comportamento de lavagem, qual o resultado desse comportamento no alívio temporário da sua ansiedade ou angústia?

Se respondeu “a” e “c”, está indo no bom caminho de um atendimento que leva em conta a pessoa na sua integralidade.

No atendimento na atenção básica, com muita frequência, encontramos pacientes que aparecem com queixas orgânicas, sem se darem conta de que apresentam um quadro psiquiátrico de base, e querem o tratamento ligado apenas aos sintomas. Nesse caso, a dermatite poderia ser uma falta de ar, dor torácica, tonturas, azia e má digestão, formigamento nas extremidades.

Existem levantamentos mostrando que até 46% dos atendimentos clínicos tem uma queixa de ordem psiquiátrica, que só é percebido e feito o diagnóstico se o médico generalista ou membro da equipe de saúde pensar na possibilidade. Assim, um paciente que se apresenta com dor torácica, falta de ar, formigamentos, pode estar tendo um infarto do miocárdio, mas também, pode estar em uma crise de pânico, e a abordagem e conduta será bem diferente se o profissional tiver em conta as duas possibilidades.

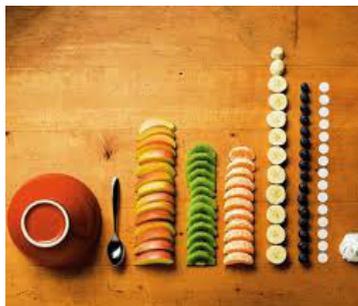
Os pacientes com transtorno obsessivo compulsivo procuram atendimento não só pelas lesões dermatológicas, mas algumas vezes, por estar em uma crise de pânico, ou por estarem deprimidos, com muitos sintomas somáticos do tipo fraqueza, perda de apetite, alteração do sono. O transtorno obsessivo compulsivo é um quadro de ansiedade, por isso, as manifestações clínicas podem ser muito variadas, e se não pensarmos nele, não perguntamos e não fazemos o diagnóstico.

Esse transtorno, muitas vezes, evolui para um quadro depressivo, em função do sofrimento e da desesperança que o paciente sente, e pode ser isso que o leve à busca de atendimento. Raramente ele irá direto ao especialista em psiquiatria, não só pela dificuldade de acesso, mas por não ter a menor ideia de que seus sintomas se devem a um transtorno mental.

Quadro Clínico no TOC

É um quadro psiquiátrico em que o paciente apresenta pensamentos, imagens ou impulsos chamados obsessões que não fazem sentido, são intrusivos e geram muita ansiedade. As obsessões podem ser dos mais diversos conteúdos: contaminação ou doença, dúvidas, comportamento inapropriado, intenção de prejudicar ou causar mal a outro, etc., muitas vezes com conteúdo moral, sexual, religioso.

O indivíduo passa a ter comportamentos ritualizados cuja finalidade é se livrar da ansiedade causada pelas obsessões, comportamentos esses chamados de compulsões. Geralmente são comportamentos repetitivos, lembrando manias, superstições, etc..



As compulsões podem ser mentais, como contar ou ficar repetindo mentalmente algum tipo de mantra, logo, não são observáveis. Mas o mais comum são as compulsões comportamentais, que afetam a vida tanto do portador como

dos seus familiares. Outra manifestação recorrente do TOC é a compulsão por armazenagem, que consiste basicamente em acumular objetos aparentemente inúteis, e a grande dificuldade em se desfazer deles. O TOC é considerado pela OMS como uma das dez doenças mais incapacitantes.

As obsessões mais comuns envolvem os seguintes temas:

- agressão: preocupação em ferir os outros ou a si mesmo; insultar; impulsos de agredir;
- contaminação: sujeira, germes, contaminação, pó, doenças;
- conteúdo sexual: fazer sexo com pessoas ou em situações impróprias; pensamentos obscenos;
- armazenagem e poupança: colecionar, guardar objetos inúteis;
- religião: escrupulosidade, blasfêmias, pecado, certo/errado;
- simetria: exatidão ou alinhamento;
- somáticas: preocupação excessiva com doenças;
- diversas(s): sons, palavras, números.

As compulsões mais comuns envolvem:

- limpeza/lavagem: (mãos, corpo, banho, toalhas, limpeza da casa, não tocar);
- verificação ou controle: fechaduras, portas, janelas, gás, torneiras, chuveiros, etc;
- repetições: (sair/entrar; palavras, números, parágrafos, páginas, gestos, leitura, escrita);
- contagens: objetos, janelas, portas, carros, etc;
- ordem/arranjos/sequências, simetria ou alinhamento;

- acumular/colecionar: empilhar jornais velhos, colecionar objetos inúteis;
- compulsões diversas: outros rituais mentais, fazer listas, tocar, bater de leve ou tocar em objetos, olhar.

Geralmente se manifesta na idade de 9 a 11 anos, podendo a pessoa passar a vida toda sem diagnóstico, mas também pode ser desencadeado devido a algum trauma físico (traumatismo craniano ou encefalite letárgica, por exemplo) ou psicológico. É comum o paciente ter vergonha de suas obsessões e compulsões, gerando baixa autoestima, podendo desencadear depressão, uma das principais comorbidades de portadores de TOC.

Essas manifestações não têm caráter delirante, pois em algum momento os pacientes reconhecem a sua irracionalidade e como são exageradas. Para serem consideradas patológicas é necessário que um período considerável do dia seja dedicado a elas, em princípio mais de uma hora ao dia, ou que haja um considerável prejuízo no funcionamento da pessoa acometida.

Epidemiologia do transtorno obsessivo compulsivo

Até o início dos anos 80 o TOC era considerado uma doença rara, com prevalência populacional de 0.05% apenas. Contudo, isso se devia ao fato do desconhecimento dos vários fatores causadores do TOC por parte dos profissionais, da vergonha dos pacientes em revelar suas compulsões, poucas perguntas feitas pelos profissionais acerca dos sintomas e dificuldade em diagnosticá-lo.

É interessante verificar que ele existe em todas as culturas, com semelhanças das obsessões e compulsões em países tão diferentes como a Inglaterra, Índia, Japão e Noruega.

A prevalência durante a vida é em torno de 2%, e há uma leve tendência a ser mais comum em mulheres, no estudo pioneiro chamado ECA (*Epidemiological Catchment Area*), publicado por Karno e Golging em 1991. No Brasil, um estudo epidemiológico feito em uma área de captação de São Paulo (Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity) a prevalência foi mais alta, de 5,8% (Viana e Andrade, 2011).

Existem muitas evidências de componente genético de vulnerabilidade, tanto em estudos de famílias como de gêmeos. Há um aumento de 3 a 12 vezes em familiares de primeiro grau, e as taxas de concordância em gêmeos monozigóticos são de 53 a 87%, enquanto em gêmeos dizigóticos é de 22 a 47% (estudos publicados por Hemmings e Stein em 2006). Esses fatos demonstram que apesar de forte influência genética, há outros fatores que contribuem para o desenvolvimento do quadro clínico.

Os estudos de neuroimagem mostram a participação dos gânglios da base e do lobo frontal, evidenciando uma base neurológica para esse transtorno.

Tratamento no TOC

O tratamento farmacológico usual é com antidepressivos, pois estes apresentam também uma ação “anti-obsessiva”. Os principais medicamentos são os inibidores de recaptção de serotonina e os tricíclicos. As doses, entretanto, são mais elevadas que no tratamento da depressão, podendo causar espanto no paciente. Outras orientações importantes: os efeitos benéficos tendem a demorar cerca de doze semanas, como doses muito altas tendem a gerar efeitos colaterais mais incômodos (cefaleia, taquicardia, xerostomia) e que são mais intensos nas primeiras semanas, e a melhora nos sintomas é demorada e progressiva. Além de não haver, em geral, uma eliminação total dos sintomas, é comum o paciente querer abandonar o tratamento. Entretanto, é alto o índice de recaídas se houver interrupção na medicação, principalmente se esta for uma forma isolada de tratamento.

Associado ao tratamento farmacológico costuma-se aplicar a terapia cognitiva comportamental (TCC). A TCC baseia-se na constatação de que, se o paciente desafia seus medos, por exemplo, expondo-se às situações que evita ou tocando nos objetos que considera contaminado (exposição), deixa de realizar os rituais de descontaminação ou verificações (prevenção da resposta). Em um primeiro momento a aflição aumenta, em pouco tempo ela tende a diminuir até desaparecer por completo espontaneamente (habituação). Repetindo tais exercícios os medos de tocar em coisas sujas ou contaminadas, de fazer verificações ou a necessidade de realizar rituais acabam desaparecendo por completo.

Vamos em seguida compreender um pouco mais desse transtorno.

Situação problema:

Clarice, 30 anos, divorciada, vendedora de roupas, mãe de 3 filhos: Luciana, 5, Juliana, 14 e Gilvana, 16. Chega à UBS com as filhas mais velhas com queixa principal de “feridas nas mãos”. As filhas relatam que há 2 anos a mãe tornou-se extremamente rigorosa com limpeza, lavando as mãos várias vezes por dia, proibindo-as de entrarem calçadas em casa ou sentarem-se no sofá usando a roupa da rua. Tal comportamento excessivo tinha causado situações conflitantes entre elas diversas vezes. Ao chegar à UBS, Clarice recusou-se a apertar a mão dos profissionais e pouco falou durante a consulta. Ao exame, Clarice apresenta lesões descamativas e eritematosas nas palmas e dorso das mãos.

Perguntas importantes a serem feitas

1. Você pensaria num distúrbio psiquiátrico no caso de Clarice?

Sim ()

Não ()

2. Em que você se baseia?



FIQUE DE OLHO

VAMOS REVER O CONCEITO DE TRANSTORNO MENTAL

O DSM-IV [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana] concebe o conceito de transtornos mentais como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p.ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p.ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade.

3. Você mantém a sua suspeita de transtorno psiquiátrico em relação a Clarice?

Sim ()

Não ()

4. Quais são as alterações de comportamento e os sintomas psíquicos que sugerem isso?



FIQUE DE OLHO

Para ajudar a refletir sua resposta:

Muitos diagnósticos psiquiátricos são perdidos por seus sinais e sintomas serem subestimados, e muitas vezes confundidos com manias ou variações naturais de comportamento. Quando se conhece o contexto social no qual a família está inserida, e este contexto não é favorável, é comum esperar e aceitar que a pessoa não se encaixe nos padrões convencionais. Entretanto, tais variações podem indicar algum transtorno mental. Isso não significa que todo comportamento diferente deva ser patológico e que todo indivíduo seja considerado psiquiatricamente enfermo. A linha que separa esses dois lados é tênue, e uma forma de diferenciá-los é analisar se tais alterações comportamentais trazem sofrimento pessoal, prejudicam de alguma forma o convívio social e funcionalidade do indivíduo, e se são voluntárias, por exemplo, se a pessoa é capaz de mudar seus hábitos por um determinado tempo tranquilamente, sem grandes dificuldades e sem que isso lhe cause grande ansiedade ou outras manifestações psicopatológicas. Se tal caso for detectado, é importante aprofundar mais em seu estudo, pois pode ser necessário um tratamento. Existem casos em que o paciente tem vergonha de seus hábitos, manias, alucinações ou outro sintoma, não os revelando facilmente. O estabelecimento de um bom vínculo entra como fator fundamental nesses casos. Assim sendo, a equipe da ESF pode desempenhar um papel significativo na elucidação diagnóstica e encaminhamento terapêutico.

5. Pensando em uma possibilidade diagnóstica para o caso de Clarice, o que você aventaria como transtorno psiquiátrico?

a. Transtorno obsessivo compulsivo [TOC] ()

b. Dermatite de contato ()

c. Fobia social ()

6. Supondo que você tenha aventado a possibilidade de transtorno obsessivo compulsivo [TOC], na sua opinião, os dados apresentados no caso clínico de Clarice já são suficientes para este diagnóstico?

Sim ()

Não ()

7. Se não, que perguntas você faria?

8. Veja agora os critérios diagnósticos propostos pela Organização Mundial de Saúde [OMS] na décima edição da Classificação Internacional de Doenças [CID 10] para TOC e compare com as informações obtidas e verifique se há necessidade de mais alguma pergunta, além das que você possivelmente formulou.

9. No caso clínico apresentado, vimos que os problemas de Clarice estão afetando o relacionamento com as filhas. Reflita: de que maneira essa alteração pode afetar sua convivência familiar e comunitária? E de que forma a família lida com isso?

Veja aqui as Respostas para as questões acima.



SAIBA MAIS

- Questão 1 (sim).
- Questão 2 - Presença de comportamentos considerados exagerados, que provocam ansiedade intensa, repercutem no funcionamento pessoal e familiar e se acompanham de sofrimento da paciente e da família
- Questão 3 - (sim)



SAIBA MAIS

- Questão 4 - Preocupação excessiva com limpeza, comportamento excessivo de lavar as mãos, exigências aos familiares de se adequarem aos padrões dela.
- Questão 5 - (a)
- Questão 6 - (Não)
- Questão 7 - Verificar se reconhece que os pensamentos e comportamentos são excessivos, se tenta evitar, se ocupam muito o tempo no seu dia, se o comportamento de lavar as mãos alivia momentaneamente sua ansiedade.
- Questão 8 - *A CID-10 estabelece os seguintes critérios para diagnóstico de TOC - F 42:*
 - A. Compulsões ou obsessões estão presentes na maioria dos dias, por um período de pelo menos duas semanas.*
 - B. São reconhecidas como originadas da mente do paciente e não impostas por pessoas ou influências externas;*
 - C. São repetitivas e desagradáveis devendo estar presente pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional;*
 - D. O paciente tenta resistir a elas, mesmo que minimamente, existindo pelo menos uma obsessão ou compulsão à qual resiste sem sucesso;*

E. *Avivência das obsessões ou a realização dos atos compulsivos não são prazerosos (distinguir do alívio de ansiedade).*

F. *C. Causam angústia ou interferem no funcionamento social ou individual usualmente pela perda de tempo.*

G. *Não são o resultado de outros transtornos mentais.*

OBS. *Todos os critérios devem estar presentes.*



SAIBA MAIS

Questão 9

Generalizadamente, casos de transtornos mentais causam situações conflitantes na família. Mudanças repentinas de comportamento causam estranhamento na família, o que pode acarretar reações de impaciência, falta de compreensão, repreensão, isolamento, entre outras coisas. Transtornos mentais também, comumente, são incapacitantes, impedindo que a pessoa progrida em seu trabalho. Muitos portadores são tidos como vagabundos, preguiçosos e até mesmo incapazes, podendo levar à perda do emprego e dificuldade em conseguir outro. A forma como a família e os amigos lidam com isso influi muito na evolução da doença. Isolamento social agrava a situação e o sofrimento psíquico, podendo causar sequelas irreversíveis. Reforço do comportamento, como, por exemplo, aderir a manias e compulsões, estimulam tais ações, tornando mais difícil a melhora do portador. Esses são só alguns exemplos para ilustrar o quanto a família é importante no desenvolvimento e evolução de um transtorno mental. É ideal que qualquer tratamento, assim como seu diagnóstico, seja traçado em conjunto com a família, pois, assim como os familiares são afetados pela doença, a forma como lidam com isso também é determinante na melhora do paciente.

Evolução do caso

Durante a avaliação pela equipe de saúde, o comportamento de Clarice evidenciava que a mesma estava bastante inibida. Considerando esta observação clínica, você decide tratar ou encaminhar para tratamento das lesões dermatológicas e orientá-la a diminuir a frequência de lavagem de mãos. Solicita que ela retorne para uma nova avaliação sem a presença das filhas durante a consulta.

Na semana seguinte, Clarice volta, dessa vez sozinha. Logo ao chegar, mal se acomoda na cadeira, começa a chorar.



**PARA
REFLETIR**

1. Qual a importância de solicitar que ela retorne sozinha em uma semana?

a. Oferecer um espaço no qual Clarice possa se manifestar mais livremente?

Sim () Não ()

b. Checar se houve melhora nas lesões de pele?

Sim () Não ()

c. Formular perguntas mais íntimas com maior liberdade?

Sim () Não ()

Fortalecer o vínculo terapêutico com Clarice?

Sim () Não ()

Se você respondeu SIM a todas essas questões, compreendeu bem a importância de investigar melhor o quadro que a trouxe à consulta, possibilitando o início de uma avaliação do conteúdo psíquico. Todos estes objetivos são importantes e justificariam a solicitação de breve retorno de Clarice sozinha à UBS.



FIQUE DE OLHO

Dentro do modelo biopsicossocial, temos como proposta uma atenção integral em saúde, que se afasta da postura tecnicista, focada apenas na conduta do especialista que tenta dar solução ao problema concreto, sem levar em conta o paciente na sua totalidade. Nesse caso, a visão tecnicista teria levado apenas ao tratamento da dermatite. A visão de causas psíquicas subjacentes, a repercussão no funcionamento familiar, laborativo, social, a avaliação das redes de apoio possibilitam uma abordagem muito mais ampla e efetiva no manejo do caso clínico.

Uma sugestão de leitura:

Marco, Mario Alfredo de. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan/abr. 2006. p.60-67



PARA REFLETIR

1. As perguntas seguintes são exemplos de questões mais íntimas que requereriam um ambiente mais reservado em que o paciente se sinta mais à vontade.

- a. O que antes dos sintomas começaram?
 - i. Você acha que esse(s) evento(s) se relaciona(m) com o início dos sintomas?
 - ii. Você acha que esse(s) evento(s) se relaciona(m) com o início dos sintomas?



ATENÇÃO!

No modelo de estresse-vulnerabilidade, que explica a gênese de muitas doenças, e em especial dos transtornos psiquiátricos, vemos que não basta haver uma predisposição genética, hereditária, os fatores ambientais tem um papel determinante, daí a importância de perguntar sobre os antecedentes familiares, pessoais, eventos estressores atuais e pregressos.



FIQUE DE OLHO

No transtorno obsessivo-compulsivo, muitos estudos mostram o potencial genético, ligado à vulnerabilidade. Estudos em famílias, em gêmeos monozigóticos e dizigóticos evidenciam a base genética: há um aumento do risco para transtorno obsessivo-compulsivo entre 3 e 13 vezes em familiares de pacientes. As taxas de concordância variam de 22-47% em gêmeos dizigóticos até 53-87% em monozigóticos.

Fatores estressores têm sido associados ao desenvolvimento do quadro: eventos traumáticos ao longo da vida, mudanças de vida, discórdias conjugais, gravidez e pós-parto, doença ou morte de pessoas próximas. A associação dos fatores genéticos de vulnerabilidade aos eventos estressores favoreceria o aparecimento do quadro psiquiátrico.



PARA REFLETIR

SERÁ QUE QUALQUER PENSAMENTO ESTRANHO QUE “INVADE” NOSSA CABEÇA É INDICADOR DE UM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO?

- a) Você tem algum tipo de pensamento sobre o qual não tem controle e gostaria de evitar? Como você determina se ele não é indicador de um quadro psiquiátrico?



ATENÇÃO!

Os pensamentos estranhos ocasionais geram pouco grau de desconforto, pouca ou nenhuma ansiedade, a pessoa não se preocupa muito, tem facilidade para se livrar deles, e não provocam alterações comportamentais significativas.



FIQUE DE OLHO

O aparecimento ocasional de pensamentos estranhos, intrusivos, não é incomum. A maioria das pessoas, no entanto, não lhes dá grande importância, não ficando ansiosas ou atemorizadas por esses pensamentos, nem desenvolvem rituais para afastar a ansiedade gerada por esses pensamentos. Simplesmente aparecem e vão embora, sem deixar marcas ou preocupação excessiva. Daí a importância de verificar não só a presença e o conteúdo dos pensamentos que incomodam, mas o grau de desconforto que geram, e as manobras para afastá-los, o que ajuda muito na sua caracterização como patológicos.

Para o profissional de saúde, esta pergunta não apenas ajuda a elucidação diagnóstica, mas também oferece apoio emocional ao paciente.

Quais as implicações na forma como a família lida com o problema?



ATENÇÃO!

Em geral a família não reconhece um transtorno psiquiátrico como o transtorno obsessivo-compulsivo com facilidade, tendendo a dar outras explicações, especialmente manias, e reagem com raiva e hostilidade diante dos comportamentos ligados ao transtorno.



FIQUE DE OLHO

Estudos pioneiros de George Brown (1959) mostraram o impacto da qualidade do relacionamento entre familiares e pacientes no prognóstico da doença. Muitas vezes os familiares, no convívio íntimo e continuado, e sem uma compreensão adequada do problema, desenvolvem emoções negativas em relação ao paciente (raiva, hostilidade, impaciência, etc.), que levam a comportamentos inadequados em relação ao paciente. Muitas vezes essa interação familiar carregada de emoções negativas levará a reforços negativos no comportamento do próprio paciente, dificultando a adesão ao tratamento e o desenvolvimento de estratégias saudáveis para melhora.

Evolução do Caso

Como os vínculos já estavam estabelecidos, o profissional da equipe de saúde pediu para conversar a sós com Clarice, e perguntou se havia acontecido algo muito ruim, ou muito traumático em sua vida, na época em que começou a se preocupar excessivamente com limpeza. Com muita dificuldade, ela conta que foi estuprada há dois anos. Durante a conversa, se mostrou progressivamente ansiosa, agitada e deprimida.

1. Em vista das informações obtidas e considerando a sua função, o que você faria?

- a. Encaminharia para um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, relatando a história de Clarice e a suspeita de TOC

Sim () Não ()

- b. Diante da gravidade do problema, recomendaria a Clarice que fosse ao serviço de emergência de um hospital psiquiátrico.

Sim () Não ()

- c. Considerando que o problema de Clarice não é orgânico, você a dispensaria explicando-lhe que ela não tem nada que requeira cuidados em saúde.

Sim () Não ()

Acredito que você tenha pensado na possibilidade de encaminhá-la para um especialista no CAPS fazer a avaliação, local muito adequado e deve ser o mais conveniente para essa paciente, onde na avaliação de risco não há indicação para a internação em hospital psiquiátrico. Assim as alternativas para os itens são a (sim), b (não) e c (não)

Aí você pode ter sentido mais uma dificuldade. Será que ela vai aceitar, ou vai achar estranho ser encaminhada para um psiquiatra? Existe a possibilidade de ela não querer ou ter medo de ser considerada “louca”. Como você poderia apresentar a ela de um modo convincente a indicação de ir ao especialista?

Esse é um ponto crucial, e do modo como você fizer depende o sucesso dessa entrevista.

Sugiro a você algumas estratégias que facilitam a abordagem dessa questão. Elas são melhor estudadas dentro da chamada “entrevista motivacional”, idealizada por Miller e Rolnick, 1991, pesquisadores que inicialmente fizeram essa abordagem para mudanças de comportamentos em pacientes com distúrbios na esfera de abuso de álcool e drogas, e depois foram fazendo adaptações para grande número de situações clínicas que exigem mudanças de hábitos e adesão a tratamentos farmacológicos e/ou psicoterápicos para melhor resultado.

É muito comum o paciente apresentar resistência, ou ficar no que se chama de ambivalência, em dúvida se deve ou não tentar seguir a sua orientação. Para lidar com essas situações, o profissional de saúde deve procurar ter:

- uma escuta empática; isso significa fazer muitas perguntas abertas, que não tenham só um “sim” ou um “não” como resposta, mas que possibilitem ao paciente falar de modo mais extenso sobre o que queremos saber (suas preocupações, medos, etc.)
- evitar colocar-se como “autoridade”, que “manda” para que o outro “obedeça”: a decisão é tomada em conjunto, e toda

a abordagem é centrada no cliente: suas queixas, suas necessidades, suas dúvidas, seus medos, etc.

No nosso exemplo, você tentaria:

- explicar porque pensou que ela se beneficiaria de uma avaliação por um psiquiatra
- ouvir o que ela quer falar: se entende essa indicação, se não quer ir, porque.
- iniciar compreendendo e validando sua resistência, para em seguida fazer uma psicoeducação em linguagem compreensível e adequada.
- colocar-se como aliado dela, que quer a sua melhora, e vai continuar querendo saber como foi essa avaliação no próximo retorno, para o seguimento do tratamento da lesão de pele que você está se responsabilizando por tratar.

Se você quiser aprofundar mais na entrevista motivacional, especialmente para o clínico geral, recomendamos as seguintes leituras:

Se você quiser aprofundar mais na entrevista motivacional, especialmente para o clínico geral, recomendamos as seguintes leituras:



SAIBA MAIS

COUTO, Letícia de Studinski Ramos Brito; RODRIGUES, Lidiane; VIVAN, Analise de Souza e KRISTENSEN, Christian Haag. A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. *Contextos Clínic* [online]. 2010, vol.3, n.2 [citado 2015-05-19], pp. 132-140 .

GOMES, Cema Cardona; COMIS, Thiago Osório e ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias. *Aletheia* [online]. 2010, n.33 [citado 2015-05-19], pp. 138-150 .



SAIBA MAIS

STEPHEN ROLLNICK; WILLIAM R. MILLER; CHRISTOPHER C. BUTLER. Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde. Porto Alegre, RS: Artmed..2008 . ISBN : 8536317027. Disponível em: <<http://www.jacotei.com.br/livros--editora%20artmed.html>>.

Retorno e acompanhamento do caso

Clarice retorna com o diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), que é um tipo de transtorno de ansiedade.

Está sendo tratada com antidepressivo, e foram marcados retornos com o psiquiatra para o seguimento.

Inicialmente teve dificuldade de falar sobre esse tratamento com as filhas e amigas, por achar que não iam entender porque está indo ao psiquiatra, e tem medo de que por causa disso seja tratada de modo diferente, ou pensem que está “louca”. Mas está seguindo a orientação, e já está melhor não só da dermatite como da ansiedade ligada aos pensamentos obsessivos, e está conseguindo não lavar as mãos com a mesma frequência que fazia anteriormente.



ATENÇÃO!

Como um membro da equipe de saúde pode trabalhar esses fatores, de forma psico-educativa, junto ao paciente, à família e à comunidade?

É importante orientar sobre a ligação desses pensamentos e comportamentos a um transtorno de ansiedade potencialmente grave, que é apresentado por muitas outras pessoas. A manifestação dos sintomas não é voluntário, e tem tratamento, e uma importante melhora pode ser obtida se o tratamento for seguido. Orientar sobre a importância da família entender e ajudar a Clarice a aderir ao tratamento. Você identifica outras ações que poderiam ser implementadas nessa situação clínica?

Tratamento

O tratamento farmacológico usual é com antidepressivos, pois estes apresentam também uma ação “anti-obsessiva”. Os principais medicamentos são os inibidores de recaptção de serotonina e os tricíclicos. As doses, entretanto, são mais elevadas que no tratamento da depressão, podendo causar espanto no paciente. Outra orientação importante é a de que os efeitos benéficos tendem a demorar cerca de 12 semanas. Como doses muito altas tendem a gerar efeitos colaterais mais incômodos (cefaleia, taquicardia, xerostomia), e que são mais intensos nas primeiras semanas, e a melhora nos sintomas é demorada e progressiva, além de não haver, em geral, uma eliminação total dos sintomas, é comum o paciente querer abandonar o tratamento. Entretanto, é alto o índice de recaídas se houver interrupção na medicação, principalmente se esta for uma forma isolada de tratamento.

Referências

Associação Brasileira de Psiquiatria Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar. Transtorno obsessivo-compulsivo-Diagnóstico., Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011

Brown, G.W. The Discovery of expressed emotion: induction or deduction. In: Left, J.& Vaughn, C. (eds). Expressed emotion in families: its significance for mental illness. New York: The Guilford Press, 1985

Cordioli, A. V. Psicofármacos Consulta rápida. Artmed Editora, 3ª. Edição, 2005.

COUTO, Letícia de Studinski Ramos Brito; RODRIGUES, Lidiane; VIVAN, Analise de Souza e KRISTENSEN, Christian Haag. A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. *Contextos Clínic* [online]. 2010, vol.3, n.2 [citado 2015-05-19], pp. 132-140 .

De Marco, M.A. (org.) . A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. Casa do Psicólogo, 2ª. Edição, 2007

Eugene C. Toy and Debra L. Klamen. Casos Clínicos em Psiquiatria.. McGraw Hill-- Artmed Editoras, 2011.

GOMES, Cema Cardona; COMIS, Thiago Osório e ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias. *Aletheia* [online]. 2010, n.33 [citado 2015-05-19], pp. 138-150 .

Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. British Medical Journal 333(7565):424-429, 2006

Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder., American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry 164 (7 Suppl): 5-53, 2007

Sadock, B.J., Sadock, V. A. Kaplan & Sadock. Compendio de Psiquiatria., Editora Artmed, 9a. edição, 2007, Cap. 16, p. 657.

STEPHEN ROLLNICK; WILLIAM R. MILLER; CHRISTOPHER C. BUTLER. Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde. Porto Alegre, RS: Artmed..2008 . **ISBN** : 8536317027

Transtorno obsessivo-compulsivo. Shavitt RG, Torres AB, Hounie AG. In: Clínica Psiquiátrica, Constantino EC, Gentil V, Gattaz, WF (Editores), Ed. Manole, 2011, pp. 848-862

2.6 - Psicoses

2.6.1 – Psicoses Funcionais

A palavra psicose parece assustadora, principalmente depois do filme homônimo de Alfred Hitchcock, mas assustadora mesmo é a situação de tantos pacientes psicóticos que andam perambulando por aí sem diagnóstico e sem tratamento.

Eu imagino que uma das suas primeiras perguntas é: o que é mesmo psicose? Antes de respondermos vamos ver um trecho do filme Uma Mente Brilhante, de 2001. Esse filme é baseado na história real de um professor e pesquisador americano que tem esquizofrenia.

Genial, não? Mas, vamos à nossa tarefa de definir a psicose. Você viu cenas de alucinações auditivas representadas, em linguagem cinematográfica, por visões que conversavam com o personagem. Viu também a cena na qual o psiquiatra conversa com a esposa de Nash sobre os seus delírios, afirmando, ao final, que Nash rompeu com a realidade. Pois bem, em linhas gerais, temos aqui os componentes que caracterizam e definem a psicose.



Clique no link abaixo para assistir!

http://www.youtube.com/watch?v=7_K-BxndTOI&feature=related

Podemos definir psicose como uma alteração patológica da sensopercepção caracterizada por alucinações que podem ser auditivas, visuais, táteis, olfativas e gustativas, em geral associadas a delírios, isto é, distúrbios do pensamento que se manifestam por interpretações francamente distorcidas dos dados da realidade objetivável. Este quadro leva o indivíduo a relacionar-se com o mundo exterior a partir de seus delírios e alucinações, determinando uma ruptura com a realidade.

Atualmente, considera-se sob a rubrica de 'psicoses funcionais', os quadros psicóticos afetivos e esquizofrênicos em contraposição às demências e estados confusionais. O termo foi introduzido por um neurologista, Reynolds, em 1855, que classificou as doenças em orgânicas, aquelas que apresentam mudanças cerebrais anatomopatológicas responsáveis pelo quadro clínico; e funcionais, isto é, que se manifestam com distúrbios comportamentais observáveis, mas sem lesão cerebral estrutural detectável. A classificação foi adotada a seguir pelos psiquiatras, e vem se mantendo desde então, apesar das evidências que se acumularam nas últimas décadas sobre as alterações anatomopatológicas presentes nos estudos de neuroimagem na esquizofrenia.

Segundo os critérios da Classificação Internacional das Doenças, em sua 10ª edição (Organização Mundial da Saúde, 1993), o termo 'psicoses funcionais' englobaria diversos transtornos, sendo o principal a esquizofrenia (F20.), mas também transtorno esquizotípico (F21), transtornos delirantes persistentes (F22), transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23), transtorno delirante induzido (F24), transtornos esquizoafetivos (F25), outros transtornos psicóticos não-orgânicos (F28), psicose não-orgânica não especificada (F29), episódio maníaco do tipo psicótico (F30.3), transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F31.3), transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo com sintomas psicóticos (F31.5), episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3) e transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos (F33.3).

O DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) é atualmente o sistema mais amplamente utilizado para o diagnóstico das psicoses funcionais e de outras doenças mentais, no âmbito da pesquisa em psiquiatria. Consideraremos os critérios diagnósticos do DSM-IV porque todos os artigos que apresentaremos nesta aula foram produzidos a partir desses critérios.

Como reconhecer ou diagnosticar uma psicose funcional?

Pelo DSM-IV, estabelece-se o diagnóstico de esquizofrenia quando os sinais e sintomas do transtorno estão presentes por, pelo menos, seis meses, incluindo sintomas prodrômicos e residuais. Os critérios diagnósticos característicos incluem:

- (a) Alucinações,
- (b) Delírios,
- (c) Discurso desorganizado,
- (d) Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e
- (e) Sintomas ditos negativos, pelo prejuízo da função psicológica [embotamento afetivo, alogia (ausência de lógica; absurdo, contrassenso, disparate) ou avolição].

Pelo menos dois ou mais destes sintomas devem estar presentes por, pelo menos, um mês. Apenas um dos sintomas é necessário se os delírios forem bizarros ou se as alucinações auditivas consistirem de vozes que comentam sobre o paciente ou duas vozes que conversam entre si. Além dos sintomas clínicos, deve haver prejuízo social e/ou ocupacional. A presença de sintomas de humor, tais como depressão ou sintomas de mania (exaltação do humor), não podem estar presentes. Finalmente, condições médicas gerais ou abuso de substâncias que poderiam produzir sintomas psicóticos devem ser descartados.

O DSM-IV descreve ainda quatro subtipos de esquizofrenia: paranóide, desorganizada, catatônica e indiferenciada. O tipo **paranóide** é caracterizado por preocupação com delírios e alucinações, mas não se observa discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico ou ainda afeto embotado ou inapropriado. Este é o subtipo que apresenta o melhor prognóstico. O tipo **catatônico** corresponde a uma síndrome clínica caracterizada por anormalidades posturais e/ou de movimento, mutismo ou ecolalia. No tipo **desorganizado**, os seguintes sintomas são proeminentes: discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado ou inapropriado. Os critérios

para o tipo catatônico não são preenchidos. Este é o subtipo de pior prognóstico. Finalmente, o subtipo **indiferenciado** é diagnosticado quando o paciente, embora preencha os critérios para esquizofrenia, não preenche critérios para os subtipos anteriores.

Duas outras categorias diagnósticas no “espectro da esquizofrenia” são os tipos residual e o transtorno esquizofreniforme. Aquele corresponde aos pacientes que preencheram critérios para esquizofrenia no passado, mas não preenchem mais. O diagnóstico aplica-se quando há a proeminência de sintomas negativos ou a presença de dois ou mais sintomas característicos atenuados, mas não delírios proeminentes, alucinações, sintomas catatônicos ou discurso e/ou comportamento desorganizados. O transtorno esquizofreniforme refere-se àqueles indivíduos cujos sintomas não se mantiveram presentes por, pelo menos, seis meses. Esse diagnóstico é feito frequentemente como um prelúdio para o diagnóstico de esquizofrenia e está frequentemente associado a pacientes que buscaram tratamento precocemente no curso da doença. No entanto, alguns indivíduos com este diagnóstico recuperam-se completamente e não voltam a apresentar outros episódios psicóticos.

2.6.2 - Psicoses Afetivas

Em outro grande grupo encontram-se as psicoses afetivas, que correspondem a quadros de episódio depressivo com sintomas psicóticos, episódios de mania e mistos.

Segundo o DSM-IV, considera-se o diagnóstico de episódio depressivo, quando cinco ou mais dos sintomas abaixo estiverem presentes durante o mesmo período de duas semanas e representem uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Os sintomas não se devem ao efeito fisiológico direto de uma substância ou de uma condição médica geral e não são melhor explicados por luto:

- (a) Humor deprimido,
- (b) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos,
- (c) Perda ou ganho significativo de peso,
- (d) Insônia ou hipersonia,
- (e) Agitação ou retardo psicomotor,
- (f) Fadiga ou perda de energia,
- (g) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada,

- (h) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou tomar decisões,
- (i) Pensamentos de morte recorrentes. (Associação Psiquiátrica Americana, 1994)

Os critérios diagnósticos para Episódio Maníaco são:

- (a) Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando pelo menos uma semana (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária);
- (b) Durante o período de perturbação do humor, três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes (quatro se o humor for apenas irritável):
 - (1) Autoestima inflada ou grandiosidade,
 - (2) Necessidade de sono diminuída,
 - (3) Loquacidade,
 - (4) Fuga de ideias ou a experiência subjetiva de que os pensamentos estão “correndo”,
 - (5) Distratibilidade,
 - (6) Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora,
 - (7) Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para experiências dolorosas. A perturbação de humor é suficientemente grave para causar prejuízos à vida social e/ou ocupacional e não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

O Episódio Misto satisfaz os critérios para Episódio Maníaco e para Episódio Depressivo Maior, durante o período mínimo de uma semana. A perturbação do humor é suficientemente grave para causar acentuado prejuízo no funcionamento ocupacional e/ou social ou para exigir a hospitalização ou existem sintomas psicóticos. Da mesma forma, os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.



FIQUE DE OLHO

A condição clínica denominada “Transtorno Afetivo Bipolar” caracteriza-se essencialmente por apresentar um curso clínico no qual ocorre pelo menos um episódio maníaco ou misto.

É importante salientar que os limites entre a Esquizofrenia e os Transtornos Afetivos são, em muitos casos, obscuros. Muitos indivíduos que preenchem critérios para esquizofrenia mostram sintomas proeminentes de depressão. Estes sintomas estão, às vezes, presentes antes do início da esquizofrenia e, frequentemente, ocorrem em associação com sintomas psicóticos proeminentes. Para estes casos, o DSM-IV inclui uma categoria diagnóstica denominada transtorno esquizoafetivo. Esse diagnóstico corresponde conceitualmente a uma categoria híbrida entre os transtornos afetivos (transtorno bipolar ou depressão maior com características psicóticas) e a esquizofrenia. Os dois subtipos são o depressivo (se os distúrbios de humor incluírem apenas episódios depressivos) e o bipolar (onde houve episódios com sintomas de mania ou de estados mistos).

Estudos epidemiológicos entre diferentes culturas encontraram estimativas de prevalência de esquizofrenia ao longo da vida ao redor de 1% (Kulhara e Chakrabarti, 2001; Torrey, 1987). Nos EUA, aproximadamente 60% dos pacientes recebem benefícios por invalidez após um ano de doença (Andreasen, 1999). Assim, a esquizofrenia é um problema importante de saúde pública mundial com altos custos para o indivíduo e para a sociedade.

No Brasil, o censo demográfico de 2010 identificou que o número de adultos jovens, na faixa etária entre 20 e 39 anos (faixa de maior risco para o desenvolvimento de psicoses funcionais) foi de 63.982.696, ou seja, 33,3% da população geral. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010a).

Nas últimas décadas, uma proporção considerável da população moveu-se de áreas rurais para viver em grandes centros urbanos, frequentemente em condições sociais adversas. No censo de 2010, 84,4% da população brasileira vive em áreas urbanas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010b).

Estudos recentes na Europa têm mostrado que ter nascido ou ter crescido em grandes cidades aumenta o risco para esquizofrenia (Lewis *et al.*, 1992; Marcelis *et al.*, 1998; Mortensen *et al.*, 1999). Em um dos poucos estudos epidemiológicos sofisticados realizados no Brasil (Andrade *et al.*, 2002), a prevalência de transtornos mentais foi investigada em 1.464 indivíduos residentes em São Paulo, usando uma entrevista chamada “*Composit International Diagnostic Interview*”. A estimativa de prevalência de psicoses não-afetivas foi surpreendentemente alta, 1,9%.

Além disso, embora os estudos da Organização Mundial da Saúde venham mostrando evidências favoráveis a uma melhor evolução da esquizofrenia,

em países em desenvolvimento, comparativamente aos países desenvolvidos, a maior parte das pessoas com esquizofrenia, em muitos países emergentes, está vivendo em grandes centros urbanos. É possível que esses pacientes possam não se beneficiar deste suposto melhor prognóstico. (Jablensky *et al.*, 1992).

Estimativas de prevalência dos transtornos afetivos foram obtidas nos dois grandes estudos epidemiológicos americanos: o *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA), realizado em 1981, (Eaton *et al.*, 1989) e o *National Comorbidity Survey* (NCS), realizado em 1991 (Blazer *et al.*, 1994). Na amostra do ECA, a prevalência ao longo da vida de depressão maior, excetuando-se transtorno bipolar foi de 4,4/100 habitantes, sendo 0,6/100 para depressão psicótica. Como um todo, 14,7% dos casos de depressão maior apresentaram sintomas psicóticos em algum momento (Johnson *et al.*, 1991).

Para o Transtorno Afetivo Bipolar, as estimativas de prevalência ao longo da vida variam grandemente de estudo para estudo. Para o Transtorno Bipolar I (com episódios de mania) verificam-se prevalências de 0,2 a 1,6% (Angst e Marneros, 2001).

Regeer *et al* publicaram recentemente (2004) os resultados obtidos do *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. A prevalência ao longo da vida para o Transtorno Bipolar foi de 1% (IC 95% : 0,7-1,3%).



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os fatores de risco para esquizofrenia, clique no link a seguir: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>

Diagnóstico diferencial de alguns tipos de condições orgânicas que podem se manifestar com sintomas psicóticos, leia aqui:

<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/119.html>

A psicose orgânica pode se apresentar também em adolescentes e adultos jovens. E, às vezes, é difícil avaliar, apenas pela clínica, se estamos diante de um quadro de abertura de uma psicose funcional ou se trata de uma psicose secundária a uma condição médica geral ou ao uso de substâncias psicoativas.

Neste sentido, diante de um primeiro episódio psicótico é preciso proceder a uma investigação diagnóstica mais abrangente e incluir alguns exames laboratoriais. Do resultado desses exames dependerá o encaminhamento e tipo de tratamento que o paciente deverá receber. Veja no quadro abaixo quais exames devem ser solicitados a um paciente que se apresente à ESF, nessas condições:

- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- Eletrólitos;
- Função renal;
- Função hepática;
- Função tireoidiana;
- Screening para doenças imunológicas (ex: FAN);
- Sorologia para HIV;
- Sorologia para Sífilis;
- Tomografia Computadorizada de Crânio;
- Metabólitos de cannabis e cocaína.

Situação problema

Agora que você já conhece um pouco mais sobre as psicoses funcionais, vejamos o caso do Geraldo:

Geraldo, 21 anos, solteiro, programador, é trazido por seu pai, queixando-se de que um pequeno inseto, possivelmente uma aranha, vem passeando, sob a sua pele, por todo o seu corpo. Relata que isto começou repentinamente, quando estava acampando com amigos na Chapada dos Veadeiros. Refere que não sabe informar ao certo por onde a aranha entrou, mas acredita que possa ter sido introduzida, por extraterrestres que costumam frequentar a cidade de Alto Paraíso, através de um de seus orifícios naturais, durante o sono. Relata que os alienígenas usam esse recurso para implantar *nanochips* no corpo de pessoas superdotadas para extrair todas as informações armazenadas em seu cérebro. Desde então vem percebendo que todos na rua olham para ele e comentam sobre ele, “seguramente

peças pertencentes à organização intergaláctica”; afirma que vem ouvindo vozes que comentam sobre ele e sobre seu comportamento, possivelmente uma tradução simultânea do idioma alienígena (SIC). Segundo o pai, o filho tem passado o dia, tentando capturar a suposta aranha, usando uma agulha de insulina. O pai acrescenta que nunca ouviu semelhante história na vida e que o filho sempre pareceu muito normal até começar a andar com uns amigos que o pai reprova por acreditar que fumem maconha. Geraldo veio à consulta para saber se existe algum inseticida que mate a aranha sem prejudicar sua saúde.

1. Em sua opinião, o que está acontecendo com Geraldo?
2. Você tem alguma hipótese diagnóstica?
3. Que perguntas poderiam ser feitas para refinar a avaliação diagnóstica?
4. Exames de laboratório seriam úteis na avaliação de Geraldo? Em caso afirmativo, quais exames deveriam ser solicitados e por quê?



SAIBA MAIS

Embora você não vá conduzir o tratamento de um paciente psicótico, é interessante que você possa ter algum conhecimento sobre o manejo terapêutico desses casos, para tanto, faça a leitura do artigo de Itiro Shirakawa, uma das maiores autoridades em esquizofrenia do nosso país.: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500019>

Mas, pode ser que você tenha diante de você um caso como o de Geraldo que, ao que tudo indica, está apresentando seu primeiro episódio psicótico. Escolhemos o texto abaixo para dar-lhe uma ideia sobre as particularidades do manejo clínico de um paciente como Geraldo. Não se esqueça das SUAS PERGUNTAS e do marcador de texto!

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500015>

Agora, vamos continuar com aquelas questões:

5. Que perguntas deveriam ser feitas para identificar o melhor tipo de encaminhamento terapêutico?
6. Há algo que possa ser prescrito para ajudar o paciente até ele ser avaliado pelo psiquiatra? Em caso afirmativo, o que poderia ser prescrito? Por quê?
7. Do ponto de vista de gravidade, qual sua impressão sobre o caso?
8. Qual das opções abaixo, lhe parece o encaminhamento mais razoável, supondo que estes equipamentos sejam disponíveis na sua área de cobertura?
 - a. Pronto Socorro de Psiquiatria
 - b. CAPS
 - c. Nenhum, vez que o paciente apresenta uma confusão mental passageira, provavelmente secundária ao uso da maconha. Dispensaria com a recomendação de parar de fumar maconha e andar com más companhias.
9. A primeira abordagem a um paciente psiquiátrico pode ser profundamente facilitadora da adesão ao tratamento psiquiátrico ou, pelo contrário, dificultar seriamente sua colaboração. Como o encaminhamento deveria ser comunicado ao paciente?
 - a. Dizer que ele está com um surto psicótico e precisa ser tratado por equipe de saúde mental.
 - b. Tranquilizar o paciente assegurando que não existe qualquer aranha dentro dele, muito menos nanochips ou extra-terrestres e que tudo isso são impressões da sua mente afetada pela maconha.
 - c. Não confrontar o paciente, mas empaticamente manifestar o quanto ele deve estar sofrendo com estas idéias e percepções e sugerir que ele seja tratado por equipe especializada neste tipo de problemas que ele está vivenciando.

d. Não diria nada a ele já que está mentalmente perturbado, mas me dirigiria ao pai, informando-o que seu filho está em surto psicótico e precisa ser hospitalizado para um tratamento mais efetivo em um ambiente protegido.



SAIBA MAIS

Por falar em pai, a família é parte importante, na verdade fundamental, em todo esse processo. Clique e leia o texto abaixo sobre alguns aspectos das concepções dos familiares sobre a psicose: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100008>

10. Como membro da ESF, há algo que você possa fazer para ajudar a família nesta situação? O que?



SAIBA MAIS

Agora que você concluiu as questões, verifique as respostas às questões dadas para ver o quanto você aprendeu.

Questão 1 - Geraldo está apresentando um surto psicótico.

Questão 2 - Com as informações contidas no texto, é possível supor que trata-se de um primeiro episódio psicótico funcional. Pelas características dos delírios (bizarros) e das alucinações (vozes que conversam entre si sobre o paciente) é razoável pensar no espectro da esquizofrenia.

Questão 3 - Perguntaria há quanto tempo está com esses sintomas; se, de fato, é a primeira vez na vida que se sente assim; se usou maconha e/ou outras drogas e quando usou pela última vez; se há casos de pessoas com transtornos psiquiátricos na família e qual (quais) transtornos; se notou alteração no seu humor (para euforia ou depressão); se já teve episódios depressivos ou de exaltação de humor no passado e se está sentindo algum sintoma físico.



SAIBA MAIS

Questão 4 - Para excluir condições médicas gerais, seria importante solicitar os seguintes exames: hemograma completo; glicemia de jejum; eletrólitos; avaliação de funções renal, hepática e tireoidiana; screening para doenças imunológicas (FAN); sorologia para HIV e sífilis; tomografia computadorizada de crânio e metabólitos de cannabis e cocaína.

Questão 5 - Perguntaria sobre ideação suicida e se as vozes lhe dão ordens para matar-se ou ferir alguém; perguntaria também sobre o uso atual de substâncias psicoativas; questionaria sobre o seu padrão de sono; sobre o nível de estresse que está atravessando e se concordaria em ser visto por um psiquiatra.

Questão 6 - Sim], [Prescreveria um hipnótico, caso o paciente esteja com dificuldades para dormir e um ansiolítico para ajudar com a ansiedade.

Questão 7 - Os fenômenos alucinatórios e delirantes têm características sugestivas de esquizofrenia, pois os delírios são bizarros e as vozes conversam entre si sobre o paciente. Evolutivamente falando, o quadro é preocupante pois o paciente não apresenta qualquer crítica ou noção de doença e está ferindo sua própria pele por causa dos delírios e alucinações. Com a evolução da doença, o paciente pode vir a colocar-se em risco de uma forma mais contundente.

Questão 8 - Alternativa b. CAPS

Questão 9 - Alternativa c. Não confrontar o paciente, mas empaticamente manifestar o quanto ele deve estar sofrendo com estas idéias e percepções e sugerir que ele seja tratado por equipe especializada neste tipo de problemas que ele está vivenciando.

Questão 10 - Sim, a ESF pode auxiliar no encaminhamento do caso a um CAPS, intervindo diretamente, solicitando



SAIBA MAIS

que a consulta do paciente seja agendada com a máxima urgência. Pode ainda fazer visitas domiciliares para saber como o paciente está aceitando o tratamento e como os familiares estão entendendo o processo pelo qual o paciente está passando. Nesse sentido, pode auxiliar paciente e familiares a formularem perguntas e esclarecerem suas dúvidas junto aos profissionais de saúde mental que estão à frente do caso.



PARA REFLETIR

Faça uma pesquisa para estudo e aprofundamento sobre as psicoses, segundo a CID 10, e DSM -IV, e responda as questões seguintes para concluir os seus estudos

1. Quais são, em linhas gerais, as principais funções psicológicas que estão comprometidas em um quadro psicótico do espectro da esquizofrenia, no qual haja predominância de sintomas positivos?
2. Quais são os quadros clínicos englobados pelas psicoses afetivas?
3. De acordo com o DSM-IV, quais são os critérios diagnósticos para episódio maníaco?
4. Quais são as estimativas de prevalências ao longo da vida para esquizofrenia e transtorno bipolar tipo I?

Referências

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37(7): 316-25.

Andreassen NC. Understanding the causes of schizophrenia (editorial). *New England Journal of Medicine*. 1999; 340: 8.

Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*. 2001; 67: 3-19.

Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151(7): 979-986.

Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Locke BZ. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 79(2):163-178.

Galluci Neto J., Tamelini M.G. e Forlenza O.V. Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*. [periódico na Internet]. [citado 2011 Out 20].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.h. 2010a
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010..2010b

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychological Medicine, Monograph Supplement*. 1992; 20.

Johnson J, Horwath E, Weissman MM. The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48(12): 1075-1081.

Kulhara P, Chakrabarti S. Culture and schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2001; 24: 449-464.

Lewis A. Endogenous and exogenous: a useful dichotomy? *Psychological Medicine*. 1971; 1(3): 191-196.

Lewis G, David A, Andreasson S, Allebeck P. Schizophrenia and city life. *Lancet*. 1992; 340: 137-140.

Louzã Neto M.R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [periódico na Internet]. [citado 2011 Out 20].

Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray RM, Selten J-P, Van Os J. Urbanisation and psychosis. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 871-879.

Mari J.J. e Leitão R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [periódico na Internet]. [citado 2011 Out 20].

Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, Andersen PK, Melbye M. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 1999; 340: 603-608.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação dos Transtornos Mentais*, 10a ed. Porto Alegre: Artes Médicas. (1993).

Regeer EJ, ten Have M, Rosso ML, Hakkaartvan Roijen L, Vollebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorder in the general population: a reappraisal study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 110: 374-382.

Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [periódico na Internet]. [citado 2011 Out 20].

Torrey EF. Prevalence studies in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 150: 598-608.

Villares C.C., Redko C.P., Mari J.J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [periódico na Internet]. 1999 Mar [citado 2011 Out 20] ; 21(1): 36-47 .

Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Schizophrenia: etiology and course. *Annual Review of Psychology*. 2004; 55: 401-430.

Lição 3 - Uso, Abuso e Dependência de Álcool e outras Drogas

O consumo de álcool e outras drogas caracteriza-se por um grave problema de saúde pública, pois além dos agravos físicos e mentais à pessoa, ele vem acrescido dos impactos sociais associados a violência urbana e/ou doméstica, como agressões, homicídios, acidentes automobilísticos e do tráfico de drogas, entre outros. A atenção básica tem um papel relevante em ações de promoção e prevenção aos usuários de álcool e outras drogas evitando agravos maiores, como quadros de dependência química ou redução das violências.

Dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira confirmam que, um total de 12% da população brasileira tem problemas com o álcool, do total da população brasileira com 18 anos ou mais 3% fazem uso nocivo e 9% são dependentes de bebidas alcoólicas, somando índice muito significativo em termos de saúde pública (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).



3. 1 - Conceitos fundamentais

Iniciaremos esta lição com uma revisita a alguns conceitos que estruturam a compreensão do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Abstinência - não uso de álcool e outras drogas por princípio ou por qualquer outra razão.

Substâncias com potencial de abuso - aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo.

Tolerância - necessidade de crescentes quantidades de substância para atingir o efeito desejado.

Uso nocivo - uso eventual de substâncias psicoativas, a pessoa não consegue controlar ou adequar seu modo de consumo, pode causar problemas sociais, físicos e psicológicos.

Dependência - há um consumo compulsivo, os sintomas de abstinência podem se manifestar através de problemas sociais, físicos e psicológicos.

Síndrome de Abstinência - conjunto de sinais e sintomas físicos e/ou psíquicos mediante ausência ou diminuição do uso de substância psicoativa por dependentes. Outro indicador é que o dependente faz busca compulsiva pela droga, até mesmo reconhecendo as consequências sociais e agravos à saúde.



SAIBA MAIS

Este endereço traz um glossário de termos relacionados ao tema. Tenha-o gravado no seu PC, traz definições explicativas que inclui efeitos psicoativos, sintomatologia, sequelas e indicações terapêuticas para cada classe geral de drogas psicoativas e algumas a ela relacionadas, bem como conceitos-chave de uso científico e popular.

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf>

Revisto os conceitos vamos passar para a clínica de usuários de substâncias psicoativas considerando duas vertentes. A primeira diz respeito às representações que os membros da equipe de saúde têm acerca do consumo de álcool e outras drogas. A segunda tem relação com o imaginário que aflora quando a equipe se prepara para fazer a abordagem com o usuário e seus familiares



**PARA
REFLETIR**

Para aprofundar estas questões é importante que, primeiro, você faça uma reflexão pessoal depois compartilhe os conteúdos com a sua equipe da ESF, pois pode ter muita gente que, com certeza, estão sedentos para trocar idéias, afinal é um assunto polêmico.

- É possível uma sociedade sem drogas?
- A droga faz parte da minha/nossa vida?
- Como vão reagir as pessoas que apresentam problemas com o uso de álcool ou outras drogas e suas famílias diante de nossa abordagem?

3.2 - Intervenção com usuários e familiares de usuários de álcool e outras drogas

Não podemos negar nem negligenciar a importância de se fazer um diagnóstico das situações que envolvem abuso de substâncias psicoativas, seja ela lícita ou ilícita e, também fundamental estabelecer uma relação que seja permissiva o suficiente para permitir uma discussão clara da situação vivenciada pelo usuário ou pelas pessoas que compartilham com ele os problemas decorrentes.

Geralmente usuários e familiares já passaram por situações constrangedoras e sofridas em razão dos preconceitos que envolvem o uso de álcool e outras drogas e cabe às equipes de atendimento fazer a diferença, serem acolhedoras para que se possa ter uma intervenção efetiva.

A disponibilidade para a escuta e o interesse pelos fatos que compuseram a linha da vida são atitudes fundamentais que permitem identificar onde o uso abusivo passou a interferir na saúde física, nas relações familiar, social e profissional e identificar os fatores de risco e proteção que envolve a pessoa, o contexto em que ela esta inserida, como também a rede de apoio que ela dispõe.



FIQUE DE OLHO

Também é necessário conhecer a substância usada, seus efeitos e relacionar com a forma que “esta pessoa” e “seu núcleo” reagem a ela e fazer um diagnóstico preciso.



Na CID 10 a classificação de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas são categorizados entre F10 e F19 e também estão descritos critérios que especificam as condições clínicas para um diagnóstico e acenam para a intervenção necessária.

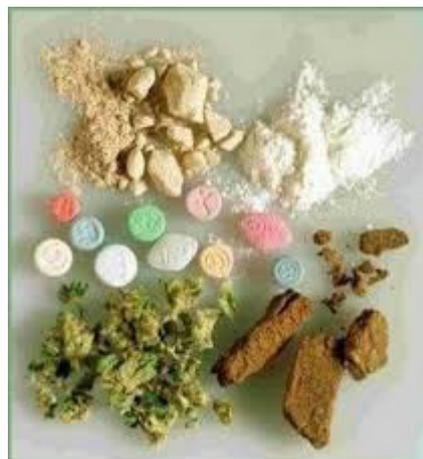
A título de exemplo veja as diretrizes diagnósticas da CID 10 para síndrome de dependência (**F1x.2**)



F1x	.2
F1x expressam os diagnósticos que vão de F10 até F19, x identifica a substância que a pessoa usa	estão descritos as diretrizes diagnósticas para síndrome de dependência

A lista de substâncias psicoativas na CID 10 inclui:

- álcool,
- opióides (morfina, heroína, codeína),
- canabíoides (maconha),
- sedativos ou hipnóticos (benzodiazepínicos, barbitúricos),
- cocaína,
- outros estimulantes, (cafeína e anfetaminas),
- alucinógenos,
- tabaco,
- solventes voláteis,
- como também o uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas.





SAIBA MAIS

Para conhecimento básico sobre cada uma destas drogas, acessar <http://portal.mj.gov.br/senad/main>.

[asp?Team=%7B7D6555C3%2D69A4%2D4B6](http://portal.mj.gov.br/senad/main/asp?Team=%7B7D6555C3%2D69A4%2D4B6)

[6%2D9E63%2DD259EB2BC1B4%7D](http://portal.mj.gov.br/senad/main/asp?Team=%7B7D6555C3%2D69A4%2D4B66%2D9E63%2DD259EB2BC1B4%7D)

F1x.2

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:



FIQUE DE OLHO

- A. um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- B. dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- C. um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- D. evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- E. abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- F. persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano (CID 10).

Soma-se aos critérios diagnósticos propostos na CID 10 uma avaliação que leva em conta as características individuais e físicas, os antecedentes familiares, as formas de consumo, o ambiente social, as complicações clínicas, as comorbidades psiquiátricas, a rede social de apoio, dentre outras.



ATENÇÃO!

Estado de intoxicação aguda precisa de avaliação e intervenção clínica, se necessário encaminhamento para unidade de emergência.



Ações de prevenção e tratamento



ATENÇÃO!

Para iniciarmos este tópico, se faz necessário ter uma visão dos dados epidemiológicos e para isso acesse o site abaixo. Neles estão disponibilizados vários relatórios que permitem uma visualização da situação do uso de álcool e drogas no Brasil. Navegue com olhar cuidadoso para os dados que possa relacionar com seu território, sua cidade, seu estado.

<http://portal.mj.gov.br/senad/main.>

[asp?Team=%7B7D6555C3%2D69A4%2D4B66](http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?Team=%7B7D6555C3%2D69A4%2D4B66)

[%2D9E63%2DD259EB2BC1B4%7D](http://portal.mj.gov.br/senad/main.%2D9E63%2DD259EB2BC1B4%7D)



FIQUE DE OLHO

Os dados epidemiológicos neles apontados junto com os dados levantado no seu território são instrumentais básicos para programas que englobem ações de prevenção e tratamento.

Com os dados obtidos você terá o retrato e poderá articular as possibilidades ações. Não se esqueça de retomar o mapa da rede de apoio da ESF e lembre-se que na rede virtual também encontrara várias experiências exitosas de projetos de intervenção.



SAIBA MAIS

O endereço abaixo traz a publicação “Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento” que contém diretrizes orientadoras para uma abordagem para usuários de drogas, exceto crack.

http://www.mp.pe.gov.br/uploads/TfK9egR0Q_9KQeF_tcNoRw/j_BhIbC1wUaeqZLKKY-1g/Usurios_de_substancias_psicoativas_-_abordagem_diagnostico_e_tratamento.pdf

Neste portal você encontrara informações sobre abordagem para usuários de crack. Acesse-o e interaja com ele, as informações são claras e objetivas.

<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/cuidado/tratamento>

Hoje, a política nacional sobre drogas adota a redução de danos (RD) como estratégia de abordagem dos problemas relacionados com as drogas, não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para os grupos que usam drogas e para os grupos sociais com quem convivem. Conforme Andrade (2002) as Estratégias de Redução de Danos se baseiam nos princípios da Tolerância, Pragmatismo e Diversidade.

Tolerância significa respeito às escolhas individuais, pois mesmo que discordemos ou percebamos riscos na conduta dos outros, vivemos em uma sociedade que optou pelo respeito às opções individuais. No caso do uso das drogas, também se pode utilizar o princípio de que a liberdade individual deve ser preservada desde que não invada a liberdade do outro. O pragmatismo se refere ao fato de que o objetivo maior é preservar a vida e, portanto, mesmo que em uma determinada situação, a abstinência seja identificada como meta a ser alcançada, se ela ainda não for possível, as ações para a preservação da vida devem ser concretizadas. O princípio da diversidade indica a compreensão de que as pessoas são diferentes, usam drogas de formas diferentes e há formas diversas de compreender a questão se ela for enfocada a partir dos vários pontos de vista, incluindo suas dimensões social, cultural, psicológica, biológica, jurídica, etc.



SAIBA MAIS

Saiba mais acessando: <http://forumsobredrogas.org/wp-content/uploads/2011/07/v.-redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos.pdf>



FIQUE DE OLHO

Outro recurso que, com certeza, faz parte da sua rede de apoio são os grupos de autoajuda. Além de ser um recurso da comunidade que permite que encaminhe usuários você pode também articular uma rede de apoio a eles. De forma geral, a atuação desses grupos transcende os dias de reunião formais e seus membros são solícitos e disponíveis tanto na abordagem inicial, quanto no processo de acompanhamento, em especial, na inserção em grupos em que a droga não é parte e nas recaídas. Lembre-se que há grupos direcionados para usuários e para familiares.

Para finalizar nossa lição vamos discutir um caso criado a partir de situações reais. Leia com atenção e tente responder as questões abaixo, de preferência junto com sua equipe da ESF.

Situação Problema

Sebastião, 45 anos, comerciante, residente na casa 07 da Rua Vida Nova, vive com a esposa Marta, 40 anos, três filhos, Pablo de 25 anos, Paula de 23 anos e Patrícia de 15 anos. Na visita da agente de saúde encontrou Sebastião em casa, havia faltado ao trabalho, é funcionário na limpeza da firma que cuida do cinema. Alega que faltou ao trabalho porque estava passando mal, com “dor na cabeça”, sem conseguir comer. Dona Marta fala que “esta é de ressaca, ontem tomou todas e mais algumas, chegou em casa de madrugada, vomitou muito”. Sebastião informa que o pai morreu recentemente com “barriga d’água” e pressão alta e a mãe mora com irmão em Pernambuco, sofreu “derrame” ano passado. Ambos relatam que a filha mais nova “é muito danada”, falta a aula para ficar com o namorado, chega em casa sempre tarde, é muito bonita, anda bem arrumada, com roupas que ela diz que ganha das amigas. Ganhou também um celular “destes modernos”. A agente de saúde da área solicitou orientação na reunião de equipe, verbaliza que não sabe como agir com essa família, desde que conhece Senhor Sebastião bebe muito, antes até batia nas crianças e na esposa, agora anda mais calmo. Sua amiga, que trabalha na escola onde Patrícia estuda lhe contou que ela esta “andando com más companhias”, seu namorado já esteve preso por vender droga.



Baseado no exposto na tela anterior, responda as questões:

1) Há um levantamento da situação de uso de drogas lícitas e ilícitas no seu território?

Se sua resposta for afirmativa descreva quais as ações propostas frente a esta situação? Faça uma reflexão sobre sua resposta, propondo alternativas para a melhoria dessa abordagem.

Se sua resposta for negativa lance mão dos conhecimentos dos outros módulos e planeje com sua equipe este levantamento.



PARA REFLETIR

2) Na rede de apoio traçada na aula anterior há alguma malha que pode ser mobilizada nesta situação? Descreva qual malha, como pode ser feito a mobilização dela (objetivos, método, responsável pelos contatos).

3) Qual a situação que merece ser vista com prioridade dentro da família de Sr. Sebastião e Dona Marta? Explique por quê?

4) Qual a intervenção que a equipe propõe para esta família? Especifique a opinião e a ação que cada profissional planeja, como também a orientação a ser dada a agente de saúde.

Referências

CRUZ, Marcelo Santos. Redução de danos. Acessado em 31 de janeiro de 2012: <http://forumsobredrogas.org/wp-content/uploads/2011/07/v.-redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos.pdf>

Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas. www.obid.senad.gov.br

Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Coordenação Ronaldo Laranjeira ET AL. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/politica-nacional-sobre-drogas/view>

Dependência de benzodiazepínicos

Para começar...

Pare e pense nos pacientes que buscam atendimento e que fazem uso de algum benzodiazepínico. Com certeza não são poucos os que comparecem a Estratégia de Saúde da Família solicitando a prescrição de um benzodiazepínico (BZD) ou relatam a falta de medicamento, o uso como parte da sua rotina, insônia, ansiedade e nervosismo por falta desta medicação.

Veja o texto da Dra. Maria Aparecida Forsan, uma médica que coordena a Estratégia de Saúde da Família no município de Ilícinea, Minas Gerais.

Historicamente, o homem utiliza substâncias químicas que causam alterações em seu nível de consciência, ou que produzem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas. Atualmente são poucos os indivíduos que não utilizam alguma substância para este fim, principalmente quando consideramos as substâncias legais e socialmente aceitas como a cafeína, o tabaco e o álcool.

Neste contexto, os medicamentos psicotrópicos ganham destaque. Os fármacos benzodiazepínicos, em especial, estão entre os mais prescritos no mundo.

No Brasil, este quadro se reproduz. Diversos estudos vêm relatando o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população.

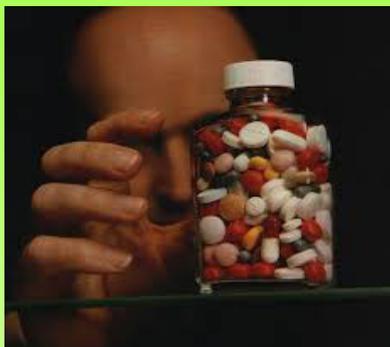
Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de benzodiazepínicos. Dybwad *et al* (1996) realizaram um estudo que tentou responder a questão sobre por que alguns médicos generalistas são grandes prescritores de benzodiazepínicos. A maioria dos médicos relatou que a prática de prescrever benzodiazepínicos é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que de alguma forma têm um sentimento de estarem praticando algo ilícito. Para justificar o hábito de prescrição eles transferem a responsabilidade para fatores externos, como outros médicos, pacientes e falta de recursos.

Estes resultados são interessantes, pois, apesar do estudo ter acontecido em um país com características significativamente diferentes do Brasil,

a prática sugere que os fatores identificados podem ser facilmente inferidos para nossa realidade.



FIQUE DE OLHO



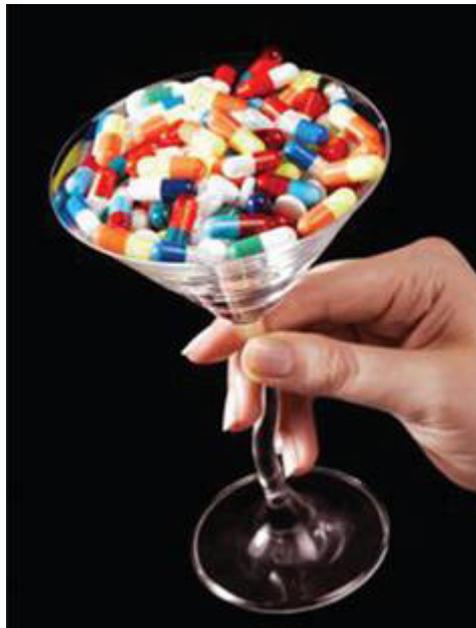
O uso indevido de benzodiazepínicos parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam. A falta de informação e a baixa percepção das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos por estes três personagens (médico, farmacêutico e usuário), somada a uma série de outras questões, parecem ser alguns dos principais fatores que favorecem esse fenômeno.



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia abaixo o **Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina sobre o Abuso e Dependência aos Benzodiazepínicos**.

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf



Situação Problema

Interessante, não? Já começou a encontrar respostas? Vejamos um caso clínico típico de dependência a benzodiazepínicos:

Madalena, 50 anos, viúva há 2 anos, auxiliar de enfermagem de um serviço público de tratamento oncológico, vem à UBS solicitando veementemente uma receita de bromazepan, alegando tomar este medicamento desde o falecimento do esposo e não poder ficar sem ele, pois sente sintomas muito desconfortáveis, como irritabilidade, ansiedade, insônia, tremores de extremidades e taquicardia. Quando interrogada Madalena nega sintomas depressivos. Ressalta que iniciou o uso do medicamento após o falecimento do esposo, quando sentiu-se fortemente abalada, apresentando à época choro compulsivo e grave insônia. Fez um ano de psicoterapia. Recebeu alta, mas nunca interrompeu o uso do ansiolítico. Vem trabalhando normalmente, afirma ter boa convivência com os filhos, vizinhos e colegas de trabalho.

Vou ajudá-lo(a) com mais algumas questões:

1. Os sintomas relatados por Madalena são realmente tratáveis com bromazepan?
2. Na sua opinião, os sintomas relatados por Madalena correspondem a um diagnóstico específico? Qual?
3. Ao escolher um tratamento com benzodiazepínicos deve-se pensar também nas

complicações potenciais, tais como efeitos colaterais, risco de dependência e custos sociais. Cite três importantes custos sócio-econômicos do uso prolongado de benzodiazepínicos.

4. Considerando as possibilidades da ESF que tipo de intervenção poderia ser implementada, no caso de Madalena?
 - a. Encaminhar para um CAPS ad, sem prescrever a medicação.
 - b. Prescrever bromazepan já que trata-se de uma pessoa que já vem fazendo uso do medicamento, mas esclarecer que prescreverá apenas desta vez e somente uma caixa.
 - c. Prescrever apenas uma caixa de bromazepan e solicitar orientação de como tratar Madalena, através de matriciamento e marcar nova consulta em uma semana.
 - d. Orientá-la a procurar um serviço de emergência quando apresentar os sintomas relatados, sem prescrever o medicamento.
5. Quanto à epidemiologia do uso de BZD responda quem são os principais consumidores desta classe de medicamentos, considerando-se o gênero, faixa etária e características de morbidade.
6. Quanto as propriedades farmacológicas os benzodiazepínicos são:
7. Quais são os principais efeitos colaterais dos benzodiazepínicos?
8. Enumere os sintomas e sinais de abstinência aos benzodiazepínicos.
9. Descreva, em linhas gerais como deve ser feito o tratamento da síndrome de dependência o benzodiazepínicos.





Vamos lá verificar a qualidade das suas respostas as questões para estudo:

QUESTÃO 1 - Não. Pelo contrário! Os sintomas relatados são provocados pelo uso crônico do bromazepan. Na verdade, trata-se de sintomas de abstinência ao benzodiazepínico. Por este motivo, aparecem quando ela não toma o ansiolítico e desaparecem quando o usa novamente.

QUESTÃO 2 - Sim. Síndrome de dependência a benzodiazepínico.

QUESTÃO 3 - Risco aumentado de acidentes: no tráfego, em casa e no trabalho; Redução da capacidade de trabalho e desemprego; Custo com internações, consultas e exames diagnósticos.

QUESTÃO 4 - Alternativa c - Prescrever apenas uma caixa de bromazepan e solicitar orientação de como tratar Madalena, através de matriciamento e marcar nova consulta em uma semana.

QUESTÃO 5 - Gênero: feminino; faixa etária superior a 50 anos; características de morbidade: problemas médicos e psiquiátricos crônicos.

QUESTÃO 6 - Sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes.

QUESTÃO 7 - Sonolência excessiva diurna; piora da coordenação motora fina; piora da memória; tontura; zumbidos; quedas e fraturas; reação paradoxal; 'anestesia emocional'; em idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito; risco de dependência.

QUESTÃO 8 - **Físicos**: tremores, sudorese, palpitações,



SAIBA MAIS

letargia, náuseas, vômitos, anorexia, sintomas gripais, cefaleia, dores musculares; **psíquicos**: insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo de memória, despersonalização/desrealização; **sinais maiores**: convulsões, alucinações e delirium.

QUESTÃO 9 - O tratamento deve, tanto quanto possível, ser realizado ambulatorialmente. A retirada do benzodiazepínico deve ser feita gradualmente. Recomendam-se duas estratégias: diminuir - da dose por semana ou combinar um prazo com o paciente ao redor de 6 a 8 semanas. Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca por um benzodiazepínico de meia-vida mais longa, como o diazepam ou clonazepam. Deve ser oferecido suporte psicológico durante e após a redução da dose, incluindo psicoeducação, reassseguramento e, a depender da causa que motivou a introdução do benzodiazepínico, encaminhamento para serviços de saúde mental para tratamento do transtorno psiquiátrico de base.

Referências

Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Forsan M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado.** Campos Gerais, 2010. 25f..Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais.

Natasy H., Ribeiro M., Marques ACPR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos: Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.

Organização Mundial da Saúde. Classificação dos Transtornos Mentais, 10a ed. Porto Alegre: Artes Médicas. (1993).

Uso e abuso de tabaco

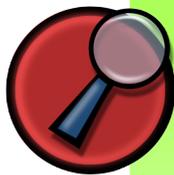
Segundo dados da Organização Mundial da Saúde estima-se que existam mais de 1,3 bilhões de fumantes no mundo. O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo mundo, sendo responsável atualmente por 5 milhões de óbitos anuais (Menezes, 2004).



Em 2030 este número pode chegar a 10 milhões sendo que 70% destes óbitos deverão ocorrer nos países em desenvolvimento. Estima-se que, no Brasil, mais de 200 mil mortes/ano são decorrentes do hábito de fumar (Menezes, 2004).

Além da mortalidade há evidências de que o tabaco seja fator de causalidade de quase 50 diferentes doenças, portanto o hábito de fumar está associado com o desenvolvimento de diversas doenças e condições crônicas, como: neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças cardiovasculares (Santos, 2008).

Uma das prioridades do Pacto pela Vida e seus objetivos para 2006 é a promoção da saúde com ações como elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo (Brasil, 2006).



FIQUE DE OLHO

Deve-se ter em mente que o tabagismo é catalogado como doença crônica com dependência pela Organização Mundial da Saúde, e também catalogado no DSM-IV. Por isso, os profissionais da saúde, envolvidos em cuidados primários, tendem a intervir de forma decisiva destarte agindo em outras doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia (Munoz, 2006).

A consulta com os profissionais da atenção básica oferece uma das melhores oportunidades para a identificação, tratamento e acompanhamento dos fumantes. Os estudos publicados nas últimas décadas, indicam que o aconselhamento médico para a cessação do tabagismo é um estímulo importante para iniciar o processo de abandono do consumo. A boa relação entre o profissional de saúde e o paciente, cria uma situação especial na qual o paciente é mais receptivo ao aconselhamento sobre sua saúde. Fumantes confessaram que o aconselhamento médico é muito importante e serve como uma grande ajuda para o abandono do tabagismo (Cuarteiro, 2006).



O índice de cessação do tabagismo é um dos indicadores mais utilizados para expressar a interrupção do hábito de fumar em uma dada população. Esse índice corresponde ao percentual de ex-fumantes entre aqueles que já fumaram alguma vez na vida (fumantes atuais e ex-fumantes). Em inquéritos realizados na população maior de 15 anos da Espanha, o índice de cessação do tabagismo foi igual a 32,4% na Catalunha, e a 40,1% na capital desta província espanhola. Nos Estados Unidos, o índice de cessação do hábito de fumar para a população adulta foi igual a 50,3%. No Brasil, os dados do inquérito domiciliar mostraram que

este índice variou entre 44 e 58,3% nas capitais pesquisadas (MENEZES, 2004). O conhecimento das características associadas à interrupção do hábito de fumar é importante para subsidiar programas de controle do tabagismo.

Essa informação permite identificar grupos na população com maior e menor probabilidade de deixar de fumar. Apesar da sua relevância, os fatores associados à cessação do hábito de fumar ainda são desconhecidos em países em desenvolvimento. Estudos de base populacional conduzidos em países desenvolvidos têm mostrado que a cessação do tabagismo é maior nos indivíduos mais velhos, naqueles com renda mais alta e naqueles com escolaridade mais elevada. Por outro lado, sexo, estado civil e indicadores da condição de saúde apresentam-se associados à cessação desse hábito em alguns estudos. Já se tem conhecimento de que fumantes com maior nível de dependência têm maior probabilidade de participar de um programa organizado para a cessação do tabagismo. Também, já se sabe que as mulheres constituem a maior parte da amostra na maioria dos estudos publicados no Brasil e no exterior sobre fumantes que procuram este tratamento (Menezes, 2004).

Cerca de 70% dos fumantes querem parar de fumar, mas poucos conseguem ter sucesso, sendo que a maior parte deles precisa de cinco a sete tentativas antes de deixar o cigarro definitivamente. A dependência à nicotina é uma desordem complexa e difícil de ser superada. A motivação para deixar o hábito é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo e está inter-relacionada a uma gama de variáveis hereditárias, fisiológicas, ambientais e psicológicas. Além da motivação, o fumante terá que enfrentar alguns fatores que dificultam o processo. Dentre esses, a intensidade da síndrome de abstinência é uma das principais causas que contribui para a manutenção do vício. Um grande obstáculo é o grau de dependência nicotínica e o ganho de peso também se apresentam como fatores que dificultam o abandono do hábito. Dentre as diversas formas de abordagens para esses pacientes destaca-se a necessidade do fortalecimento da motivação, sem a qual esses pacientes não conseguirão deixar de fumar. Muitos deles afirmam que estão querendo parar de fumar, porém, na verdade, esse desejo expresso verbalmente não traduz com fidelidade seus verdadeiros sentimentos em relação ao tabagismo, pois não estão devidamente motivados para tal ato (Rondina, 2007).

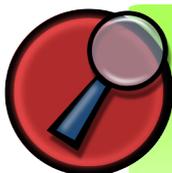


FIQUE DE OLHO

Fumantes podem ser classificados de acordo com a sua disponibilidade para parar de fumar utilizando a “fase de mudança modelo” desenvolvido por Prochaska e DiClemente e refinado por Velicer (Zwar, 2008).

Quatro meta-análises canadenses (SCHMELZLE, 2008) mostraram que 57,9% dos tabagistas cessaram o vício com o tratamento medicamentoso com bupropiona em relação a 49,7% que receberam placebo. Foi verificado que intervenções não farmacológicas como educação e aconselhamento do paciente, terapia comportamental e material de autoajuda foram benéficas no sucesso do tratamento e o aconselhamento pelo médico de família (ZWAR 2005, 2008) sobre a cessação do tabagismo foi mais efetivo do que a não intervenção nesses casos.

Outro estudo coorte inglês a respeito da eficácia do uso da bupropiona pela prática generalista, analisou, durante um ano, a taxa de abandono do cigarro em 227 pacientes que fizeram uso dessa medicação e que estavam motivados (Zwar, 2005) em realizar tal tratamento. Percebeu-se que 22% deles (55 pessoas) pararam de fumar por pelo menos um ano após a introdução da bupropiona (Wilkes, 2005).



FIQUE DE OLHO

Foi estimado em um minuto o tempo necessário para um médico generalista incentivar e aconselhar um paciente a cessar o tabagismo (Litt, 2002).



Segundo o MS em “Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001” a classificação da abordagem:

1. Abordagem breve/mínima (PAAP): consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem, no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes seja beneficiado, com baixo custo.

2. Abordagem básica (PAAPA): consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.



ATENÇÃO!

Dentre as intervenções em saúde, o tratamento do tabagismo tem um dos melhores custos benefícios, lembrando-se que além dos gastos financeiros temos a melhora da qualidade de vida.





SAIBA MAIS

Links Interessantes:

Instituto Nacional do Câncer: <http://www.inca.gov.br>

World Health Organization (WHO). Tobacco Free Initiative: <http://www.who.int/tobacco/en> - Free Initiative <http://www.who.int/tobacco/en>

Situação Problema

Agora que você já conhece um pouco mais sobre o tabagismo, vejamos o caso do Marcelo:

Marcelo, 51 anos, comerciante, residente na casa 01 da Rua Vida Nova, vive com a esposa Joana, 40 anos, dois filhos, Caio de 21 anos e Pedro de 15 anos e o pai, Sr. Silvio de 75 anos, portador de Doença de Alzheimer, dependente de cuidados prestados por Dona Joana. Tem história familiar de doença cardiovascular.

A agente de saúde da área solicitou em reunião de equipe que fosse programado um “atendimento” a essa família, pois Dona Joana vive se queixando que o marido fuma muito. Diz estar preocupada com a saúde do esposo e com a influência que ele pode exercer no filho mais jovem. Relata ainda tosse freqüente por respirar a fumaça do cigarro do esposo.

O tema já virou motivo de brigas na casa. Marcelo incorporou o hábito de fumar à sua rotina diária. Segundo a esposa, ele fuma cerca de 1 maço de cigarro ao dia há aproximadamente 30 anos. O primeiro cigarro ao acordar, pois diz necessitar dele para despertar. Ao longo do dia fuma para concentra-se nas contas do comércio que possui. Ao chegar em casa fuma para relaxar do estresse do trabalho.

Apesar das inúmeras solicitações da esposa ele nunca tentou parar de fumar nem procurou atendimento por esse motivo.

Baseado no exposto acima, responda as perguntas abaixo:

1) Qual a frequência de tabagistas em seu território?

(Orientação realizar pesquisa no consolidado da ficha A e/ou o número de tabagistas cadastrados em seu território. Lembrar que o SIAB traz a condição referida, mas que no caso do tabagismo se aproxima à realidade, pois os pacientes não costumam mentir quanto a este hábito.

2) De que forma a equipe de Saúde da Família pode mensurar o grau de dependência de Marcelo em relação à nicotina?

Orientação: utilizar o teste de Fagerström (*Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001*)

3) Qual a abordagem mínima a ser feita no caso de Marcelo?

(Orientação: Como Marcelo aparentemente é resistente a procurar a unidade de saúde pode-se, iniciar pela abordagem mínima ao fumante.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) em “Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001” devemos usar 2 métodos:

- a) Método cognitivo-comportamental: - Eixo fundamental do tratamento
 - Abordagem mínima (PAAP)
 - Abordagem básica (PAAPA)
- b) Farmacoterapia

4) Quais seriam os possíveis motivos relacionados ao desinteresse de Marcelo em parar de fumar?

(Orientação - Lembre-se, não importa a razão do desinteresse, mas intervenções motivacionais (sistematicamente feitas por profissionais de saúde) podem mudar o nível de motivação de usuários. Cabe investigar informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo.

- a) Falta de recursos financeiros.
- b) Crenças e receios relacionados ao processo de cessação.
- c) Insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas.
- d) Não desejam realmente.
- e) ...

5) Que medidas sua equipe tem estabelecidas para assistência integral a essa clientela? São suficientes? Faça uma reflexão sobre sua resposta, propondo alternativas para a melhoria dessa abordagem.

(Orientação: fazer um levantamento das estratégias de abordagem ao tabagismo utilizadas por sua equipe a analisar repercussão dessas, propondo outras para melhoria do serviço. Ver “Possíveis propostas à abordagem a tabagismo na unidade básica de saúde” do consenso - *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001*”

- Abordagem mínima a todos os pacientes tabagistas atendidos na unidade, independente da queixa que os levou á unidade.
- Criação de grupos para abordagem cognitivo-comportamental
- Criação de ambulatório para seguimento dos pacientes assistidos pelos grupos de tabagismo
- Atividades motivacionais em grupo, conduzidas por membros da equipe ou voluntários da comunidade,
- Articulação com serviços de referência para acesso ao medicamento
- Articulação com organizações não governamentais da região que trabalhem com a abordagem do tema
- Atividades educacionais sobre o tema nas escolas, igrejas e outros grupos organizados na comunidade
- Manutenção da unidade de saúde como ambiente 100% livre de fumo
- Atividades de divulgação do Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio) e do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto)

6) A queixa de tosse de Dona Joana pode estar realmente relacionada ao hábito tabágico do marido?

(Orientação - buscar a definição de tabagismo passivo que é a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não-fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados. Por inalar a fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados, o tabagista passivo está sujeito às complicações clínicas relacionadas ao consumo de tabaco.)

7) Quais os critérios para indicação do tratamento farmacológico?

(Orientação -ler *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001*

- a) fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- b) fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- c) fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- d) fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- e) não haver contra-indicações clínicas.



É importante salientar que o tratamento medicamentoso tem o papel de minimizar os efeitos da síndrome de abstinência à nicotina e embora aumente a chance de sucesso, para se obter um resultado satisfatório, não deve ser utilizado fora do contexto da abordagem cognitivo-comportamental.



Referências

Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p. Il CRUZ, Marcelo Santos. Redução de danos.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p.

CUARTERO M.A. I.; LUCAS J.M. V.; DOMÍNGUEZ E. M., RODRÍGUEZ A.M. Q. Eficacia del consejo antitabaco en Atención Primaria. Nuestra mejor arma. In: Prevención Del Tabaquismo vol. 8 nº 2, abril-junio 2006.

FORSAN M.A. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Campos Gerais, 2010. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais.

GUAZZELLI AC; Filho MT; FISS E. Tabagismo entre médicos da região do ABC paulista. J Bras Pneumol;31(6):516-22, 2005 Jun.

MENEZES, A. M. B. Epidemiologia do tabagismo. Jornal Brasileiro de Epidemiologia. Vol. 30 suppl. 2 São Paulo: Agosto, 2004.

MUÑOZ, D. M. La importancia del consejo antitabaco en Atención Primaria. In: Prevención Del Tabaquismo vol. 8 nº 2, abril-junio 2006.

NATASY H.; RIBEIRO M.; MARQUES A.C.P.R. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos: Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.

RONDINA, R. C.; GORAYEB R.; BOTELHO C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2007; 33(5):592-601.

SANTOS, Sérgio Ricardo et al. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. J. bras. pneumol., Set 2008, vol.34, no.9, p.695- 701.

SCHMELZLE J.; ROSSER W.W.; BRITWHISTLE R. Update on pharmacologic and nonfarmacologic therapies for smoking cessation. Can Fam Physician. 2008 Jul;54(7):994-9.

WILKES S.; EVANS A.; HENDERSON M.; GIBSON J. Pragmatic, observational study of bupropion treatment for smoking cessation in general practice. Postgrad Med J. 2005 Nov;81(961):719-22.

ZWAR N.; RICHMOND R.; BORLAND R.; STILLMAN S.; CUNNINGHAM M.; LITT J. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. Aust Fam Physician. 2005 Jun;34(6):461-6.

Lição 4 - Redes Sociais e Projeto Terapêutico Singular

As redes sociais pessoais e as institucionais são essenciais no trabalho da ESF. A primeira possibilita visualizar vínculos afetivos, sociais, institucionais pertinentes ao sujeito ao passo que a rede institucional permite uma articulação com equipamentos sociais que possibilitam uma intervenção mais ampla no âmbito do território ou além dele.

O conceito de rede indica um “objeto” que cria uma ligação entre pontos mediante uma ligação entre eles que, cruzando-se, são amarradas e formam malhas de maior ou menor densidade. No ponto de ligação, ou seja, no nó e por meio do nó, acontecem trocas sinérgicas (Sanicolla, 2008).



São sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de causas afins. Estruturas flexíveis e estabelecidas horizontalmente, as dinâmicas de trabalho das redes supõem atuações colaborativas e se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional para a estruturação social (Olivieri, 2007).

A intervenção em redes se apresenta como uma alternativa que possibilita uma articulação das relações entre a estrutura social e o sujeito abre a possibilidade de compartilhar problemas e ampliar o leque de busca das alternativas para as situações vividas. No entanto, para que esta meta componha o processo de trabalho, é necessário rever o modelo assistencial implementado, analisar a forma com que o serviço se organiza, tanto nas relações internas, quanto nas relações externas.

DI NICOLLA, 1991 in: MIOTO, 2002 aponta que o trabalho em rede possui as seguintes características: não é aleatório ou espontaneísta; não é inespecífico, nasce para responder determinadas demandas; não é genérico, ou seja, uma intervenção que pode ser realizada em diversos níveis de complexidade; não é profissional; pressupõe a capacidade de articular a demanda com a resposta; necessita de capacidade para avaliar e decidir, em um leque de possibilidades de intervenção. A intervenção, em rede, deve acontecer vinculada aos setores formais de cuidado e assistência.

Em sua experiência como você percebe que a concepção de rede social utilizada pelos profissionais de saúde trata-se de um referencial que eles lançam mão no cotidiano do trabalho ou o fazem apenas quando há um problema a encaminhar? As ações, quando em rede, são planejadas ou são realizadas de forma espontaneísta?

A realização de um mapeamento da rede de apoio pertinente a um determinado território da ESF, tem como instrumento de apoio, o cartograma para traçar esquematicamente o mapa dessa malha da rede social local. Assim, vai fornecer informações do equipamento social, de forma a fazer uma aproximação sobre a história desta malha da rede; das suas prioridades, como também, da frequência de contatos e da presença ou de reciprocidade e dos compromissos mútuos entre esta malha da rede e sua equipe.



SAIBA MAIS

Cartograma = mapa ou quadro em que se representam por meio de pontos, figuras, linhas coloridos previamente convencionados um fenômeno quanto a sua área de ocorrência, importância, movimentação e evolução (Dicionário Aurélio).



É condição para se trabalhar em rede o reconhecimento e pactuação de ações com os serviços locais, regionais, municipais, estaduais e federais, como também, a delimitação da área de abrangência e a identificação das características dos serviços. Do mesmo modo é fundamental que sejam observados determinados pontos para que se operacionalize o funcionamento dos serviços em rede:

- Entender, reconhecer e articular aqueles que realizam atendimento ou que fazem parte dos equipamentos.
- Referenciar para onde e, se possível, para quem encaminhar.
- Contra referenciar: quem recebe deve retornar a informação a quem referenciou.
- Estabelecer um fluxo que permita um melhor acompanhamento e utilização dos equipamentos sociais disponíveis.

Organizar os serviços em uma rede é um esforço necessário e pouco oneroso pois, além de melhor capacitar suas equipes pode-se avançar em dotá-los de infraestrutura adequada, ampliando a sua aderência aos princípios da regionalização e hierarquização previstos pelo SUS.

Para Elia -Ordenar a rede é pactuar infinitamente [] com cada serviço/ equipamento do setor saúde, com cada equipamento intersetorial, com pessoas e instâncias, com a gestão, com poderes formais e informais, com Conselhos Tutelares e outros, tráfico de drogas, polícia, bandido, igreja, e tudo quanto for instância, pessoa física ou jurídica que se colocar na rede interferindo nos laços daquele de quem tratamos, nosso paciente ou usuário, com seu território, seu lugar psicossocial (ELIA, 2010, p.4).

Esta instigante proposta de trabalho em rede encontra desafios expressos em possíveis dificuldades na organização do trabalho em saúde que, se compartilhadas em momentos de encontros da equipe, provavelmente terão

um desfecho menos desgastante. Essas dificuldades podem ser evidenciadas nas situações que envolvem preconceitos entre as especificidades das diferentes categorias profissionais; o pouco ou o não apoio nos diferentes níveis de gerência; deficiência na capacidade para fazer o diagnóstico inicial; insuficiência da rede para o encaminhamento ou referenciamento adequado, discriminação resultante do não saber lidar com a pluralidade de condições econômicas, culturais e físicas, que possibilitam o surgimento de expressões de mal-estar, sentimento de não ser, de não pertencer, não encontrar-se e de solidão.

Outro aspecto que deve ser evidenciado na análise da rede social é a essência da sua potencialidade para os fatores de risco ou se ela exerce uma função protetiva para a situação posta. Fatores de risco são circunstâncias sociais ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados como o de usar drogas e fatores de proteção são os que contrabalançam as vulnerabilidades fazendo com que as pessoas tenham menos chances de assumir este comportamento. Ao realizar um trabalho de prevenção, é necessário conhecer a realidade daquele grupo específico, identificando o que é fator de risco e o que pode ser fator de proteção para aqueles indivíduos, a fim de atuar minimizando o primeiro e fortalecendo o segundo (ALBERTANI, 2010).

Nesta linha de pensamento podemos inferir que as redes sociais não são em si só boas, nem só ruins. O que as tornam um risco ou uma proteção são os sujeitos que as compõem somados ao contexto em que elas se instalam. A mesma situação pode ser risco para uns e proteção para outros, diferenciadas pelas marcas que produzem ao serem vivenciadas.

Identificar estes fatores e pautar o planejamento das ações a partir deles propicia intervenções mais pontuais e eficazes. Para Sudbrack (2003) *a prática das redes sociais torna-se importante e necessária, principalmente, onde já se encontram enfraquecidas [...]. Ela leva o sujeito a se redescobrir na relação com o outro, na construção e reconstrução de sua rede.*



Modelos de mapeamento de redes sociais e levantamento de fatores de risco e proteção podem ser aprofundados a partir das bibliografias abaixo:

ALMEIDA, Marília Mendes de. Fatores de risco e de proteção dos adolescentes em conflito com a lei referentes ao uso de drogas. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, mestrado, 2009.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de Prevenção de Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, Brasília, 2010.

PEREIRA, Sandra Eni Fernandes Nunes. Crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social: Articulação de redes em situação de abandono ou afastamento do convívio familiar. Disponível em <http://www.aconchegodf.org.br/biblioteca/artigos/artigo01.pdf>. Acesso em 08/05/2015.

SANICOLA, Lia. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SANTOS, Juliana Borges dos. Redes sociais e fatores de risco e proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: uma abordagem no contexto da escola. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, mestrado, 2006.



SAIBA MAIS

Os serviços de saúde na sua relação de atendimento dos usuários quanto às suas necessidades de saúde, a sistematização da ação profissional e do trabalho em equipe, no dispositivo para o trabalho em equipe, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que credita na participação do usuário para a tomada de decisão e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia, considerado em sua historicidade e contexto psicossocial. Este se desenvolve a partir das quatro momentos:



FIQUE DE OLHO

- a. O diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.
- b. Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- c. Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- d. Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo

Fonte; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008.



SAIBA MAIS

Para que suas proposições sejam mais adequadas e efetivas para as necessidades das situações clínicas descritas sobre a Mariângela e a Luana Mercedes, leia sobre Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), para ampliar sua capacidade de ajuda e resolutividade na proposição de ações estratégicas de saúde, disponível:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf



PARA REFLETIR

Situação Problema 1

Analise o caso a seguir e utilize as questões apresentadas abaixo como um roteiro para desenvolver seus estudos e responder às atividades propostas.

Mariângela, 40 anos, do lar, residente na casa 13 da Rua Vida Nova, vive com a mãe Dona Veridiana e dois irmãos, Patrício de 38 anos e Joaquim de 35 anos, todos desempregados, vivem com auxílio de uma ordem religiosa. Dona Veridiana buscou a ESF com quadro de hipertensão constatado, queixa de insônia, inapetência, sente muito cansaço, não está dando conta das atividades domésticas. Diante das queixas de Dona Veridiana, a eSF foi programada uma visita no domicílio pela agente de saúde da área. Após a visita a agente de saúde solicitou em reunião de equipe que fosse programado um “atendimento” a essa família, pois se deparou com Mariângela que “não falava coisas com nexos, estava em situação precária de higiene, cabelos despenteados, obesa, em um quarto com forte odor, não faz uso de medicação, já internou por 2 vezes em um hospital psiquiátrico, atualmente sem acompanhamento”. Mãe expressa temor em internar a filha, alega que foi muito maltratada nas outras internações.



**PARA
REFLETIR**

- 1) Qual a intervenção imediata na situação posta? Justifique a resposta mantendo o foco na intervenção proposta para cada profissional.
- 2) Quais as responsabilidades que podem ser assumidas pela ESF no acompanhamento desta família?
- 3) Qual a abordagem a ser feita com Dona Veridiana e com Mariângela?
- 4) Que medidas sua equipe tem estabelecidas para assistência integral a essa família? São suficientes? Faça uma reflexão sobre sua resposta, propondo alternativas para a melhoria dessa intervenção.



**PARA
REFLETIR**

Situação Problema 2

Luana Mercedes, sexo feminino, 40 anos, casada, ensino médio completo, do lar. Apresentou, em janeiro de 2011, quadro agudo de dor torácica opressiva, retroesternal, acompanhada de falta de ar, dormência nas extremidades dos membros inferiores e superiores, além de angústia intensa e sensação de morte iminente. Procurou um pronto socorro onde foi descartada patologia cardíaca e recebeu alta logo após. Cinco dias depois apresentou nova crise de ansiedade e com as mesmas características. Foi a outro pronto socorro, ainda acreditava estar apresentando um ataque cardíaco. Após nova avaliação foi descartado evento coronariano agudo, levando a hipótese diagnóstica de ataque de pânico e então foi orientada a procurar a equipe da estratégia de família perto da sua casa. Você a recebeu, fez o acolhimento e lhe foi relatado a sintomatologia descrita acima.

Construa um plano de intervenção para Luana Mercedes detalhando as intervenções específicas para cada integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família. Não é necessário o tratamento medicamentoso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de Prevenção de Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, Brasília, 2010.

ELIA, Luciano. Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4, 2010, Brasília. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consolidarlucianoelia.pdf>>.** Acesso em: 09 de out. 2010

MIOTO, Regina Célia Tamasso. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. Revista Katalysis, UFSC, V5, N1, Jan/jun 2002.

OLIVIERI, Laura. A importância histórico-social das redes. In: Metodologia de trabalho social com família na Assistência Social. Prefeitura de Belo Horizonte, BH, 2007.

PEREIRA, Sandra Eni Fernandes Nunes. Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com os riscos de envolvimento com o tráfico de drogas. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, doutorado, 2009.

SANICOLA, Lia. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SUDBRACK, Maria de Fátima. Avaliação das redes sociais de adolescentes em situação de risco in: SUDBRACK, M.F.O. (org) Adolescentes e drogas no contexto da justiça. Brasília: Plano Editora, 2003.

