

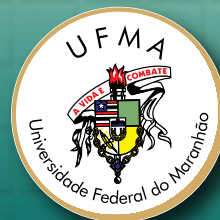
MÓDULO 12 • UNIDADE 3

A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

RASTREAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 12 • UNIDADE 3

A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

**RASTREAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM
SAÚDE MENTAL**

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

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

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

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

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

NORMALIZAÇÃO

Christianne Rose de Sousa Oliveira
(13ª Região Nº Registro – 416)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex Matos Santos

REVISÃO TÉCNICA

Claudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

REVISÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse
Paola Trindade Garcia

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

João Gabriel Bezerra de Paiva

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

A saúde mental e a saúde da família: rastreamento e acompanhamento em Saúde Mental/ Mae Soares; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014.

38f.: il.

1. Saúde mental. 2. Saúde da família. 3. Medicamentos. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.86

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é analisar as ações que competem à equipe de Saúde da Família no âmbito de atuação em Saúde Mental.

A equipe de Saúde da Família é responsável pela população adscrita à essa equipe, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando houver necessidade de atenção em outros pontos do sistema de saúde, e isso remete à outra competência da equipe que é realizar busca ativa, notificar doenças e agravos e outras situações de importância local. Desse modo, ressalta-se a importância do rastreamento para identificação de usuários que necessitem de cuidado em Saúde Mental.

SUMÁRIO

UNIDADE 3	7
1 PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL E SUA ABORDAGEM.	7
1.1 O sofrimento mental.....	7
1.1.1 Depressão.....	13
1.1.2 Ansiedade.....	15
1.2 Alcoolismo	15
1.3 Tabagismo	19
2 RASTREAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	22
2.1 Rastreamento de depressão	22
2.2 Rastreamento de ansiedade	22
2.3 Rastreamento de tabagismo.....	24
2.4 Rastreamento de abuso de álcool	24
3 PRINCIPAIS MEDICAMENTOS DA SAÚDE MENTAL NA APS	25
4 CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL	33
REFERÊNCIAS.....	35

UNIDADE 3

1 PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL E SUA ABORDAGEM

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

1.1 O sofrimento mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que os transtornos mentais são responsáveis por 30,8% das doenças físicas na população mundial. A estimativa da OMS prevê o índice de morbidade de ordem mental e neurológica de 15% no ano de 2020 (WHO, 2001).

Defende-se que as manifestações mais comuns do sofrimento mental na Atenção Básica são parte de uma mesma síndrome clínica composta por três grupos ou dimensões de sintomas: ansiedade, tristeza/desânimo e somatizações (sintomas físicos). Os três são queixas comuns dos usuários e, muito frequentemente, as queixas costumam surgir mistas, associadas. Costumam ser relatadas como tristeza, perda do prazer de viver, irritabilidade, ansiedade, medo, muitas vezes associadas à inapetência, distúrbios do sono, fadiga, palpitações, dentre outros sintomas físicos.

O quadro abaixo relaciona o sofrimento mental comum aos diagnósticos equivalentes na Classificação Internacional da Atenção Básica (Ciap2) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10):

Quadro 1 – Diagnósticos equivalentes de sofrimento mental na Classificação Internacional da Atenção Básica (Ciap2) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10):

Classificação Internacional da Atenção Primária (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
<p>Tristeza/sensação de depressão (P03)</p> <p>Inclui: sentir-se pouco à vontade, só, infeliz, preocupado.</p> <p>Exclui: perturbação depressiva P76</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém mais ou menos normais – em relação a sentimentos que são tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.</p>	R45.2, R45.3
<p>Perturbações depressivas (P76)</p> <p>Inclui: psicose afetiva Ne; neurose depressiva; psicose depressiva; misto de ansiedade e depressão; depressão reativa; depressão pós-natal/puerperal.</p> <p>Exclui: reação aguda ao estresse PO2.</p> <p>Critérios: distúrbio importante do estado de espírito no sentido da depressão. O estado de espírito, a energia e a atividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a autoestima e a confiança diminuem.</p>	F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F41.2, F53.0

continua

Sentir-se ou comportar-se de forma irritável ou zangada (P05)	R45.1, R45.4, R45.5, R45.6
<p>Inclui: agitação Ne, desassossego Ne.</p> <p>Exclui: criança hiperativa P21, irritabilidade de um elemento da família Z13.</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis - porém mais ou menos normais - em relação a sentimentos que são tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.</p>	
Sensação de ansiedade, nervosismo e/ou tensão (P01)	R45.0
<p>Inclui: ansiedade Ne, sentir-se ameaçado.</p> <p>Exclui: perturbação de ansiedade P74.</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis - porém, mais ou menos normais - em relação a sentimentos tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.</p>	

continua

Distúrbio ansioso, estado de ansiedade (P74)	F41.0, F41.1, F41.3 a F41.9
<p>Inclui: neurose ansiosa, pânico.</p> <p>Exclui: ansiedade com depressão P76, ansiedade Ne P01.</p> <p>Critérios: ansiedade clinicamente significativa que não se restringe a nenhum ambiente ou situação específica. Manifesta-se como episódios de pânico (ataques recorrentes de extrema ansiedade não limitada a nenhuma situação, com ou sem sintomas físicos) ou como uma ansiedade generalizada e persistente, não associada à nenhuma situação específica e com sintomas físicos variáveis.</p> <p>Considerar: ansiedade, nervosismo, tensão P01.</p>	
Fobia e perturbação compulsiva (P79)	F40, F42, F48.1, F48.8, F48.9
<p>Inclui: fobias, perturbações obsessivo-compulsivas.</p> <p>Critérios: a ansiedade fóbica exige a expressão dessa ansiedade em voz alta, feita apenas em situações bem definidas e não consideradas perigosas: o paciente tenta evitar estas situações ou suporta-as com terror. A perturbação obsessivo-compulsiva requer pensamentos obsessivos recorrentes e perturbantes ou atos reconhecidos pelo paciente como sendo seus; comportamentos compulsivos estereotipados repetem-se sucessivamente a fim de evitar um acontecimento não desejável, embora o próprio paciente reconheça que eles são infrutíferos e pouco eficazes.</p>	

continua

Neurastenia, surmenage (P78)	F48.0
<p>Critérios: fadiga crescente com associações desagradáveis, dificuldades de concentração e um decréscimo constante do desempenho e da eficiência; a sensação de cansaço físico e de exaustão depois de um esforço mental ou um esforço físico mínimo é muitas vezes acompanhada de dores musculares e de uma incapacidade de relaxar.</p> <p>Considerar: fadiga AO4, fadiga pós-viral AO4, fadiga crônica AO4.</p>	
Somatização (P75)	F44, F45
<p>Inclui: distúrbios de conversação, hipocondria, histeria, pseudociese.</p> <p>Critérios: a somatização caracteriza-se por uma preocupação com a apresentação repetida de sintomas e queixas físicas, assim como pedidos insistentes de exames médicos, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos médicos. Esta requer a apresentação ao médico da família e comunidade ou profissional da Saúde de sintomas físicos múltiplos, recorrentes e sempre diferentes durante um período de pelo menos um ano. A hipocondria requer uma preocupação persistente com a aparência física ou com a possibilidade de uma doença grave, além de queixas somáticas constantes durante um período de pelo menos um ano, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos profissionais.</p>	

continua

<p>Notas: a somatização é a apresentação repetida de sintomas físicos e de queixas sugestivas de distúrbios físicos não confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos, e para os quais existe evidência positiva de ligação a fatores psicológicos, não sentindo o paciente uma sensação de controle na produção desses sintomas ao lidar com os fatores psicológicos. Sinais e sintomas físicos, que incluam dor e sejam apresentados como se fossem devidos a perturbações físicas de um sistema/órgão sob controle do sistema nervoso autônomo, ou que consistam em uma dor contínua e incômoda/grave não explicável por perturbações/processos psicológicos, são codificados como diagnóstico de sinais/sintomas representativos da vertente física e, se possível, com um código que represente o problema emocional ou psicológico com o qual estão associados. A definição de somatização na CID-10 (mínimo 2 anos) é demasiado rígida para ser usada na Atenção Básica à Saúde.</p>	
<p>Reação Aguda ao estresse (P02)</p>	<p>F43.0, F43.2, F43.8, F43.9, F50.4</p>
<p>Inclui: choque de adaptação, choque cultural, estresse, pesar, saudade, estresse pós-traumático imediato, choque (psíquico). Exclui: depressão P03, perturbação depressiva P76, perturbação depressiva pós-traumática P82. Critérios: reação a um acontecimento que provoca estresse ou a uma mudança significativa de vida que exige uma adaptação considerável, quer como uma reação de má adaptação que interfere com a vida quotidiana e resulta em um mau funcionamento social, com recuperação dentro de um período de tempo limitado.</p>	

continua

Estresse pós-traumático (P82)	F43.1
<p>Inclui: perturbação persistente da adaptação.</p> <p>Crítérios: um acontecimento estressante seguido de estados de perturbação e de angústia graves, com uma reação diferida ou prolongada, flashbacks, pesadelos, embotamento emocional, anedonia interferindo com o desempenho e o funcionamento social, e incluindo estados depressivos, ansiedade, preocupação e um sentimento de incapacidade em lidar com a situação que persiste ao longo do tempo.</p> <p>Considerar: reação de estresse aguda P02, ansiedade, P01, depressão P03.</p>	

1.1.1 Depressão

A depressão é um agravo mental que tem uma frequência relativamente comum, de curso crônico e recorrente, caracterizada pela associação com incapacidade funcional e comprometimento da saúde física. Estudos apontam que a frequência de depressão varia conforme a faixa etária, situação de saúde e condições de vida (OLIVEIRA, D.; OLIVEIRA, R.; GOMES, 2006; BERBER; KUPEK, 2005; MORAES et al., 2006; BAPTISTA; GOLFETO, 2015).

A depressão pode ser diagnosticada a partir dos critérios diagnósticos de episódio depressível segundo o CID-10. Acompanhe o quadro abaixo que descreve tais critérios:

Quadro 2 - Critérios diagnósticos de episódio depressível.

SINTOMAS FUNDAMENTAIS
1) Humor deprimido
2) Perda de interesse
3) Fatigabilidade
SINTOMAS ACESSÓRIOS
1) Concentração e atenção reduzidas
2) Autoestima e autoconfiança reduzidas

3) Ideias de culpa e inutilidade
4) Visões desoladas e pessimistas do futuro
5) Ideias ou atos autolesivos ou suicídio
6) Sono perturbado
7) Apetite diminuído
Episódio leve: 2 sintomas fundamentais + 2 acessórios
Episódio moderado: 2 sintomas fundamentais + 3 a 4 acessórios
Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + > 4 acessórios

FONTE: Adaptado de: DUNCAN, B. B. et al. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

O tratamento da depressão tem como objetivo a remissão completa dos sintomas. O tratamento apresenta três etapas fundamentais:

- 1- Fase aguda: dois a três primeiros meses, e tem como objetivo a diminuição ou eliminação dos sintomas depressivos.
- 2- Fase de continuação: quatro a seis meses que seguem o tratamento, tem como objetivo manter a melhora e evitar recaídas.
- 3- Fase de manutenção: tem objetivo de evitar novos episódios (recorrência).

Os quadros de depressão podem ser classificados em leves, moderados e graves. No âmbito da Atenção Básica é mais comum o manejo da depressão leve, que poderá ser abordada como uma responsabilidade de resolução da APS. Na depressão leve o papel dos antidepressivos não está bem estabelecido, assim recomenda-se que se estabeleçam medidas não farmacológicas por seis semanas como: psicoeducação, exercícios físicos, acompanhamento semanal do paciente e, quando possível, psicoterapia. Se os sintomas persistirem ou piorarem, recomenda-se iniciar antidepressivos, e nesse caso o acompanhamento médico é indispensável.

O manejo de quadros depressivos moderados e graves deve ser encaminhado para a avaliação do Centro de Atenção Psicossocial. Considerando o nível de experiência dos profissionais da equipe de Saúde da Família e a presença do Nasf, podemos dar liberdade e autonomia para a Atenção Básica realizar o manejo e abordagem dos casos de depressão moderada e grave, le-

vando sempre em consideração a supervisão do Caps, em determinadas condutas.

SAIBA MAIS

Leia a publicação: Depressão na atenção primária à saúde. Acesse: <http://goo.gl/32ZHEI>.

1.1.2 Ansiedade

A ansiedade é caracterizada pela presença de sintomas físicos, na maioria das vezes acompanhados de pensamentos catastróficos e associados a modificações no comportamento (DUNCAN, 2013)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) classifica os transtornos de ansiedade em:

- Transtorno do pânico (TP) com ou sem agorafobia;
- Agorafobia sem TP (AG);
- Fobias específicas (FE);
- Transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social;
- Transtorno de ansiedade generalizada (TAG);
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
- Transtorno de estresse agudo (TEA). (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

1.2 Alcoolismo

É muito comum o profissional que atua na Atenção Básica se deparar com situações de abuso de álcool, que devem ser abordadas precocemente (preferencialmente antes de atingir o patamar de "abuso", ainda no comportamento de risco). Além disso, o rastreio e tratamento das consequências a essa prática devem ser realizados.

Vários questionários já foram desenvolvidos com o objetivo de detectar o abuso de álcool. O Audit (do inglês "Alcohol Use Disorders Identification Test"), devido a sua praticidade, é facilmente empregado na Atenção Básica, e se constitui de dez perguntas, cada uma com uma determinada pontuação por resposta:

Quadro 3 - AUDIT - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool.

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca (vá para a questão 9)
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 ou mais

3. Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.

4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da Saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

Equivalências de Dose Padrão

CERVEJA: 1 chope/1 lata/ longneck (~ 340 ml) = 1 DOSE ou 1 garrafa = 2 DOSES

VINHO: 1 copo comum (250 ml) = 2 DOSES ou 1 garrafa (1 l) = 8 DOSES

CACHAÇA, VODKA, UÍSQUE ou CONHAQUE: meio copo americano (60 ml) = 1,5 DOSES ou 1 garrafa = mais de 20 DOSES

UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 dose de dosador (40 ml) = 1 DOSE

A partir do valor da soma das dez respostas, você deve orientar sua conduta:

Escores	Intervenção
0 - 7	Prevenção primária
8 - 15	Orientação básica
16 - 19	Intervenção breve e monitoramento
20 - 40	Encaminhamento para serviço especializado

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/2h7a5k>.

SAIBA MAIS

Leia o The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care (AUDIT). Acesse: <http://goo.gl/kEfsYt>.

1.3 Tabagismo

De acordo com o CID-10, o tabagismo é uma doença crônica no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SÃO PAULO, 2011).

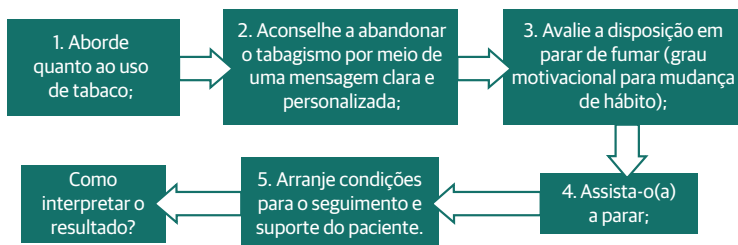
Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabaco é, atualmente, a principal causa evitável de morte no mundo.

O consumo de tabaco pode resultar em doenças graves. Divulgada em agosto de 2012, a pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (Inca) mostra que 2.655 mortes por câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares ocorridas na população urbana poderiam ser evitadas, anualmente, pela prevenção do tabagismo passivo (TABAGISMO..., 2014).

Em cada mil mortes anuais em áreas urbanas, 25 são devido ao fumo passivo em domicílio. Políticas de criação de ambientes livres do tabaco em casa e no trabalho podem reduzir consideravelmente a mortalidade.

Em todos os encontros com os pacientes, recomenda-se que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para que deixem esse hábito. Aconselha-se, também, que seja feito o rastreamento do cliente conforme os passos preconizados no Caderno de Atenção Primária, n. 29, pág. 53 e 54 (BRASIL, 2010).

E como realizar a abordagem? Através dos cinco passos conhecidos como os 5 'As':



A interpretação da intervenção não deve ser entendida como positiva ou negativa, no sentido do êxito de abandono ou não do tabagismo, mas sim como um processo contínuo de cuidado e valorização do tema como um problema para a equipe de saúde e para os usuários.

A escala utilizada para avaliar o nível de dependência da nicotina é a escala de Fagerström, mostrada abaixo:

Quadro 4 - Itens e pontuação para o Fagerström Test for Nicotine Dependence (Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina).

Questão	Respostas	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Você acha difícil abster-se do fumo em lugares onde ele é proibido, por ex., na igreja, na biblioteca, no cinema etc.?	Sim	0
	Não	1
3. Qual cigarro você mais odiaria ter de largar?	O primeiro pela manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma com mais frequência durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo se estiver muito doente a ponto de ficar na cama a maior parte do dia?	Sim	1
	Não	0

Fonte: Adaptado de: MENESES-GAYA, I. C. de. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para dependência de Nicotina, **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 1, jan. 2009.

A escala deve ser interpretada da seguinte maneira: de 0 a 2 pontos, dependência muito baixa; de 3 a 4 pontos, dependência baixa; 5 pontos, dependência média; de 6 a 7 pontos, dependência elevada; de 8 a 10 pontos, dependência muito elevada.

Nem todos os usuários estão no mesmo estágio ou abertos para a discussão do tema. Por exemplo, se um deles não vê o tabagismo como um problema (estágio pré-contemplativo), a abordagem pode não ser efetiva em movê-lo ao abandono, mas pode sensibilizá-lo para o tema em questão e, num próximo encontro, caso esteja mais aberto, reflita sobre a possibilidade de abandonar o hábito (estágio contemplativo).

Nesse novo estágio a atuação pode ser mais frutífera, resultando no agendamento de uma consulta ou sua participação em grupo de tabagismo para conversar melhor sobre o tema. Na sequência, possivelmente haveria um avanço para a fase de ação e poderia ser criada uma estratégia conjunta para o abandono do tabagismo.

Acompanhe a seguir um modelo de intervenção que pode ajudar na abordagem do paciente tabagista (GÓIS et al., 2011):

Perguntar	Você fuma?
Avaliar	Há quanto tempo? Quantos cigarros por dia? Já parou de fumar? Teve abstinência? Recaída? Qual motivo? Quer parar de fumar nos próximos 30 dias?
Aconselhar	Benefícios sobre parar de fumar.
Preparar	Marcar uma data próxima.
Acompanhar	Seguimento semanal no primeiro mês, quinzenal, mensal e trimestral até completar um ano.
<p>Quando considerar utilização de medicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de > 20 cigarros/dia. • Fumantes que usam o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar. • Escore de Fagerström \geq 5. • Tentativas anteriores sem sucesso. 	

SAIBA MAIS

www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm

2 RASTREAMENTO EM SAÚDE MENTAL

2.1 Rastreamento de depressão

A triagem para sintomas depressivos em todos os pacientes no âmbito da AB vem ganhando sua importância nos últimos anos. Recomenda-se a aplicação de um questionário prático e rápido. Acompanhe abaixo as perguntas para rastreamento de depressão (DUNCAN, 2013):

Durante o último mês, você se sentiu incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança?

Durante o último mês, você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Para critérios diagnósticos: “sim” para as duas questões (tem sensibilidade de 96% a 97% e especificidade de 57% a 67%).

2.2 Rastreamento de ansiedade

O rastreamento dos transtornos de ansiedade até o momento tem poucas evidências da importância do rastreamento de rotina. Porém, em razão de sua elevada prevalência e da eficácia do tratamento, alguns autores recomendam a aplicação de um questionário para a detecção de casos de ansiedade. Acompanhe abaixo um breve questionário com perguntas simples que podem ser aplicadas na anamnese (DUNCAN, 2013):

Questionário

Você já:

- Teve um ataque em que de repente se sentiu assustado, ansioso ou preocupado? (Pânico)
- Foi incomodado por nervos ou sentiu-se ansioso ou inquieto por seis meses?
- Teve ansiedade ou desconforto em torno de pessoas?
- Teve sonhos recorrentes ou pesadelos de trauma ou precisou evitar lembranças de trauma?

SAIBA MAIS:

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896069/#R18.

2.3 Rastreamento de tabagismo

O tabagismo é o principal fator prevenível de morte. A abordagem breve (cerca de cinco minutos) pode levar a cerca de 5% do abandono do hábito do tabaco. No Brasil, a prevalência do tabagismo é de 17,2% e causa cerca de 200 mil mortes (PNAD, 2008).

Está recomendado o rastreamento de tabagismo em todos os adultos. Em todos os encontros com os pacientes, recomenda-se que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para que deixem esse hábito.

Por meio de abordagem breve com cinco passos (os cinco As):

- 1- Aborde quanto ao uso de tabaco;
- 2- Aconselhe a abandonar o tabagismo por meio de uma mensagem clara e personalizada;
- 3- Avalie a disposição em parar de fumar (grau motivacional para mudança de hábito);
- 4- Assista-o(a) a parar;
- 5- Arranje condições para o seguimento e suporte do paciente.

A interpretação da intervenção não deve ser entendida como positiva ou negativa, no sentido do êxito de abandono ou não do tabagismo, mas sim como um processo contínuo de cuidado e valorização do tema como um problema para a equipe de saúde e para os usuários.

2.4 Rastreamento de abuso de álcool

O abuso de álcool está fortemente associado a problemas de saúde, incapacidades, mortes, acidentes, problemas sociais e violência. Há boa evidência de que o rastreamento na atenção primária pode identificar adequadamente aqueles usuários cujos padrões de consumo de álcool atendem aos

critérios de dependência alcoólica e, portanto, estão sob maior risco de morbidade e mortalidade. Há boa evidência de que o aconselhamento comportamental breve, com seguimento dos usuários, produz de pequena a moderada redução no consumo de álcool de forma sustentada ao longo de seis a 12 meses ou mais.

Recomenda-se o rastreamento e intervenções de aconselhamento na atenção primária para reduzir o uso inadequado de álcool em adultos. Pacientes com histórico de problemas com álcool, adultos jovens e grupos de alto risco (por exemplo, tabagistas) podem ser beneficiados com o rastreio mais frequente.

Há dois testes mais conhecidos. O Audit, que já abordamos neste texto, e o Cage, sendo este último o mais utilizado na Atenção Básica. O Cage é constituído das quatro questões abaixo acerca do hábito de beber:

- ✓ Você já sentiu a necessidade de parar de beber?
- ✓ Você já se sentiu chateado por críticas que os outros fazem pelo seu modo de beber?
- ✓ Você já se sentiu culpado sobre seu jeito de beber?
- ✓ Você já teve que beber para iniciar o dia e “firmar o pulso”?

Se duas ou mais respostas forem afirmativas, considera-se o caso como sendo positivo para abuso de álcool.

O usuário deve ser aconselhado e acompanhado. Assim como no manejo do tabagista, deve-se considerar em que estágio se encontra o usuário para programar a intervenção. Existem várias experiências de manejo de pacientes dependentes de álcool, e a equipe de saúde deve conhecer os recursos disponíveis em sua unidade de saúde, na comunidade e nas instituições externas (por exemplo, Alcoólicos Anônimos, Caps etc.).

3 PRINCIPAIS MEDICAMENTOS DA SAÚDE MENTAL NA APS

O uso de fármacos como parte do tratamento em Saúde Mental é um recurso a mais do qual se pode lançar mão. Deve-se frisar que, para atingirem sua meta de tratamento, necessitam estar inseridos em um contexto bem maior, que inclui o vínculo com aquele serviço de saúde e com o profissional. Além disso, é importante evitar a ideia de que o medicamento é uma solução rápida e definitiva para aquele quadro, bem como lembrar os efeitos adversos que cada droga pode desencadear e como eles podem ser desejáveis para alguns e indesejáveis para outros (por exemplo, a sonolência pode ser um efeito adverso desejável no paciente com distúrbios do sono).

As principais classes de medicamentos utilizados em Saúde Mental são: neurolépticos (ou antipsicóticos), benzodiazepínicos, antidepressivos e estabilizadores de humor.

Os neurolépticos têm ação sobre os sintomas psicóticos (delírios e alucinações), insônia (principalmente a clorpromazina e a levomepromazina), tiques (haloperidol em baixas doses), na dificuldade de controle de impulsos/risco de agressividade. Também podem ser utilizados como tranquilizador rápido nas crises graves (exemplo: sedação com haloperidol + prometazina, que pode durar até 20 minutos).

Quadro 5 – Neurolépticos.

Nome do fármaco	Dose equivalente (mg)	Dose média (mg)	Faixa terapêutica (mg/dia)	Observações
Baixa potência				
Clorpromazina	100	250 - 600	50 - 1200	Baixa potência. Evitar uso em idosos e pessoas com epilepsia. Sedativa. Risco de hipotensão.

continua

Levomepromazina	120	100 - 300	25 - 600	Baixa potência. Evitar uso em idosos e pessoas com epilepsia. Muito sedativa. Risco de hipotensão.
Tioridazina	100	200 - 300	50 - 600	Sedativa. Ganho de peso importante.
Alta potência				
Flufenazina	1 - 2	5 - 10	2,5 - 20	Alta potência. Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 2 semanas (Dose oral X 2,5 = dose de depósito).
Haloperidol	2	5 - 10	2 - 20	Alta potência. Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 3 semanas (1 amp. IM/mês = 2,5 mg VO/dia).

continua

Trifluoperazina	5	10 - 20	5 - 40	Média potência. Atentar para reações extrapiramidais.
Atípicos				
Risperidona	4 - 6	2 - 8		Pode causar sintomas motores em doses mais elevadas. Sedativa. Poucos efeitos anticolinérgicos. Boa escolha para crianças e idosos.
Olanzapina	10 - 20	5 - 20		Sedativa. Ganho de peso. Alto custo.
Sulpirida	600 - 1000	200 - 1000		Por vezes utilizada em associação a outros atípicos potencializando efeito antipsicótico.
Clozapina	300 - 450	200 - 500		Risco de agranulocitose e convulsões. Muito sedativa. Ganho de peso e sialorreia expressivos. Necessidade de controle hematólogico (semanalmente, nas primeiras 18 semanas, e mensalmente, após esse período).

*referente a 100 mg de clorpromazina

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/IKWGso>.

Os benzodiazepínicos se popularizaram por seus efeitos ansiolíticos associados a baixos efeitos adversos quando comparados com as outras classes. Assim, hoje são usados em larga escala no Brasil, sendo este um dos países que mais os consomem, levando a altas taxas de uso e cronicidade. Sua principal indicação é a ansiedade, tanto aguda quanto em situação de estresse ou em crises psicóticas. Os benzodiazepínicos também têm efeito sedativo e relaxante, podendo ser utilizados na insônia e na síndrome de abstinência de

drogas. A dependência, a depressão respiratória e a sedação secundária são os principais efeitos adversos.

Quadro 6 – Benzodiazepínicos.

Nome do fármaco	Meia-vida (h)	Faixa terapêutica	Dose usual	Observações
Diazepam	30 - 100	2.5 - 30	10 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal. Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável.
Clordiazepóxido	30 - 100	5 - 75	25 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal.
Lorazepam	6 - 20	0,5 - 6	2 mg	Perfil intermediário. Útil em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (por ser eliminado por via renal).
Clonazepam	30 - 100	0,5 - 8	0,5 - 2 mg	Perfil intermediário. Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia.

continua

Bromazepam	8 - 19	1,5 - 20	3 mg	Perfil indutor do sono.
Alprazolam	6 - 20	0,5 - 2	0,5 - 2mg	Perfil indutor do sono. Útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico.
Midazolam	1 - 5	7,5 - 30 mg	15 mg	Perfil indutor do sono. Baixo desenvolvimento de tolerância. Prescrição IM útil em agitação.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/akbA4h>.

Os antidepressivos são considerados de uso relativamente simples e seguro, não produzindo fenômenos de tolerância ou dependência. Os antidepressivos tricíclicos são bastante eficazes, porém apresentam mais efeitos inesperados (boca seca e constipação), enquanto os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são mais recentes e agem menos sobre o sistema de neurotransmissão, pois são seletivos. Podem ser indicados em casos de sintomas: depressivos, de pânico, obsessivos-compulsivos, ansiedade e fobia social.

Quadro 7- Antidepressivos X Inibidores seletivos da recaptação da serotonina.

ANTIDEPRESSIVOS			
DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERA-PÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
Sempre iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2 - 3 dias até atingir nível terapêutico.			
Amitriptilina	150 - 200	50 - 30	<p>Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).</p>
Clomipramina	150 - 200	50 - 300	<p>Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno obsessivo-compulsivo.</p>
Imipramina	150 - 200	50 - 300	<p>Observar interações medicamentosas.</p>

continua

INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
Citalopram	20	20 - 60	
Escitalopram	10	10 - 30	
Fluoxetina	20	5 - 80	Meia-vida prolongada; observar interações medicamentosas.
Paroxetina	20	10 - 50	Observar síndrome de retirada.
Sertralina	50 - 150	50 - 200	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/P8dRfe>.

A classe “estabilizadores de humor” foi assim agrupada por reunir medicações que evitam ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, mas não compartilham um mecanismo de ação comum. O carbonato de lítio ainda é a droga padrão, podendo ser indicada em episódios de mania, hipomania e depressão em pacientes com transtorno bipolar.

Quadro 8 – Estabilizadores de humor.

NOME DO FÁRMACO	DOSES MÉDIAS	OBSERVAÇÕES
Carbonato de lítio	900 - 2100	<p>Iniciar com 300 mg, 2 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300 mg, 3 vezes ao dia, aumentando mais conforme a necessidade.</p> <p>Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância.</p> <p>Dosagem sérica: 0,6 a 0,8 mEq/l em fase de manutenção; 0,8 a 1,2 mEq/l em fase aguda.</p> <p>Deve ser medida após 5 dias de estabilização da dose oral.</p> <p>Coletar sangue 12 horas após a última tomada.</p>
Carbamazepina	400 - 1600	<p>Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais.</p> <p>Dosagem sérica: 8 - 12 µg/ml.</p> <p>Coletar sangue 12 horas após a última tomada.</p> <p>Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3 - 4 x/dia.</p>

continua

Ácido valproico	750 - 1500	Iniciar com 250 mg ao dia e aumentar 250 mg a cada 2 a 3 tomadas diárias. Dosagem sérica: 45 e 125 µg/ml. Embora a dose máxima proposta seja 1.800 mg/dia, alguns pacientes podem precisar de até 3 g/dia para atingir níveis séricos terapêuticos. Não ultrapassar 60 mg/kg/dia.
-----------------	------------	---

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/OWCWec>.

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL

O dentista pode ser o profissional a ter o primeiro contato com os usuários com algum problema no âmbito da Saúde Mental, principalmente no que se refere ao uso abusivo de álcool e de tabaco.

O uso do tabaco tem influência negativa sobre a saúde periodontal, tendo efeitos sobre as respostas imunológicas, perda óssea alveolar, sobre a cicatrização de feridas e tratamento periodontal. Fumantes exibem não somente um aumento na suscetibilidade à periodontite, como não respondem ao seu tratamento e apresentam maior exposição a outras doenças (ALVES et al., 2013).

Fatores psicossociais como estresse e quadros depressivos podem aumentar a suscetibilidade a doenças autoimunes, alergia, infecções como gengivite e periodontite, e ao câncer. Isso é explicado por mecanismos fisiológicos associados à alteração da função imunológica; e comportamentais, por meio dos quais estilos de vida podem potencializar e promover o desenvolvimento de doenças. Porém, fatores como diferenças populacionais, capacidade do indivíduo em reagir e lidar com situações estressantes, diferentes subtipos de quadros depressivos, variação das características imunológicas estudadas e heterogeneidade dos fatores estressores são variáveis importantes e nem sempre consideradas (ALVES et al. 2013).

Considerações finais

Neste último livro evidenciamos algumas estratégias de intervenção em Saúde Mental, que envolvem práticas intersetoriais e recursos comunitários. Indicamos algumas publicações norteadoras da prática em Saúde Mental e das possibilidades de atuação na Atenção Básica, respeitando o escopo de ações que podem ser desenvolvidas nesse nível de complexidade. Além disso, vimos as situações mais comuns com as quais o profissional da Atenção Básica irá se deparar na prática em Saúde Mental, bem como as opções de tratamento farmacológico disponíveis.

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

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

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. T. E. et al. Aspectos relacionados ao câncer oral de interesse na periodontia. **Braz. J. Periodontol**, v. 23, n. 4, p. 31-37, dez. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/zBjO6S>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. A. **Prevalência de depressão em escolas de 7 a 14 anos**. Disponível em: <http://goo.gl/tDsMme>. Acesso em: 15 set. 2014.
- BERBER, J. S.; BERBER, S. C.; RUPEK, E. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome de fibromialgia. **Rev.Bras. Reumatol**. v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://goo.gl/hhBbf8>. Acesso em: 23 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Acolhimento à espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 28, v. 2).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção primária, n. 29).
- _____. _____. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/DhQ-MeU>. Acesso em: 3 ago. 2014.
- DUNCAN, B. B. et al. (Org.) **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- GÓIS, A. F. T. de et al. **Guia de bolso de Clínica Médica**. São Paulo: Atheneu, 2011.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. American Psychiatric Association. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2014.
- MENESES-GAYA, I. C. de. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para dependência de Nicotina, **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 1, jan. 2009.
- MORAES, I. G. da S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <http://goo.gl/OotcDG>. Acesso em: 15 set. 2014.

OLIVEIRA, D. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/Orr5Jh>>. Acesso em: 12 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.

PNAD. **Síntese de indicadores**. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/rgyo-fz>>. Acesso em: 15 set. 2014.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica. **Boletim ISA - Capital 2008**, São Paulo: CEInfo, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/3qGqxy>>. Acesso em: 15 set. 2014.

TABAGISMO passivo. Disponível em: <http://goo.gl/EOAzJC>. Acesso em: 15 set. 2014.

WHO. **Mental Health**: new understanding, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/nfkv33>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

LEITURA COMPLEMENTAR:

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O Conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, set./nov. 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/sn2B6w>>. Acesso em: 3 maio. 2013.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J Bras. Psiquiatr**, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/gdwzYE>> Acesso em: 3 maio. 2013.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. A Enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994. Disponível em: <<http://goo.gl/urDCaI>>. Acesso em: 3 maio. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. 213 p. Disponível em: <<http://goo.gl/u3aOOf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

____. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49. Disponível em: <http://goo.gl/vfKAGy>. Acesso em: 3 maio. 2013.

____. _____. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005, Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/ngjjUB>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 144 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/Y4HHTX>>. Acesso em: 3 maio. 2013.

____. _____. **Manual do Programa "De Volta para Casa"**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/RPNUIR>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

____. _____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/bjBnEx>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

____. _____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004d. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/uJFXt6>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

____. _____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004e. 340 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/AqrRix>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/DR201V>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 3, p. 743-757, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/oMHRcz>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <<http://goo.gl/tOwJGz>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. (Org). **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://goo.gl/Mrn4jk>>. Acesso em: 29 abr. 2013.