

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE MENTAL



34

Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

Saúde Mental

Cadernos de Atenção Básica, nº 34



Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,

Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo

CEP: 70.070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9031

Site: www.dab.saude.gov.br

E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação de Saúde Mental

SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,

Lotes 5/6, Bloco II, Térreo

CEP: 70.070-600 – Brasília/DF

Site: portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Editor geral:

Hêider Aurélio Pinto

Editor técnico:

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

Coordenação geral de elaboração:

Eduardo Alves Melo

Roberto Tykanori Kinoshita

Organização:

Alexandre Teixeira Trino

Camila Maia Franco

Marcelo Pedra Martins Machado

Autoria:

Alexandre Teixeira Trino

Ana Rita Vieira de Novaes

Angelo Giovanni Rodrigues

Claudio Antonio Barreiros

Daniel Miele Amado

Edith Lauridsen-Ribeiro

Eduardo Alves Melo

Fabiane Minozzo

Gilberto David Filho

Jamili Joana de Melo Calixto

Leon de Souza Lobo Garcia

Marcus Vinicius de Oliveira Silva

Maria Angela Maricondi

Maria Cristina Ventura Couto

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Mariana da Costa Shom

Mayara Novais Pereira

Marcelo Pedra Martins Machado

Nathaniel Pires Raymundo

Pablo Franklin da Silva Balero

Paulo Roberto Sousa Rocha

Rafael Casali Ribeiro

Ricardo Lugon Arantes

Roberto Tykanori Kinoshita

Rosana Ballesterio

Rosani Pagani

Sabrina Ferigato

Taciane Pereira Maia

Thais Alessa Leite

Tiago Pires de Campos

Túlio Batista Frano

Victor Brandão Ribeiro

Colaboradores:

Andrea Gallassi

Filipe Willadino Braga

Helio Ribeiro

Helvo Slomp Júnior

Iana Profeta Ribeiro

Iracema Benevides

Patrícia Sampaio Chueiri

Paula Mesquita Spinola

Suzana Campos Robortella

Coordenação editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Amanda Soares

Daniela Ferreira

Maristela da Fonseca Oliveira

Revisão: Eveline de Assis

Khamila Silva

Silene Lopes Gil

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo S. Rodrigues

Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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)

ISBN 978-85-334-2019-9

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Atenção em saúde mental no SUS. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0283

Títulos para indexação:

Em inglês: Mental health

Em espanhol: Salud mental

Lista de Quadros

Quadro 1 – Associação entre problemas de saúde mental e outros agravos à saúde	98
Quadro 2 – Fatores de risco e de proteção selecionados para saúde mental de crianças e adolescentes.....	111



Sumário

Parte I – Cuidado da Pessoa em Sofrimento: Conceitos gerais e aplicações práticas	9
Apresentação	11
1 Introdução	17
1.1 O cuidado em saúde mental: como é o seu trabalho na Atenção Básica	19
1.2 A Política Nacional de Atenção Básica	19
1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família	20
1.4 Política Nacional de Saúde Mental	21
1.5 E o que pode ser entendido como uma intervenção em saúde mental?	22
1.6 Ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica	23
1.7 O cuidado que dá certo em saúde mental	23
1.7.1 O famoso desabafo: o profissional de Saúde como um interlocutor para a pessoa em sofrimento	23
1.7.2 A potência do acolhimento	24
1.8 As expectativas e o sofrimento do profissional de Saúde no cuidado em saúde mental	25
2 A definição de cuidado, sofrimento, pessoa e território	27
2.1 Em direção a novos objetos de cuidado em saúde, pela vida da Atenção Básica: cuidado do sofrimento de pessoas	29
2.1.1 O que é uma pessoa?	29
2.1.2 O que é o sofrimento?	31
2.1.3 O que é cuidado?	32
2.1.4 Territórios existenciais e coesão social	34
Referências	36
Parte II – Saúde Mental e a cartografia da pessoa, da família e da comunidade	37
3 A "casa dos 20": o cuidado como celebração da vida	39
3.1 Introdução: a "casa dos 20"	41

3.2 A construção da Rede de Cuidados Compartilhados	42
3.3 Os projetos terapêuticos singulares	43
3.4 Cartografando a produção do cuidado na "casa dos 20"	45
3.5 A disputa sobre os modos de viver a vida.....	46
3.6 Os habitantes da "casa dos 20" e seus devires	48
3.7 Considerações finais de um caso inconcluso.....	49
Referências.....	52
4 A ligação da cartografia à intervenção multiprofissional	53
4.10 Projeto Terapêutico Singular	55
4.2 A abordagem da Redução de Danos na Atenção Básica	57
Referências.....	60
5 Instrumentos de cartografia com a pessoa, a família e a comunidade	61
5.1 O que é família?	63
5.1.1 Família e sofrimento psíquico: o desafio do protagonismo familiar	63
5.1.2 A lógica da Atenção Básica à saúde e os recursos para o trabalho com a família enquanto protagonista do cuidado.....	65
5.1.3 Abordagem familiar: ferramentas e recomendações.....	66
5.1.4 Algumas recomendações para o trabalho com família.....	69
5.1.5 Considerações finais	71
Referências.....	72
Anexos.....	73
Parte III - Cuidado da Pessoa que Sofre	89
6 Situações de saúde mental comuns na Atenção Básica	91
6.1 O que chamamos de sofrimento mental comum?	90
6.1.1 Compreendendo a pessoa que sofre em seu contexto de vida	91
6.1.2 Impacto do sofrimento mental comum na saúde	93
6.1.2.1 Alcoolismo: detecção e intervenção breve	94
6.1.2.2 Transtornos mentais graves e persistentes: esquizofrenia e psicoses afetivas.....	98
6.3 Diagnóstico precoce e intervenção na crise.....	98
6.4 As situações de crise na saúde mental	99
6.5 Seguimento de longo prazo e reabilitação psicossocial	99

6.5.1 O que é crise afinal?	100
6.6 Especificidades do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na Atenção Básica.....	102
6.6.1 Para iniciar a conversa	103
6.6.2 Valores e princípios do atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes.....	104
6.6.2.1 Como cuidar da saúde mental de crianças e adolescentes segundo estes princípios?	105
6.6.3 Rede Ampliada de Atenção à Saúde Mental e o papel da Atenção Básica	106
6.6.4 Fatores de risco e proteção	106
6.6.5 Diretrizes gerais para a identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes.....	108
6.6.6 Diretrizes gerais das intervenções em saúde mental de crianças e adolescentes.....	111
6.6.7 Cenas cotidianas de um trabalho em parceria	112
Referências	116
7 Instrumentos de intervenção psicossocial.....	119
7.1 Grupos e Saúde Mental.....	121
7.1.1 Grupos operativos: a experiência de um grupo de mulheres em São Bernardo do Campo/SP	124
7.2 Rede de Suporte Social.....	127
Referências	129
8 Práticas integrativas e complementares	131
8.1 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	133
8.2 Homeopatia	134
8.3 Fitoterapia e plantas medicinais.....	135
8.4 Medicina antroposófica	136
Referências	138
9 Intervenções psicossociais avançadas	
9.1 Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica	141
9.2 Terapia comunitária	142
9.3 Terapias cognitivas comportamentais: ativação	144
9.4 Mediação de conflitos	145
9.5 Terapia Interpessoal Breve (TIB): intervenção breve na dependência de álcool e outras drogas ...	149
Referências.....	152
10 Principais Medicamentos da saúde mental na APS	157

10.1 As principais classes de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central	156
10.2 Neurolépticos.....	157
10.3 Benzodiazepínicos.....	161
10.4 “Antidepressivos”.....	164
10.4.1 Os diferentes “antidepressivos”	166
10.4.2 “Estabilizadores de humor”.....	168
10.4.3 Algumas considerações	170

Cuidado da Pessoa em
Sofrimento: Conceitos
gerais e aplicações práticas

Parte

I



Apresentação

Caro leitor, este material foi escrito por profissionais que já desenvolveram trabalhos ligados à saúde mental e à abordagem do álcool e outras drogas no campo da Atenção Básica. Escrevemos este caderno com a expectativa de estimular e compartilhar o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Além de apresentar ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, também almejamos que este caderno possa dialogar com a sua realidade de profissional de Saúde, trazendo cenas e questionamentos que acreditamos serem fundamentais ao exercício do trabalho com a saúde mental.

Para começar, entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões. É por isso que neste caderno privilegiamos as práticas de saúde mental que possam ser realizadas por todos os trabalhadores na Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas.

Ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. No entanto, nem tudo aquilo que se realiza como prática em saúde mental ainda está para ser descoberto. Desse modo, um dos objetivos deste caderno é justamente conferir visibilidade a algumas intervenções terapêuticas que já são realizadas por diferentes profissionais no âmbito da Atenção Básica. Isto porque nem sempre o cuidado em saúde mental é entendido como tal pelos profissionais de Saúde que atuam nos serviços de Atenção Básica.

Dessa forma, a pretensão deste material é de colaborar com algumas sugestões e ferramentas de trabalho para ampliar a capacidade de cuidado dos profissionais da Atenção Básica. Também desejamos poder apoiar o leitor no reconhecimento de práticas em saúde mental que já são realizadas e no desenvolvimento de estratégias de manejo em saúde mental pertinentes ao seu próprio contexto e conectadas com o seu fazer cotidiano. Para isso, este caderno apresenta e discute: as principais demandas em saúde mental, os fatores de proteção e de risco em saúde mental, os planos de intervenção e os métodos de acompanhamento dos casos. Esses pontos buscam exemplificar possibilidades de atuação para as equipes e profissionais de Saúde da Atenção Básica.

No Capítulo 1 do caderno faremos uma breve abordagem sobre a Política Nacional da Atenção Básica, e como ela está intrinsecamente envolvida com os cuidados em saúde mental. O Capítulo 2 trata do pensamento estruturante deste caderno, abordando a definição dos conceitos de pessoa, sofrimento, cuidado e territórios existenciais.

O Capítulo 3 trabalha na perspectiva da cartografia da pessoa, da família e da comunidade.

Convida o leitor a refletir sobre o conceito de vínculo, a criação de redes de cuidado compartilhado, o trabalho em equipe e os processos de trabalho a partir dos múltiplos olhares para um caso-problema que contextualiza e dialoga entre os conceitos e a prática cotidiana dos profissionais na Atenção Básica.

O Capítulo 4 contextualiza a produção do cuidado em saúde mental na perspectiva multiprofissional, priorizando o Projeto Terapêutico Singular e a lógica da Redução de Danos.

O Capítulo 5 apresenta algumas ferramentas concretas que auxiliam no processo de cartografia em saúde mental: ferramentas de comunicação, exame psíquico/exame do estado mental, genograma, ecomapa e diagnóstico de recursos do território.

O Capítulo 6 aborda as situações de saúde mental mais comuns que ocorrem na Atenção Básica, com foco no sofrimento mental comum, transtornos mentais graves, suicídio, problemas do sono, demências, sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas.

O Capítulo 7 destaca os instrumentos de intervenção psicossocial na Atenção Básica com ênfase nas seguintes tecnologias de cuidado: grupos na APS, rede de suporte social, intervenções psicossociais avançadas, entre outros.

O Capítulo 8 finaliza o Caderno com o tema do uso de psicofármacos no cuidado centrado na pessoa.

Observem que ao longo do Caderno, vocês encontrarão exemplos que remetem ao “Caso Roberta”. Esse caso foi elaborado pelos autores do Caderno.

“CASO ROBERTA”

A seguir apresentamos o “Caso Roberta”, médica de família de uma Unidade Básica de Saúde. Leia cuidadosamente o caso apresentado a seguir; ao longo deste Caderno alguns exemplos serão remetidos a partir das reflexões e vivências de Roberta. Boa leitura!

Roberta é médica. Nasceu em Votuporanga, onde mora sua família, e mudou-se para São Paulo quando entrou na faculdade. Passou os primeiros anos do curso de Medicina estudando anatomia, fisiologia, histologia e bioquímica, para então aprender como os processos patológicos alteravam os órgãos, os diversos aparelhos, os tecidos e as células. Quando estudou as diferentes doenças, guiou-se pelos tratados médicos, divididos por aparelhos circulatório, respiratório etc., e dentro dos capítulos, em epidemiologia, quadro clínico e tratamento. Teve alguns cursos de Bioética e Psicologia Médica, em que aprendeu que era importante escrever no prontuário com letra legível e que deveria olhar no olho de seus pacientes – o que achou uma orientação um pouco despropositada, pois tinha aprendido, desde pequena, que é assim que se conversa com as pessoas. Nos dois anos de internato, passou por vários departamentos do Hospital Universitário, em estágios que duravam raramente mais de um mês, e também na UBS ligada à faculdade, mas era raro que conseguisse ver mais de duas vezes o mesmo paciente, pois só ia lá um período por semana. Mesmo nos estágios de enfermaria, muitas vezes não pôde acompanhar o tratamento hospitalar de seus pacientes do início ao fim. Ficava cansada por causa do grande número de plantões, mas empolgava-se com os estágios de pronto-socorro, em que sentia que colocava

em prática tudo aquilo que estudou por tantos anos – especialmente casos graves – e estava finalmente *pegando a mão*, sabendo pensar em diagnóstico e aplicar o tratamento adequado. Ao final do curso, estava cheia de dúvidas de que especialidade queria seguir. Pensava em Clínica, Cirurgia, Ginecologia, Pediatria, todas a interessavam, mas ela sempre temia acabar em um trabalho burocrático e repetitivo. Psiquiatria, nunca! Até achou interessante, mas *difícil*. Ela não sabia como aplicar todo aquele raciocínio clínico aprendido ao longo de seis anos para pensar em doenças mentais, e não via muito resultado. Quando foi fazer a prova de residência, prestou Ginecologia. Não passou. Aquilo foi um misto de frustração e alívio, no fundo ela não estava certa da escolha de abrir mão das outras especialidades. Não gostava de dar plantões, foi trabalhar como médica de família em uma UBS que ficava longe de sua casa, mas o acesso não era tão difícil.

Quando Roberta começou a trabalhar na unidade de Saúde, sentiu-se muito impactada, uma avalanche de sentimentos e impressões. Ela atendia a todas as pessoas de uma mesma família, e via peculiaridades que se repetiam em todos. Fazia visitas domiciliares, tomava café fresquinho na casa de seu Dito e comia bolos deliciosos – ah, lembravam-lhe a infância – de Dona Filomena, avó de Lucas, um menino que era considerado desatento e rebelde pela escola até Roberta descobrir que ele era míope. Uma vez, visitou a casa de Selma, onde todos os moradores têm asma, e tendo descoberto uma infiltração na casa, que então foi resolvida, conseguiu suspender o corticoide das crianças, que já começavam a engordar por efeito colateral. Em outra ocasião, depois de atender algumas vezes Fernando, um jovem emagrecido que revelou estar usando *crack*, conseguiu com a assistente social e a agente comunitária de Saúde, levá-lo ao Caps-ad. Sua mãe, que era uma das usuárias mais frequentes da UBS, sofrendo de fibromialgia, hipertensão, artrose, usuária crônica de benzodiazepínicos, passou a participar de grupos de caminhada, e alguns meses depois todos já diziam como ela estava melhor, e ouviam notícias dela pelo ACS, já que pouco ia à UBS (agora ela estava fazendo um curso de Informática para terceira idade e tinha voltado a cuidar de seu jardim, há alguns anos abandonado). Essas notícias deixavam Roberta muito satisfeita e feliz por ser médica, mas também confusa: e toda a Bioquímica, toda a Fisiologia? Além disso, havia uma enormidade de casos frente aos quais ela se sentia completamente impotente: velhinhos diabéticos com sequelas, sem conseguir controle satisfatório, pois eram analfabetos e ela não conseguia se fazer compreender; hipertensos que não vinham sentido em parar de comer mortadela; adolescentes grávidas pela segunda, terceira vez de pais diferentes, e à medida que Roberta conhecia melhor as pessoas que atendia, tantas histórias de estupros, violência doméstica e desemprego. Às vezes ouvia relatos que trazia à tona memórias dolorosas, as quais ela preferiria manter adormecidas. Ela se sentia muito mal, não conseguia resolver os problemas de quem a procurava, e ainda se via tendo suas feridas mexidas... Isso sem contar a sobrecarga de trabalho, as metas de quantidade de consultas a cumprir. Não vale a pena se envolver tanto, pensava ela. O problema é que os governantes não sabem o que acontece aqui na ponta, não dão condições de trabalho para nós, pensava. Às vezes insone, sempre cansada, começou a perder o interesse. Ela, que tinha seus próprios problemas, seus próprios planos, não estava conseguindo resolver os dos outros. *Vou fazer meu trabalho, e nada mais*. Sem se envolver com mais ninguém que atendia, ouvia, examinava e friamente prescrevia, cumprindo suas metas e dedicando seu interesse e vivacidade para assuntos de fora do trabalho, que lhe provia o sustento. Nada de montanha-russa, agora sua vida profissional era um grande deserto de areia,

sem buracos, sem precipícios e sem oásis.

14

Essa pode ser uma história muito comum a médicos, enfermeiros e outros técnicos que trabalham com Atenção Primária à Saúde. O que será que aconteceu com Roberta, por que será que ela foi desistindo daquilo que de início a motivava tanto? E por que um caso como esses aparece em um Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Mental?

Esta pequena história busca retratar o choque que existe entre nossa formação acadêmica, ainda calcada em uma forte visão biomédica, que entende que a função dos profissionais de Saúde é apenas por meio de um raciocínio anatomoclínico e fisiopatológico, lógico, baseado em evidências científicas. Ainda que desde o início dos cursos de graduação fale-se de aspectos da saúde para além do que é biológico (exemplo do conceito já bastante questionado de bem-estar biopsicossocial), é inegável a predominância de conteúdos das ciências naturais, que, de certa forma, moldam a maneira de pensar e fazer a clínica. Também é verdade que, antes de sermos profissionais de Saúde, somos pessoas inteiras: somos nossos próprios corpos, que cada um vivencia à própria maneira, temos nossas memórias, desejos, planos, paixões, medos, segredos, identidades, valores etc. Quando estamos no papel de cuidar de outra pessoa que sofre, tudo isso entra em jogo, e não só nosso lado analítico-racional, que pensa em termos de abstrações, ciclos naturais de doenças, cadeias fisiológicas e protocolos de tratamento. No caso acima, não foi apenas a *médica* Roberta que apreciou a delícia do bolo de Dona Filomena, e pensou em sua infância, e sim ela como pessoa. Assim, como não foi usando de seus conhecimentos adquiridos na faculdade que ela decidiu abreviar o intervalo entre as consultas de Fernando, intuindo que algo não estava bem e ela precisaria estar mais próxima dele, abrindo-lhe espaço para confiar nela e revelar seu uso descontrolado de *crack*.

Contudo, felizmente, esse cenário não é fixo e imutável. Se por um lado nós, enquanto profissionais de Saúde, reproduzimos o imaginário da sociedade da qual fazemos parte, por outro, tomando consciência de suas falhas e insuficiências, podemos fazer parte da mudança que queremos. Eric Cassell, um importante médico de família norte-americana, diz que “a avaliação de um sistema de medicina deveria ser sua adequação em enfrentar o sofrimento”, e afirma que a Medicina moderna falha neste teste. Se por um lado, lidamos extraordinariamente bem com dor, dificuldade para respirar ou outras afecções do corpo, falhamos enormemente em lidar com o sofrimento de pessoas. “Corpos não sofrem, pessoas sofrem”, diz Cassell. Muito do alívio de sofrimento que produzimos em nosso trabalho diário advém de nossas múltiplas facetas enquanto pessoas, que são tocadas na interação com o outro. Pode-se dizer, sem erro, que muitas vezes produzimos saúde *apesar* do nosso conhecimento técnico. Pretendemos, com os textos deste Caderno, lançar luz sobre tais aspectos normalmente negligenciados de nossa prática e fortalecê-los, seja por meio de clarificação conceitual (como ocorre quando conseguimos dar um nome preciso para algo que sentimos, aumentando nossa compreensão e capacidade de agir), seja por ferramentas práticas específicas.

Saúde Mental, portanto, não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico.

Porém, compreendemos sobremaneira que o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente. Além disso, compreendemos as doenças mentais – nos casos em que possam receber tal denominação – muitas vezes caracterizam-se como doenças crônicas, ou seja, como algo com que o sujeito precisará conviver ao longo da vida, como é o caso de diabetes ou doenças degenerativas.

A experiência nos mostra que o cuidado focado no sofrimento de pessoas liberta os profissionais de aporias, de becos sem saída, a promove abertura a inúmeras possibilidades de cuidado, ao efetivar uma mudança de expectativas e objetivos do cuidado. E desta maneira, temos a expectativa de contribuir para que o processo de trabalho que despotencializou Roberta seja transformado em criação, desafio e produção de vida.



1 Introdução



1.1 O cuidado em saúde mental: como é o seu trabalho na Atenção Básica

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde. Este caderno, no decorrer dos seus capítulos, pretende abordar algumas dessas questões que nos *pegam* no cuidado em saúde mental. Além disso, esperamos que as reflexões propostas neste caderno possam criar no profissional da Atenção Básica uma abertura, um posicionamento, uma espécie de respaldo interno ao profissional para se colocar disponível como ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de um usuário com algum tipo de sofrimento psíquico.

1.2 A Política Nacional de Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de

autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais.

1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade.

Os Nasfs são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Nasf está vinculado.

Os Nasfs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplos: Caps, Cerest, ambulatórios especializados etc.) além de outras redes como Suas, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Nasfs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. As atividades podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de Saúde, nas academias da Saúde ou em outros pontos do território.

Os Nasfs devem utilizar as academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de Atenção Básica para as ações de promoção de Saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

1.4 Política Nacional de Saúde Mental

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica.

Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção 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 etc).

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.

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990 reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da Saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços

Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental, conforme buscaremos mostrar ao longo desse caderno.

Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis.

1.5 E o que pode ser entendido como uma intervenção em saúde mental?

Os profissionais de Saúde costumam refletir consigo e por vezes ficam em dúvida sobre quais situações de sua realidade cotidiana necessitam de intervenções em saúde mental. Ao escrever este caderno, imaginamos que, algumas vezes todo profissional de Saúde já tenha se sentido inseguro, surpreso ou sem saber como agir assim que identificou uma demanda de saúde mental. Também acreditamos ser provável que em algumas destas situações o profissional se sente improvisando, ou usando a intuição e o bom senso. Pois bem, para início de conversa, podemos dizer que estas reflexões e sensações são comuns à prática em saúde. Contudo, sentir-se *sem chão* ou sem um saber técnico específico não é indicativo suficiente para definir que uma intervenção em saúde mental possa estar equivocada.

Entendemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

Mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática.

1.6 Ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica

Abaixo, apresentamos 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.

1.7 O cuidado que dá certo em saúde mental

As intervenções em saúde mental devem 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.

Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento. Serão apresentadas e desenvolvidas ao longo deste caderno algumas destas atitudes. Neste capítulo apresentaremos duas delas:

1.7.1 O famoso desabafo: o profissional de Saúde como um interlocutor para a pessoa em sofrimento

Não raramente, os profissionais oferecem atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço de desabafo para o paciente. A atitude de desabafar e de escutar o desabafo é comum no dia a dia de muitas pessoas, independentemente de elas exercerem um ofício profissional relacionado à saúde. Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de Saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor se comparado a outras condutas técnicas. Contudo, essa desvalorização do espaço para a escuta não invalida sua importância e potência, principalmente no trabalho na Atenção Básica. É uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de Saúde para que

o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer. A partir dessa aposta, entendemos que o usuário encontrará no profissional de Saúde uma pessoa interessada por sua vida e em lhe ajudar. Na medida em que a unidade de Atenção Básica e seus trabalhadores consigam oferecer o cuidado em saúde ao longo do tempo, torna-se possível fortalecer uma relação de vínculo, e então têm-se maiores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a nos contar.

Por vezes o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Ter o profissional de Saúde da Atenção Básica como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de Saúde, a partir daquilo que ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo. Cabe destacar que isso é possível justamente porque o profissional de Saúde se dispôs e soube se colocar como este interlocutor.

1.7.2 A potência do acolhimento

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros. Estes dispositivos também podem ser úteis na abordagem de problemas de saúde de outros campos e, neste caderno, alguns capítulos serão dedicados a abordar a especificidade de cada um destes recursos no campo da Saúde Mental, com olhar específico para a Atenção Básica.

1.8 As expectativas e o sofrimento do profissional de Saúde no cuidado em saúde mental

Pois bem, vamos falar sobre essa sensação de insegurança que permeia as intervenções de saúde mental. Boa parte da formação dos profissionais de Saúde tem orientado o seu foco de trabalho na doença. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas que temos acerca de como lidar com os casos de saúde mental são de acabar com os sintomas que os usuários nos expõem. No âmbito da Saúde Mental, muitas vezes não conseguiremos corresponder a esta tradição e expectativa. E devemos realmente perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários são as causas dos seus problemas ou se tais sintomas também não estão realizando uma função de indicar que algo não vai bem com aquele usuário.

Alguns dos medos revelados pelos profissionais de Saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental são justificados por essa expectativa de cura. Os profissionais alegam não saber o que falar ou perguntar, tem receios de piorar o quadro dos pacientes de saúde mental, ou entendem que este campo do saber não lhes é acessível.

Quando um trabalhador de Saúde conta a um colega sobre uma situação de saúde mental é comum, virem à cabeça de ambos, questionamentos sobre como lidar com o caso. Pois bem, sabemos que no contexto da Atenção Básica vivenciamos diferentes sensações, emoções e sentimentos no convívio com usuários e colegas de equipe. Neste contexto, é pertinente que questionemos os conhecimentos que temos, as técnicas que utilizamos, as atitudes e intervenções que realizamos em combinação com usuários e colegas. E se aprofundamos tais questionamentos, acabamos por refletir acerca do que iremos perguntar quando estivermos frente a frente com aquele usuário. Este exercício de reflexão deve ser feito tendo no horizonte que nem sempre haverá como definir perguntas ou afirmações corretas.

Já mencionamos neste capítulo que o trabalho na Atenção Básica é longitudinal, ou seja, que o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente do usuário estar com alguma doença. Portanto, trata-se de um acompanhamento processual. A proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar a construção deste *processo de cuidado* em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de Saúde e usuário. Por tratar-se de um processo, mesmo que o profissional se sinta na obrigação de orientar algo ao paciente em resposta àquilo que este demanda, nem sempre haverá necessidade da pressa.

Por vezes, a sensação de não saber o que se está fazendo pode causar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa nos trabalhadores de Saúde. Não é nada incomum escutar o relato de um usuário sobre alguma situação comovente e procurar um colega de trabalho para desabafar ou pedir uma orientação. No entanto, não há nada de errado nesta atitude. Ela apenas demonstra claramente que os trabalhadores de Saúde não são insensíveis às situações ocorridas nos encontros com os usuários. O profissional também tem a necessidade de desabafar e conseguir visualizar sob outras perspectivas as emoções que o encontro com um usuário lhe suscitou. A dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental. Portanto, é preciso

que o profissional realize um esforço de separar emocionalmente as suas vivências: os valores pessoais das vivências e os valores pessoais dos usuários que acompanha. Por vezes, pode ocorrer ao trabalhador de Saúde desejar que o usuário mude aspectos da vida em função de valores pessoais do profissional, os quais podem não estar em sintonia com a autonomia e os valores pessoais dos usuários. No entanto, para lidar com isso, é preciso discutir os casos em equipe em espaços protegidos, ou procurar suporte com equipes de apoio matricial.

É preciso cuidado para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas, sob a consequência de que estas ações estejam apenas baseadas na remissão dos sintomas, descontextualizadas da vida do usuário e do território em que ele vive. É preciso que o usuário possa se perguntar sobre a relação do seu sofrimento com a manifestação sintomática que está acontecendo. Ainda que necessárias para alguns casos, nem sempre intervenções que se orientem diretamente à supressão dos sintomas estarão aliadas a uma intervenção positiva na vida do usuário.

Ao longo deste caderno procuraremos discutir de que formas podemos enfrentar os desafios que se colocam para a realização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Terminamos este capítulo propondo um exercício de reflexão, para que o leitor possa refletir acerca de como está lidando diante das demandas de saúde mental.

Para refletir:

Pense nas situações marcantes que você já vivenciou com um usuário, relativas ao cuidado em saúde mental. O que lhe chamou a atenção em cada uma destas situações? Que perguntas você faz a si mesmo sobre estas situações? O que mais lhe chamou a atenção? Você se recorda sobre o que fez/disse, ou teve vontade de fazer diante do que ouviu/vivenciou?

2 A definição de cuidado, sofrimento, pessoa e território





No mundo ocidental, a maioria de nós, mesmo sem nos darmos conta, enxerga o mundo a partir de uma separação total entre a mente e o corpo, de forma que um não se mistura com o outro de modo algum. Diferentes pensadores contribuíram para a produção desse modo de ver o homem e para a produção desse dualismo mente/corpo que não nos ajuda a intervir eficazmente no processo de saúde-doença. O filósofo Descartes, conhecido como o “fundador da filosofia moderna”, dizia que mente e corpo se tratavam de duas substâncias diferentes. Platão, muito antes, separava o mundo da matéria, onde tudo é mutável, imperfeito e perecível, do mundo das ideias, que são eternas, perfeitas e imutáveis. E hoje, esse tipo de visão de mundo se manifesta quando dizemos que “fulano não tem nada, é psicológico”. Logo, não é de se surpreender que exista uma enorme dificuldade para que a relação entre estes dois campos se configure em um campo de produção conjunta. Na prática, quem lida com um não lida com o outro.

Desta forma, entendemos que é necessário não só construir um espaço alternativo de intersecção entre atributos diferentes, mas sim desenvolver uma visão que supere esta distinção rígida entre mente e corpo em que os fenômenos destas classes aparentemente distintas sejam compreendidos como parte de um todo integrado que nos constitui e nos produz.

2.1 Em direção a novos objetos de cuidado em saúde, pela vida da Atenção Básica: cuidado do sofrimento de pessoas

Eric Cassell, importante médico de família americana, aponta para o fato cotidianamente observável de que existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrer. A partir daí, a obra de Cassell direciona-se a construir esse novo modelo, e nos ajudar a compreender do que se trata cuidar de pessoas que sofrem. Ao longo deste capítulo, iremos explorar o alcance de tal equação que comporta três noções aparentemente simples – cuidado, sofrimento e pessoa – com destaque para a rica articulação que ela traz ao campo da Saúde Mental na Atenção Básica.

A Saúde Mental e Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de Saúde.

2.1.1 O que é uma pessoa?

Toda pessoa tem uma vida passada e as memórias de uma pessoa com tudo o que ela viveu, aprendeu e experimentou fazem parte da sua vida presente e de como ela enxerga o mundo. “Roubar das pessoas seu passado, negar a verdade de suas memórias, ou zombar de seus medos e preocupações fere as pessoas. Uma pessoa sem passado é incompleta”, diz Cassell.

Toda pessoa tem uma “vida futura” em que deposita seus sonhos, expectativas e crenças quanto ao futuro que influenciam muito a vida presente. Muitas vezes, um grande sofrimento pode causar temor em perder essa sua vida futura em virtude de algum problema de saúde.

Toda pessoa tem uma vida familiar repleta de papéis, identidades constituídas a partir da história familiar, propiciando sentimento de pertencimento. As experiências e histórias familiares também constituem a pessoa.

Toda pessoa tem um mundo cultural. Esse mundo influencia a saúde, a produção de doenças, define valores, relações de hierarquia, noções de normal e patológico, atitudes consideradas adequadas frente aos problemas da vida e propicia isolamento ou conexão com o mundo.

Toda pessoa é um ser político com direitos, obrigações e possibilidades de agir no mundo e na relação com as pessoas. Problemas de saúde podem contribuir para que a pessoa se sinta impotente nesta esfera, ou que se considere incapaz de ser tratada como seus pares em suas reivindicações e possibilidades de ação.

Toda pessoa tem diversos papéis: pai, mãe, filho, profissional, namorado, amante, amigo, irmã, tio etc. A vivência de cada um deles envolve diferentes relações de poder, de afeto, de sexualidade etc. As pessoas também são cada um desses papéis, que podem ser prejudicados em situações de agravo à saúde, além de serem mutáveis.

Toda pessoa tem uma vida de trabalho, que está relacionada a seu sustento e, possivelmente, de sua família. Muitas pessoas consideram-se úteis por meio do trabalho, e muitos quase definem a própria identidade por aquilo que fazem. Toda pessoa tem uma vida secreta, na qual deposita amores, amizades, prazeres e interesses que não são compartilhados com outras pessoas importantes de sua vida. Todos nós possuímos necessidade de exercer atividades de automanutenção, de autocuidado e de lazer.

Um sofrimento considerável pode surgir se uma pessoa é privada de qualquer uma ou várias dessas esferas e, ao ignorar isso, o profissional de Saúde deixa de abordar uma importante causa de sofrimento.

Toda pessoa tem um corpo com uma organicidade e anatomia singular composto por processos físicos, fisiológicos, bioquímicos e genéticos que o caracterizam. Mas, além disso, toda pessoa tem um *corpo vivido*, que é muito diferente do corpo estudado na Anatomia, na Biologia e na Bioquímica. Cada um tem uma relação com o próprio corpo que envolve história pessoal, pontos de exteriorização de emoções, formas de ocupar o espaço e de se relacionar com o mundo. O corpo é ao mesmo tempo *dentro* e *fora de mim*, podendo ser fonte de segurança e orgulho, ou de ameaça e medo.

Toda pessoa tem uma autoimagem, ou seja, como ela atualmente se vê em relação a seus valores, a seu mundo, a seu corpo, e àqueles com quem ela se relaciona.

Toda pessoa *faz coisas*, e sua obra no mundo também faz parte dela.

Toda pessoa tem hábitos, comportamentos regulares dos quais pouco se dá conta, que afetam a própria vida e a dos outros e que podem ser afetados por problemas de saúde.

Toda pessoa tem um mundo inconsciente, de modo que faz e vive um grande número de experiências que não sabe explicar como e por quê.

Toda pessoa tem uma narrativa de si e uma dos mundos, algo que junte todas as experiências de vida passadas, presentes e o que se imagina do futuro, em um todo, que “faça sentido” para aquela pessoa.

Quase toda pessoa tem uma dimensão transcendente, que se manifesta na vida diária com valores que podem ou não ter a ver com religião. É a dimensão que faz com que a pessoa se sinta como parte de algo atemporal e ilimitado, maior que sua vida comum – seja Deus, a história, a pátria ou qualquer coisa que ocupe esse lugar na vida de um indivíduo.

E assim por diante, em uma lista tão grande quanto à complexidade e à criatividade de cada vida.

À medida que as pessoas interagem com os ambientes em que vivem, essas esferas, que compõem as pessoas, vão se constituindo e formando sua própria história, cada uma seguindo uma dinâmica própria com regras e parâmetros para um modo de viver específico. Paralelamente, as esferas influenciam umas às outras, e cada uma ao conjunto que é a pessoa, ou seja, embora autônomas, são interdependentes.

Podemos visualizá-las como um grupo de bolas magnéticas de diferentes tamanhos, as quais se mantêm acopladas, unidas, porém sem perder suas existências individuais, formando algo como um grande cacho de uvas. Em suas dinâmicas particulares estabelecem relações de complementariedade, de concorrência, de antagonismos, de sinergias, de sincronias e dessincronias, de mútua alimentação, de saprofitismos, parasitismos etc. O todo dessas esferas e todas suas relações compõem o que chamamos de *uma* pessoa, que pode se apresentar dos modos os mais distintos e aparentemente incongruentes ou incoerentes, mas a estabilidade fluida dessas esferas que giram e rodam umas sobre as outras, constituindo um sistema aberto, nos dá a sensação de identidade. A identidade é vivida e percebida pela preservação de um conjunto de correlações entre tais esferas, que embora estejam em constante movimento, tende a manter um conjunto mais ou menos regular de correlações entre si, o que nos explica porque sentimos que somos os mesmos embora saibamos que nos transformamos a cada dia.

No caso de Roberta e dos usuários e famílias que ela atendeu, qual a sua impressão? Você acha que as pessoas estavam sendo vistas a partir de todos estes prismas, de forma complexa, ou eram vistas de forma reduzida a um ou outro aspecto de si? E como será que Roberta via a si própria? Será que ela conseguia dar valor a todas as suas dimensões e lançar mão delas nos atendimentos que realizava?

2.1.2 O que é o sofrimento?

Pois bem, é sobre essa pessoa complexa, descrita anteriormente, que emergem os fenômenos os quais damos o nome de doenças. Deixando as questões causais e as redes de determinações,

podemos entender a doença como sendo o surgimento de uma nova dimensão, uma nova esfera no conjunto preexistente. Esta nova esfera vai influir nas outras esferas de acordo com as relações que se estabelecerem entre elas e pelos deslocamentos e modificações das correlações prévias.

Sufrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer.

Voltando ao caso, Roberta atendia Fernando, que foi por ela encaminhado ao Caps-ad, e sua mãe Lucimara, que sempre ia à UBS com diversas queixas. Podemos também pensar: quem vai tanto assim à UBS pode estar com um grande nível de sofrimento, do qual não consegue dar conta sozinha. É provável que, até a chegada de Roberta, os médicos que a antecederam trataram o sofrimento de Lucimara unicamente a partir do viés da doença, e assim ela foi recebendo vários diagnósticos (e vários tratamentos a esses diagnósticos). Mas esses tratamentos não estavam ajudando Lucimara a sofrer menos. Pelo contrário, parecia um círculo vicioso, sem fim: quanto mais ela sofria, mais ela procurava o posto, mais diagnósticos e medicamentos recebia, e mais ela sofria e por aí vai... Quando Roberta foi efetiva em cuidar de um problema de saúde grave de Fernando, Lucimara passou a sofrer muito menos e todas aquelas queixas que a levavam à UBS puderam receber condutas mais adequadas. Ou seja, pode ser que enquanto não se desse a atenção a outras dimensões da vida de Lucimara – sua família, seu papel de mãe, seus medos, suas memórias – ela continuaria queixosa, procurando a UBS com frequência, seu sofrimento continuaria a ser mal interpretado como doenças simplesmente físicas, e não diminuiria – ao menos não pelos cuidados de saúde. Não que essas doenças não a fizessem sofrer, mas sim que poderiam não ser o motivo principal de seu sofrimento, e possivelmente estavam servindo de forma de exteriorização de um sofrimento maior de outra ordem.

Sendo assim, partindo desta perspectiva multidimensional e sistêmica proposta por Cassell, podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. Tal modelagem nos permite que a abordagem do sofrimento psíquico – seja ele enquadrado nas situações descritas como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses – possa adquirir maior inteligibilidade e estratégias de ação mais *racionalis*, abrangentes, e menos iatrogênicas. Frente a este objeto, as intenções, os objetivos e as metas por trás das ações do profissional de Saúde se modificam. Sendo assim, torna-se fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente.

2.1.3 O que é cuidado?

Tendo em vista que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos, em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao

conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, quais correlações estão estagnadas ou ameaçadas, enfim, o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento. Da mesma forma, devemos identificar que esferas ou relações propiciam mais movimento, estabilidade e coesão ao conjunto. Poderemos então elaborar estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas esferas, dentro de uma sequência temporal, e buscando reintroduzir uma dinâmica de dissipação das forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida. O esforço em realizar esse exercício com os usuários e os familiares pode se chamar de Projeto Terapêutico Singular.

Ou seja, um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação.

É difícil resistir à tendência de simplificações e à adoção de fórmulas mágicas. Mesmo quando nos propomos a transformar nossa prática em algo aberto e complexo, enfrentaremos dificuldade e angústia por não saber lidar com situações novas. Carregamos conosco nosso passado de formação reducionista (seja biológica ou psicológica) e frente ao desconhecido podemos nos sentir impotentes, de modo que é fácil recair em explicações simplistas, que nos permita agir de acordo com um esquema mental de variáveis seguras e conhecidas. Ao focarmos no sofrimento, corremos assim o risco, enquanto profissionais de Saúde, de negligenciar as dimensões da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e ao agir assim, podemos influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades.

Quando alguém procura um serviço de Saúde, acredita-se estar com um problema que algum profissional deste serviço possa resolver. Cabe ao profissional de Saúde estar atento ao problema, porém sem perder de vista o todo, de modo que possa com cada sujeito perceber e criar novas possibilidades de arranjo para lidar com o problema. O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral.

Interdependência: Sofrimento de pessoas, famílias, comunidades, territórios

Convidamos o leitor a um rápido exercício de visualização. Exploramos largamente a modelagem de pessoa como um conjunto de dimensões interdependentes, um sistema aberto, que mantém certa estabilidade e noção de unidade, mas em constante transformação. Se olharmos com atenção, perceberemos que as famílias podem ser compreendidas da mesma forma, sendo as dimensões compostas por cada membro da família, a casa, as ruas, os animais de estimação etc. O mesmo se aplica à comunidade, que engloba cada pessoa em suas famílias e em outras redes de relações como: ruas, escolas, templos religiosos, parques, sistema político, financeiro etc. Se formos além, podemos ver relações entre cidades, estados, países, planetas, e enfim, todo o universo. Podemos olhar muito de perto, dentro de cada pessoa, o conjunto de células, de estruturas internas às células, de moléculas, átomos, partículas subatômicas etc.

Neste conjunto de interconexões, o profissional de Saúde não está fora, como um cientista em seu laboratório poderia acreditar que está. Cada profissional é também uma pessoa, um conjunto de dimensões interdependentes, e está relacionado ao meio em que vive também em uma relação de interdependência. Sua história, seus medos e seus próprios sofrimentos estarão lá quando estiver em contato com cada usuário, e é justamente por também ter todas essas dimensões que é possível perceber a existência delas no outro. Da mesma forma, cada encontro faz com que o conjunto coeso da pessoa que é o profissional também se modifique um pouco, e cada ação executada pelo profissional cria algum nível de transformação não só no usuário atendido, mas na família, na comunidade e no próprio serviço de Saúde.

No caso de Roberta, podemos perceber que seus sucessos e satisfações profissionais ocorreram quando ela se permitia entrar em contato com pessoas em toda sua complexidade, e lançava mão das várias dimensões que a compunham, enquanto pessoa. Mas sem ter tido contato com outras formas de prática e de compreensão do sujeito e dos objetivos do cuidado – em outras palavras, sem conseguir visualizar a interdependência – Roberta sentiu-se impotente, e sofrendo, deixou seu trabalho se transformar em algo repetitivo e estéril, sem travar encontros com pessoas e sem conseguir aliviar o sofrimento de muitos daqueles que ela atendia.

2.1.4 Territórios existenciais e coesão social

Atenção Básica prima pela organização territorial dos serviços de Saúde. A concepção de território com a qual iremos trabalhar engloba a dimensão da subjetividade e contribui para enriquecer as possibilidades de abordagens de território no campo da Saúde.

O território é um componente fundamental na organização dos serviços da Atenção Básica, pois é a partir deles que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde. Mas a noção geográfica de território, enquanto espaço físico com limites precisos, não é suficiente para dar conta da sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si.

A noção de *território-vivo*, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como *lugares* que tomam uma conotação também subjetiva. Na Saúde também utiliza-se a concepção de *territórios existenciais* de Guattari (1990). Os *territórios existenciais*, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si.

Incorporar a concepção de *territórios existenciais* implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, os usuários, mas também a subjetividade dos trabalhadores de Saúde. E trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores de Saúde permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a *relação*.

Assim, retomando o caso deste caderno, quando Roberta atendeu Fernando, o jovem emagrecido que estava usando *crack*, ela provocou novos agenciamentos ao acionar colegas de sua equipe, como a assistente social e a agente de Saúde, que a ajudaram a ampliar o repertório de possibilidades de cuidado na rede de Saúde. E isso repercutiu, inclusive, na melhora dos problemas de saúde da mãe do rapaz.

Roberta facilitou o processo de configuração de novos *territórios existenciais* sobre os quais se constituiu a sustentação de uma rede de cuidado para Fernando. O caso de Fernando também é ilustrativo de um desafio cotidiano na Atenção Básica. A situação-problema aparece com o uso compulsivo de drogas por parte de Fernando, mas esta é uma questão social mais complexa, que extrapola as dimensões da saúde individual, pois afeta muitas comunidades marginalizadas, que têm em comum os problemas associados à pobreza, à violência, ao tráfico de drogas e ao pouco investimento e à penetração das políticas públicas e das instituições estatais. São comunidades com maior dificuldade em manter a sua *coesão social*, ou seja, os laços que unem as pessoas no seio da comunidade e da sociedade (ONU, 2012).

A *coesão social* tem sido sugerida como um indicador de saúde dessas coletividades. Entre as situações que podem ameaçar a coesão social, encontramos: a desigualdade socioeconômica; as migrações; a transformação política e econômica; as novas culturas do excesso; o aumento do individualismo e do consumismo; as mudanças nos valores tradicionais; as sociedades em situação de conflito ou pós-conflito; a urbanização rápida; o colapso do respeito à lei e a economia local baseada nas drogas (ONU, 2012). Algumas respostas possíveis às ameaças da coesão social passam pela ampliação e articulação de políticas públicas intersetoriais, pelo estímulo dos grupos comunitários existentes e pela melhoria das condições sociais em geral.

A Atenção Básica também tem contribuições nesse campo, sobretudo por meio do desenvolvimento de tecnologias leves e intervenções que possibilitem a configuração/desconfiguração/reconfiguração dos territórios existenciais individuais e coletivos. Deslocar o olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a ressignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo aponta na direção de concepções positivas de saúde mental. E alguns indicadores que podem ser levados em consideração neste sentido incluem:

- a) o desenvolvimento de *novos modos de grupalidade*, de maneira a estimular uma maior participação das pessoas nas decisões de um grupo, na produção de benefícios que extrapolem os interesses pessoais e na ampliação da autonomia desse grupo;
- b) a *valorização da criatividade* com o exercício do pensamento divergente, das atividades simbólicas e abstratas e da interação social;
- c) a *utilização do tempo livre*, o tempo de lazer e repouso;
- d) o desenvolvimento de uma *consciência social* que aborde, de maneira crítica, os problemas individuais, grupais e sociais em geral (ROSSI, 2005).

As questões aqui apresentadas implicam em considerar que há dimensões individuais, grupais e sociais na produção do sofrimento e que, portanto, também as respostas devem focar intervenções nesses diferentes âmbitos.

Ao longo dos próximos capítulos deste caderno, iremos aprofundar as perspectivas aqui apresentadas e oferecer elementos que ajudem a compor uma *caixa de ferramentas* diversificada para que os profissionais que atuem em Atenção Básica possam dar conta de diversas situações de sofrimento, incorporando as diferentes esferas das pessoas, famílias e comunidades nas estratégias de cuidado.

36

Referências

CASELL, E. J. **The Nature of Suffering and the goals of medicine**. 2nd ed. Oxford University Press, 2004.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 13. ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.


ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011. Nueva York: ONU, 2012.

ROSSI, R. O. R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. **Investigación en Salud**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 105-111, 2005.


Saúde Mental e a
cartografia da pessoa, da
família e da comunidade

Parte
II





3 A "casa dos 20": o cuidado como celebração da vida





3.1 Introdução: a "casa dos 20"

Hortência começou a procurar a unidade de Saúde com queixas ginecológicas e, após os primeiros atendimentos, foi detectada uma gravidez. Ela tem 16 anos, solteira, primigesta. A equipe da unidade tinha informações de que ela havia se mudado com toda família recentemente para aquela comunidade, pouco se sabia da situação na qual estava vivendo. De comportamento desconfiado e arredio, Hortência pouco falava e a equipe não havia conseguido até então acesso à residência da família. Aos poucos foi se estabelecendo uma relação de confiança até que ela relatou as dificuldades que passavam e a necessidade premente de ajuda inclusive para se alimentarem. Trouxe a mãe para conversar com a gerente da unidade, ocasião em que se acordou fazer uma visita domiciliar da equipe à residência.

A equipe da unidade vinha, há algum tempo, tentando acesso a este domicílio e agora chegou o momento de fazer o contato, compreender as vidas existentes naquela residência e dar sequência aos cuidados, que começaram com Hortência, mas deveriam se estender a toda família. Vale registrar que esta unidade de Saúde está situada em uma comunidade que é originária de uma intensa luta pela posse da terra. Essa luta criou nos moradores um forte sentimento de vizinhança, solidariedade, e sendo os membros da equipe de Saúde quase todos originários deste lugar, estão eles também marcados pelos mesmos sentimentos. Fazem vínculo com os usuários, importam-se com o sofrimento alheio, acompanham os projetos terapêuticos, desenvolvendo uma importante *implicação* com o cuidado, ou seja, eles trabalham segundo um código simbólico que os coloca em total envolvimento e compromisso com o trabalho na Saúde. A visita domiciliar contou com a participação da gerente da unidade de Saúde. Na ocasião depararam com o seguinte quadro:

Morando em uma casa de dois quartos havia vinte pessoas, três gerações de uma mesma família se apertavam no pequeno espaço com infiltrações, mofo, pouca comida e drogas, tráfico e desesperança. Crisântemo a mais velha, quarenta e poucos anos, usuária de drogas, vivendo de pequeno tráfico, mãe de quatorze filhos, dos quais uma parte deles mora nessa casa. Desses destacam-se Hortência de 16 anos, já citada, e Bougainville de 19 anos com dois filhos pequenos e grávida do terceiro; havia ainda quatro adolescentes sem atividades como escola ou trabalho, e supõe-se prestes a serem aliciados para o tráfico; e crianças.

A equipe de Saúde neste caso se viu diante de duas questões desafiadoras: a primeira refere-se ao cenário socioafetivo encontrado na então denominada "casa dos 20", e que demandava o cuidado sobre muitos aspectos da vida daquelas pessoas, ou seja, um projeto terapêutico a ser construído necessariamente envolveria uma análise do risco social considerando as três gerações presentes, os cuidados clínicos, os afetos circulantes nas relações entre eles e nos encontros que tinham com os diversos cenários externos ao domicílio. Tudo isso só teria viabilidade mediante uma competente e implicada gestão do cuidado, entendendo-o como o conjunto de questões que seriam pactuadas na relação da equipe com os usuários, em um processo de permanente negociação do próprio projeto terapêutico. A segunda questão diz respeito às possibilidades da equipe para o complexo cuidado necessário, pois, o projeto terapêutico para as pessoas que moravam na "casa dos 20" teria que envolver programas sociais, de emprego e renda, manejo de

situações de risco, prevenção ao uso de drogas, ações de redução de danos, segurança, esperança, intervenção clínica e exercício permanente da clínica dos afetos (FRANCO; GALAVOTE, 2010). Seria necessária a formação de uma rede de apoio para o desenvolvimento do cuidado no seu sentido integral. Foi neste ponto que a equipe sob a coordenação da gerente da unidade de Saúde iniciou uma mobilização dentro e fora da própria unidade, buscando também recursos de outros setores do governo e segmentos sociais. Uma movimentação impulsionada pelo sentimento de vizinhança, o desejo de cumprir com o grande desafio de ajudar àquela família, com a noção dos limites e possibilidades existentes na formação de uma rede.

3.2 A construção da Rede de Cuidados Compartilhados

A formação da rede desafiava a equipe em muitos aspectos, a começar sobre a questão: o que é uma rede?

Adotamos a ideia de que uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Estas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico (FRANCO, 2006).

Começou então o esforço da equipe para montar essa rede, considerando que o projeto terapêutico iria envolver cuidados de pré-natal para as duas adolescentes grávidas, cuidados às crianças em diferentes faixas etárias, programa para cuidados aos usuários de drogas, proteção aos adolescentes, escolarização/profissionalização destes para lhes dar uma perspectiva, um projeto de futuro e como pano de fundo era necessário suporte à subsistência da família. Só mesmo uma rede agindo de forma concertada poderia cumprir com um projeto terapêutico integral.

A equipe se lança ao trabalho. Seria necessário repassar a cada parceiro deste projeto terapêutico o quadro encontrado na família, pensar com eles a sua contribuição singular, pois cada necessidade específica dos usuários – e que se transformara em compromisso dos membros da equipe – deveria ser contemplada. E, sobretudo, seria necessário fazer uma conversa e pactuação com os outros serviços e entidades fora da rede do SUS, de modo a ativar neles a mesma vontade encontrada na equipe da unidade de Saúde, ou seja, uma implicação para cuidar daquele caso.

A equipe começou por mobilizar inicialmente as unidades que pudessem contribuir com a questão do uso de drogas, tendo um primeiro envolvimento do Caps-ad (Centro de Atenção psicossocial – álcool e drogas) que acolheu a Bougainville, então com 18 anos e grávida do terceiro filho, e fazendo uso sistemático de drogas. Crisântemo não se dispôs a qualquer tipo de cuidado, rejeitando atendimento pelo Caps e outras possibilidades de cuidado que lhe foram propostas. Ela permaneceu usando drogas e na atividade do tráfico exercido na maioria dos casos no próprio domicílio. Outras entidades foram procuradas e passaram a integrar a rede, iniciando com atividades dentro do projeto terapêutico pensado à família: o Conselho tutelar, que passou a acompanhar as crianças considerando que, diante do contexto social e familiar, encontravam-se

em risco; o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), que passou a acompanhar a família e a contribuir na sua inserção em programas sociais e outras funções como documentação. Uma Fundação, de natureza autárquica municipal, que abriga crianças em situação de risco, passou a contribuir com ações junto à família, sendo que já conheciam a Crisântemo de outros momentos em que esteve lhe proporcionando benefícios dentro dos programas da entidade. Dentro do próprio governo além da Secretaria Municipal de Saúde à qual se vincula a unidade, foram acionadas a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL). Está formada uma rede em que as próprias equipes se colocam em contato, acionam e fazem funcionar os fluxos necessários para que os usuários da “casa dos 20” possam frequentar os diversos programas articulados, buscando atender às suas necessidades na execução de um dado projeto terapêutico.

A unidade de Saúde há algum tempo fundou um projeto que tem por objetivo atender crianças e adolescentes, com idades entre 6 e 17 anos, por meio de esporte e cultura para integrar os projetos terapêuticos que visam reduzir ou eliminar a vulnerabilidade de crianças em situação de risco social. Esse projeto foi criado pela própria equipe da UBS e é coordenado por sua gerente, contando com apoio tanto da equipe, de uma educadora física do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) quanto de lideranças comunitárias em trabalho voluntário. Para se manter, firmou parceria com a SMEL, a SMAS, a SMS e com o Caps-ad, órgãos vinculados à prefeitura do município.

O que vamos observar é que a formação de uma ampla rede de apoio contribui para alargar as possibilidades de intervenção com a família, nas suas muitas necessidades de cuidado, inclusive considerando os aspectos socioafetivos. Algo que apenas seria possível tendo esta rede em conexão e com fluxos ativados entre as diversas unidades de serviços, equipes e trabalhadores. Uma rede se forma por pactuações, sobretudo entre os próprios trabalhadores, que são os grandes operadores de redes no cotidiano dos serviços de Saúde.

As redes com este perfil dinâmico e em intensa atividade exige um permanente esforço de construção, com fóruns de discussão permanente entre trabalhadores destas entidades, o que as alimentam e as mantêm ativas e produtivas. Esta atividade de permanente conversa entre as equipes considera que os projetos terapêuticos devem ser singulares, tendo sempre um gestor, ou seja, algum técnico de referência que faz a sua gestão e acompanha cada passo, aciona outros trabalhadores, garante encaminhamentos e busca apoio. Isto é uma função extremamente importante para a sua eficácia, sobretudo em situações de extrema complexidade, como é o caso.

3.3 Os projetos terapêuticos singulares

Após ampla mobilização da equipe da UBS para formação da rede de apoio aos usuários habitantes da “casa dos vinte”, os projetos terapêuticos foram elaborados e executados com as seguintes diretrizes:

As adolescentes Hortência e Bougainville passaram a participar do grupo de planejamento familiar na UBS, sendo que esta última foi inserida também no Caps-ad, tendo adicionalmente

conseguido ingressar no programa que era destinado ao aprendizado profissional da jardinagem de praças, e renda, na medida em que os participantes obtém um salário mensal pelo seu trabalho. Sua atividade incluía ficar neste projeto pela manhã, trabalhando, almoçava e permanecia no Caps-ad no período da tarde. Conseguiu-se creche para suas duas filhas. Registra-se que Hortência não tem envolvimento com drogas, apenas Bougainville, e agora ela estava sob cuidados continuados para si e suas filhas.

As duas filhas menores de Crisântemo tinham 8 e 9 anos e foram encaminhadas para o projeto da própria unidade, já citado anteriormente, desenvolvendo atividades esportivas e culturais, e com o acompanhamento da equipe da UBS, assim como os adolescentes, também filhos de Crisântemo, então com 14 e 15 anos, foram encaminhados para o programa de curso profissionalizante, sendo obrigatória, para permanecer no programa, a assiduidade na escola. Como parte do programa, recebiam instrução para o aprendizado profissional, que poderia lhes dar uma perspectiva de emprego e renda para o futuro.

Outro adolescente mais velho e irmão destes, então com 19 anos, apresenta um leve déficit cognitivo e pequeno problema de fala, conseguiu um emprego em uma fábrica de bolas. Ele se revelou extremamente sociável e portador de uma inteligência para as atividades práticas que o destacaram no ambiente de trabalho. Esta fábrica fechou após algum tempo de funcionamento, período em que conseguiu outros trabalhos e renda, tendo posteriormente se fixado em uma empresa terceirizada de uma grande indústria da cidade. Paradoxalmente o seu sucesso se explica pelo fato de que, sua mãe, percebendo sua pequena deficiência, considerou que ele não estava apto para o tráfico de drogas, e então não o aliciou para a atividade. Assim pôde se desenvolver com o apoio da equipe para atividades que o colocam em uma situação boa em relação à sua inserção em atividades sociais, de emprego e renda. Ele tem sido um arrimo da família, contribuindo com sua sustentação.

Durante o período em que a equipe da unidade esteve cuidando dos moradores da “casa dos vinte”, foram ofertadas a Crisântemo possibilidades de novos arranjos para sua vida, mas ela sempre se negou a aderir a qualquer proposta de projeto terapêutico, permanecendo na atividade de tráfico, usuária de drogas, e tentando permanentemente aliciar os filhos adolescentes para o negócio com drogas. Observa-se que há certa disputa de projetos para os adolescentes, em que a equipe oferta um cuidado integral, incluindo inserção em programas de profissionalização e renda, e a mãe insiste no plano de levá-los para a atividade de tráfico. No entanto, neste momento, esta proposta não obteve êxito. Mas a disputa de projetos é contínua e permeada de linhas de ida e volta em relação a ofertas de emprego, traficar, se inserir ou não em programas sociais, enfim, a toda oferta da equipe da unidade, há a interferência de Crisântemo, com outras possibilidades de vida. É uma negociação tensa, que exige persistência da equipe e um constante manejo das situações vividas, tendo sempre o objetivo em manter ativo o desejo dos membros da família de cuidar, constituir relações socioafetivas, ingressar em atividade de emprego, obter renda, enfim, negocia-se a todo tempo a esperança, o sonho, a sobrevivência, a vida, tendo que escutar e flexionar quanto aos distintos modos de existência, sobretudo, considerar que o cuidado compartilhado supõe a participação do usuário, portanto é um processo de permanente pactuação envolvendo múltiplos atores no processo.

Flor, a filha mais jovem de Crisântemo chegou na “casa dos vinte” posteriormente. Ela foi criada pelo pai e retorna à convivência com a mãe aos 15 anos e talvez por isso tenha um comportamento diferente das irmãs, é responsável, centrada, tem uma filha e emprego ao qual é assídua e estável.

3.4 Cartografando a produção do cuidado na “casa dos 20”

Como cartografar uma experiência como esta? Ora, a cartografia pressupõe que o cartógrafo se deixe encharcar pelas vivências nos cenários os quais está observando, estudando, atuando, trabalhando, promove uma mistura de sujeito e objeto; abre seu corpo aos afetos possíveis que os encontros proporcionam; procura captar o movimento, processos, formas de produção da vida e a vida em produção (ROLNIK, 2006; PASSOS, KASTRUPP; ESCÓSSIA, 2009).

A dura realidade de existências errantes, futuros incertos, cidadania a ser construída estava ali, a alguns passos da unidade de Saúde. O cartógrafo busca dar língua aos afetos, como nos diz Rolnik (2006), e foi o afeto que ativou na equipe o desejo de ir em busca dessas pessoas, e a colocou em movimento. Ela havia se afetado com o sofrimento alheio, acionou sua implicação com o cuidado, e ali estavam, na conversa com Hortência, a busca por informações, as tentativas de quebrar suas resistências, verdades, incertezas, o mundo enfim se parece sempre em construção, a depender da ação de cada um para produzir o momento seguinte. Ver-se caminhando com a equipe em direção ao domicílio e deparar com 20 pessoas amontoadas, crianças entre elas, e o medo do tráfico. A dúvida. A certeza de que o cuidado supõe a construção de espaços de escuta sem julgamento do outro, intervenção pactuada. A dúvida sobre os caminhos a seguir. O fracasso possível, as vitórias certas.

Cartografar é deglutir os conceitos com os quais nos alimentamos, e devolvê-los aos cenários em que se está trabalhando na gestão do cuidado, modificando-os. Esta é a função antropófaga do cartógrafo (ROLNIK, 2006). O cartógrafo e o mundo do cuidado se misturam de tal forma que parecem um só corpo, em permanente movimento.

A cartografia se propõe a captar não apenas o momento, mas o movimento com que se produz o cuidado, uma avaliação que pega não apenas a foto, estando mais próxima de um filme que demonstra a dinâmica dos acontecimentos, seu desenvolvimento e o modo como se produziram nos cenários de prática do cuidado. Assim buscam-se revelar as formas de expressão do trabalho, das tecnologias de gestão do cuidado, do encontro entre trabalhador e usuário, os *afetos* que circulam entre os sujeitos em relação. Os cenários de cuidado que podemos ver são absolutamente complexos, e só podem ser captados se o cartógrafo tiver uma sensibilidade aguda para perceber as múltiplas linhas que operam construindo todo cenário que cerca os processos de trabalho. Por isto que voltamos a afirmar, o cartógrafo é antes de tudo um sujeito implicado com o cuidado. Ele deve ter uma atenção capaz de perceber os mínimos movimentos nos cenários, e aguda percepção do lado sensível que opera nos processos de trabalho em relação.

A função cartógrafo nos permite olhar para o modo como as vidas se produzem na “casa dos vinte”, e perceber as linhas afetivas atuando junto aos cenários de existência daquela família, entre eles, fazendo uma dobra com o meio social ao qual estavam expostos, o *socius*.

Quando falamos que existe uma dobra entre a família e o meio social, tomamos este conceito de empréstimo de Deleuze no seu livro sobre Foucault (DELEUZE, 2005) e que para nós vai significar que as pessoas não se dividem entre um “mundo exterior”, tudo o que está fora dela mesma; e o “mundo interior”, a sua subjetividade. Entendemos que aquilo que está fora agencia,

ou seja, dispara certos modos de significar o mundo no qual a pessoa vive, formações subjetivas e um permanente processo que se altera na relação com o mundo e os múltiplos encontros que a vida produz na nossa existência; por outro lado, a subjetividade que então ganha um caráter dinâmico, mutável, por sua vez, age como uma linha de força sobre a realidade, operando sobre o meio social em intensa construção do mundo o qual cada um habita, seu microcosmo. A dobra, portanto, significa este permanente e mútuo agenciamento, de fora – o meio, para dentro – a subjetividade; e de dentro para fora.

3.5 A disputa sobre os modos de viver a vida

Na “casa dos vinte” a relação com a droga, de consumo e tráfico, exerce um forte agenciamento no modo de existência da família. Ela tem uma função subjetiva de proporcionar momentos de prazer; social de produzir renda e afetiva ao atribuir uma pertença em relação aos grupos do tráfico dominantes na região, como acontece em comunidades com a presença destes grupos. Ao mesmo tempo em que a família sofre o agenciamento destas forças, atuam no seu meio social conforme o percebem e o significam desde então: suas relações, inserção social, trabalho, formação etc. Quando a equipe da unidade de Saúde entra em cena, são novos e diferentes agenciamentos a afetar o grupo familiar, diferentes do que lhes proporcionava a relação com o consumo e tráfico de drogas. Vamos perceber nesta relação que, linhas de força contrária entram em luta no interior de cada um, é como se começassem a pensar sobre a vida que querem, as ofertas do tráfico *versus* as ofertas que a equipe colocava para eles, e aqui há, sobretudo, uma diretriz de profissionalizar os jovens, trabalhar sua formação, reduzir os danos provocados em um encontro problemático com o mundo das drogas ofertando tratamento no Caps e assim todas as ofertas vêm no sentido de estabelecer uma outra forma de viver a vida. Os projetos entram em disputa fora e dentro de cada um, este é o eterno conflito que os membros da família passam a viver, e compreender que as forças internas em luta é muito importante para fazer o manejo do cuidado neste caso.

O conflito instituído no interior da família e em cada membro ao defrontarem com possibilidades diferentes para produção das suas vidas fica claro, por exemplo, na dinâmica de acontecimentos que marcaram o início da relação entre a equipe da UBS e as pessoas da “casa dos vinte”, senão vejamos:

O encontro da Hortência com a equipe de saúde da UBS foi um acontecimento que disparou a atenção da equipe para a usuária, sua família e o contexto no qual estava vivendo. A equipe avisada de que a família havia se mudado recentemente, e tendo frustradas algumas tentativas de visita domiciliar, mantinha-se sob permanente atenção em relação à usuária. Na primeira oportunidade ela marca uma visita no domicílio, pactuado com Hortência e sua mãe que pediram ajuda. O que se revela nesse primeiro momento é a implicação da equipe para o cuidado, ou seja, seu envolvimento, compromisso, cumplicidade; e por outro lado uma família reunindo três gerações com extrema dificuldade de gerenciar sua própria existência e sob forte agenciamento do consumo e tráfico de drogas. A partir daí a história já foi contada, apenas

lembrando, a equipe formou uma rede de apoio que começou a atuar nos cuidados clínicos, no acompanhamento terapêutico pelo Caps-ad e na rede social de inserção em programas de formação, profissionalização e renda para os adolescentes e adultos jovens. Este projeto se debateu o tempo todo com o outro, o de traficar como meio de subsistência e autoprovimento de drogas. É esta a grande luta no plano social, familiar, afetivo, uma luta entre forças de fora e de dentro, sem haver essa separação, mas um agenciando o outro em um movimento contínuo de construção e desconstrução de mundos para cada membro da família. A equipe colocava-se, portanto, diante deste desafio, vencer esta luta, no campo socioafetivo, ou seja, operando para a formação de um processo de subjetivação que fosse agenciado pelas suas ofertas tanto terapêuticas quanto para os novos modos de existência aos membros da família.

O cenário refletido na situação encontrada na “casa dos vinte” vai além da precariedade das condições de moradia, o excessivo número de pessoas, o uso de drogas, o tráfico, as vidas em jogo. A equipe tem uma grande potência para enfrentar os desafios do caso, mas há por outro lado sentimentos de insegurança, medo, que aparecem atravessando essas relações, na medida em que o inusitado da situação os coloca frente ao desafio de cuidar quando há fortes agenciamentos no grupo familiar de desagregação. O cenário nada convidativo se transforma para a equipe em desafio modificá-lo. Nesse ponto vamos conceber a ideia de que há algo mais do que uma razão instrumental a movimentar esta equipe, o desejo como força propulsora, que a coloca em movimento, é a expressão de que a produção do cuidado tem esta dimensão subjetiva, que deve ser considerada nas análises de cenário.

Nesse sentido, o encontro dos profissionais e dessa família é marcado pela capacidade que cada um tem de afetar e ser afetado, o que ocorre entre a equipe e os usuários, e, continuará ocorrendo a cada vez que frequentarem a “casa dos vinte”, ou qualquer outro ambiente em que seus membros tenham contato.

Percebe-se que esta questão faz muito sentido sobre a realidade. Estamos sempre em permanente movimento, e de forma dinâmica aumentando e reduzindo nossa potência de agir, dependendo sempre de certos agenciamentos externos que nos pegam na nossa subjetividade, e nos movem para retornar ao meio na forma de trabalho e produção da vida, sempre sob certo coeficiente de potência, dado pelos afetos de que nosso corpo é capaz. Por exemplo: se as ofertas da equipe da UBS de projetos terapêuticos forem capazes de suprir as necessidades dos membros da família (emprego, renda, formação, afeto, pertença, prazer etc.), podem lhes proporcionar um estado de alegria, o que aumenta sua capacidade de agir e produzir uma nova existência no mundo. Seguindo esta linha, é possível desconstruir o atual modo de viver a vida e produzir outra existência, a partir do que lhes tem sido ofertado. Por outro lado, se as ofertas da equipe não produzirem estes efeitos nas pessoas, ou, se o efeito for de uma não composição com a nova proposta, o que pode lhe afetar negativamente, produzir tristeza, isto reduz sua capacidade de agir, fazendo-os retornar à situação anterior e fixar no modo de vida sob o agenciamento das drogas, o consumo e tráfico.

Percebemos que os projetos terapêuticos precisam fazer sentido para quem eles se destinam, o que significa uma construção social e subjetiva ao mesmo tempo.

3.6 Os habitantes da “casa dos 20” e seus devires

48

O modo como foi se dando o trabalho na produção do cuidado, criou certos efeitos, como por exemplo, adesão ou não ao projeto terapêutico, e deste decorrem outros, como ter renda por trabalho profissionalizante na instituição pública, ou ter renda com atividade de tráfico. Entre uma situação e outra há muitas formas de gradação, e as pessoas vão fazendo movimentos não lineares na forma de produzir seu mundo e se produzir.

Ao buscar compreender como se produziram as relações, os acontecimentos, os encontros, e seus efeitos nos que habitam a “casa dos vinte” e na equipe da UBS, vamos percebendo que há um permanente processo de subjetivação, algo intenso que ocorre entre todos os que participam deste processo, sejam os trabalhadores, usuários e os que representam outras entidades implicadas no processo, como Conselho Tutelar, Caps-ad, Cras etc. Outra questão é que há diferentes formas de compreensão do problema, oscilando entre concepções mais libertárias de cuidado e não condenatórias das condutas das pessoas, bem como entendimentos que pressupõem julgamento e culpabilização sobre as pessoas que mantêm modos de vida diferentes e divergentes do que é supostamente preconizado por uma suposta moral social. Estas diferentes formas de entendimento sobre a problemática envolvendo a “casa dos 20” produz diferentes agenciamentos em cada membro da casa, e também nas diversas equipes envolvidas no processo. Todos reagem a estes agenciamentos produzindo novas intervenções no trabalho, cuidado, e na própria vida. Um processo permanente de produção social e subjetiva, autoprodução está em curso.

Diante de toda esta complexidade, as questões que ficam são:

1. Como lidar com a multiplicidade de atores sociais em relação?
2. Como manejar as diferentes singularidades que se expressam na família que habita a “casa”?

Diante da complexidade do caso apresentado, ater-nos-emos nesse momento a duas questões centrais para quem trabalha a gestão do cuidado. Vamos a elas:

1. Lidar com diferentes atores sociais em relação de trabalho e cuidado em saúde remete sempre à necessidade de um permanente processo de pactuação do projeto terapêutico. Geralmente estão em cena concepções diferentes, perspectivas diversas sobre o processo de cuidado, e a busca por encontrar pontos comuns, ações conjuntas, reunião de saberes e fazeres em um processo permanente de gestão compartilhada do cuidado.

Entendemos que a coordenação do projeto terapêutico neste caso cabe à equipe da Unidade Básica de Saúde pela sua proximidade, vínculo estabelecido, diversidade de cuidado que realiza aos membros da família e mobilidade junto a todos os segmentos envolvidos no processo de cuidado. A gestão do cuidado vai exigir permanente contato e monitoramento das condutas relacionadas a cada uma das pessoas da *casa*, visto a fragilidade e a sensibilidade extrema, em que o menor deslize nas condutas com elas pode colocar o projeto terapêutico em questão e comprometer todo esforço. Esta relação exige compreender que o trabalho se exerce em redes, que são desorganizadas por natureza, operadas pelos próprios trabalhadores e disparadas pelo projeto terapêutico. Estas redes operam por fluxos e conexões entre as diversas equipes na produção do cuidado (FRANCO, 2006).

2. A singularidade é a expressão de cada um no mundo em que vive, mesmo que esteja em relação com um grupo. E cada um pode assumir diferentes formas de expressão, depende sempre

do momento em que está vivendo, o lugar, as relações que estabelece, enfim, podemos dizer que o mesmo Ser pode se expressar como uma multiplicidade, por exemplo: Crisântemo, a habitante *chefe* da “casa dos 20” se expressa como mulher, mãe, avó, agente do tráfico de drogas, usuária de drogas e provedora da casa. O que observamos é que não há uma identidade a ser atribuída a ela capaz de dizer o que ela é. Dizer que é traficante não expressa que também é mãe, avó e provedora da casa; assim como dizer que é mulher não dá expressão às outras singularidades existentes. Então a singularidade tenta dar expressão às muitas Crisântemos que há. Reconhecer que cada um se expressa singularmente, como uma multiplicidade, é fundamental para pensar os projetos terapêuticos, que também devem ser singulares. Estas formas de expressão mudam com o tempo, em processos de permanente subjetivação aos quais todos nós estamos sujeitos.

A equipe lida ao mesmo tempo, e muitas vezes, em relação ao mesmo usuário como se este fosse muito, porque ele vai expressar diferentes condutas a depender do momento em que vive, as relações que mantém, a expressão dos seus afetos e seus desejos. Da mãe Crisântemos, passando pelas filhas e filhos adolescentes, há sempre diferentes devires que expressam a luta interior que cada um mantém, como forças a agenciarem diferentes modos de se expressar no mundo, propostos pelas ofertas da equipe e de outros agentes sociais por um lado, e o tráfico por outro. O devir manifesta existências diferentes, uma produção incessante de vidas ao longo do tempo. A equipe se viu diante disso o tempo todo, por exemplo: a mãe tentava aliciar os filhos adolescentes para o tráfico, em contrapartida a equipe operava para seu ingresso em programas de profissionalização e renda, e eles se dividem em aceitar e sonhar com um futuro profissional, e ficar mal com a mãe; ou, ficar bem com ela e deixar a proposta de profissionalização abraçando o trabalho com o tráfico. Nesse caso, os filhos podem atuar em pêndulo, lá e cá expressando o permanente conflito a lhes corroer a alma. Para dar curso à gestão do cuidado, esta questão é importante para a equipe perceber quão complexas são as análises sobre projetos terapêuticos singulares, pois o singular significa justamente conseguir manejar as diversas vidas que se manifestam em um só sujeito.

3.7 Considerações finais de um caso inconcluso

A primeira questão a registrar é a extrema importância de haver uma equipe implicada com o trabalho e o cuidado em saúde, o que a torna extremamente disponível na relação com os membros da casa, disponibilidade fundamental neste caso, que exige uma frequência assídua no contato. Atribui-se a esta implicação o fato de que a maioria dos trabalhadores da unidade são moradores da comunidade e participaram da luta pela posse da terra em que habitam, o que criou em cada um o sentimento de solidariedade e uma sensibilidade mais aguda para o cuidado. Mas não se pode atribuir apenas a isto, cuidar deve ser do escopo dos profissionais de Saúde, e diz respeito ao conhecimento prévio, enquanto saberes técnicos, como também ao modo singular com que cada um entende este processo.

Mas isto por si só é insuficiente, é necessário que cada um tenha instrumentos para trabalhar a gestão do seu processo de trabalho e cuidado. Nesta unidade a equipe se reúne uma vez por

semana para discutir estes processos, momento em que fazem estudos de casos como este e pactuam suas relações de trabalho. Há um programa de Educação Permanente com oficinas de redes que tem contribuído no suporte à gerência e à equipe da unidade, aumentando sua *caixa de ferramentas* para o trabalho cotidiano.

50

Como relação ao caso “casa dos 20” em específico, a principal dificuldade esteve relacionada à questão do enfrentamento da questão do consumo e tráfico de drogas, centrado em uma pessoa, mas que agenciava as relações de família, desorganizando-a, convidando os adolescentes para traficarem, dificultando sua inserção no programa de profissionalização e renda, às vezes impedindo a filha de trabalhar, e por outro lado, a equipe sentida insegura para lidar com o problema, sobretudo porque se sentia ameaçada.

Como discutido no caso, os membros da família se viram sempre diante de dois projetos sobre os modos de viver a vida, que resultavam em linhas de forças que os colocam em luta consigo mesmos: o projeto agenciado por sua mãe e o projeto construído com a equipe. Não se trata de um projeto do *bem* e outro projeto do *mal*, porque, por exemplo, a partir da perspectiva de vida dessa mãe, o ingresso no tráfico de drogas, pode, de fato, ser a única alternativa que se construiu para ela até então como uma atividade produtora de renda suficiente para que sua família pudesse se sentir pertencente a uma dada sociedade do consumo. Nesse sentido, trata-se da construção de diferentes apostas por parte da mãe e da equipe, a partir das diferentes possibilidades que se apresentam para cada uma.

Durante um bom tempo a proposta da equipe e sua rede de cuidados foi vitoriosa nesta luta, conseguiu agenciar a família para propostas de inserção social e profissional que os mantinham na perspectiva de construção de suas existências nesta direção. Exceto Crisântemo que nunca aceitou se inserir no Caps-ad ou qualquer outra oferta de cuidados, emprego ou renda. E isto foi um elemento importante, sendo ela a *chefe* da família. Sua possibilidade de desorganizar o projeto terapêutico em curso, que se mantinha sempre no limiar entre o sucesso e o fracasso era grande.

Em decorrência do manejo inadequado da situação pelo técnico de uma das entidades parceiras no projeto terapêutico de cuidados aos membros da “casa dos vinte”, a Crisântemo reagiu de forma agressiva contra todo o processo em curso, desconstruiu a relação com os adolescentes que deixaram a escola, e por consequência abandonaram os programas de profissionalização e renda. Bougainville abandonou o tratamento e retornou ao uso de drogas, envolveu-se com a promotoria que pediu seu abrigo e a tutela das crianças pelo estado, situação que ela reverteu chamando o pai das crianças, do qual estava separada para assumir sua tutela. Ela retornou com as crianças para a “casa dos 20” e voltou ao uso de drogas e ao tráfico. Para estes filhos a situação recuou em relação ao sucesso obtido até então. E por que recuou? Ora, estavam todos em processo, um movimento contínuo de fixação em outro território existencial, o de produzir em si mesmos uma vida fora do tráfico, mas que não haviam produzido uma desterritorialização em relação aos agenciamentos da vida no consumo e no tráfico. Estavam ainda vulneráveis. A desterritorialização que significa existencial que afeta profundamente a subjetividade em cada um, ou melhor, significa um processo de subjetivação que desloca as existências para novas formas de vida. Uma ruptura poderia se concluir ao longo do processo, que foi interrompido, e espera-se momentaneamente.

No entanto a equipe tem muito a comemorar com o sucesso conquistado até aqui, e mesmo para os dois adolescentes que sofreram um revés, os registros desta experiência estão fixados como marcas em cada um deles, e tais experiências podem retomar em algum momento. É possível pensar o cuidado como uma celebração da vida, quando se verifica que para os dois filhos menores, o projeto tem tido amplo sucesso, continuam estudando e se constituindo como sujeitos portadores de um futuro do qual estão sendo seus próprios protagonistas.

Referências

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. A busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

4 A ligação da cartografia à intervenção multiprofissional



Apresentaremos neste capítulo algumas questões importantes que podem contribuir na operacionalização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Em especial, falaremos sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Redução de Danos, propostas que não são exclusivas do campo da Atenção Psicossocial, pois possibilitam a efetivação de uma clínica ampliada em Saúde que leva em consideração o contexto e a necessidade das pessoas que buscam cuidado.

Tomando como exemplo o caso de Lucimara, a mãe de Fernando, o rapaz usuário de *crack* que Roberta atendeu, observamos que ela tinha diversos problemas de saúde: fibromialgia, hipertensão, artrose e uso crônico de benzodiazepínicos. Roberta e a equipe operaram na lógica de uma clínica ampliada, enfocando o contexto criador do sofrimento de Lucimara, não se limitando a identificar e tratar sintomas ou doenças dos quais ela padecia. Olhar para a família como um todo, cuidar de Fernando e Lucimara, estimular a prática de atividade física dela por meio do grupo de caminhada possibilitou incidir sobre seus problemas de saúde e favoreceu maior interação e convívio social sem aumentar a dose de seus medicamentos.

55

O exercício de uma clínica ampliada pressupõe a utilização de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), de maneira a deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto em que estes aparecem. A operacionalização da clínica ampliada e a utilização do PTS desvelam a dimensão do trabalho vivo e criativo em saúde (MERHY, 2002), que não exclui, mas supera, com suas linhas de fuga, a lógica programática e a protocolização estereotipada das ações de saúde.

4.1 O Projeto Terapêutico Singular

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos.

Embora o PTS possa ser utilizado como analisador qualitativo e apregoado para todos os usuários dos serviços estratégicos de Saúde Mental, como os Caps, na Atenção Básica é importante estabelecer critérios de seleção dos casos que exigirão a construção de um PTS. Não é viável nem necessário elaborar um PTS para todas as pessoas atendidas em um serviço de Atenção Básica. Casos mais difíceis com maior gravidade e complexidade devem ser priorizados (BRASIL, 2007). Para isto devem considerar-se a extensão e/ou intensidade de problemas apresentados por uma pessoa, família, grupo ou coletivo, bem como avaliar quão diversas dimensões estão afetadas (biológica,

psicológica e social). Além disso, o PTS também pode ser sugerido nos casos que exigirem maior articulação da equipe e nas situações em que há necessidade de ativação de outras instâncias como os recursos comunitários e outros serviços de Saúde e instituições intersetoriais.

A utilização de um roteiro norteador pode ajudar na organização de um PTS, estabelecendo momentos sobrepostos, são eles: o diagnóstico situacional; a definição de objetivos e metas; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2008).

O diagnóstico situacional pressupõe o contato com uma pessoa, família, grupo ou coletivo em que o acolhimento empático e a escuta cuidadosa e sensível favorecem o vínculo. O acolhimento representa a disponibilidade de receber e ofertar em qualquer momento ao longo do processo de cuidado. Uma escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar a voz à pessoa, à família, ao grupo ou ao coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção. Os momentos iniciais de um primeiro contato são fundamentais para a criação do vínculo, compreendido como uma *relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa* (MORORÓ, 2010).

Nessa etapa do diagnóstico situacional é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda. Valorizar as potencialidades permite a ativação de recursos terapêuticos que deslocam respostas estereotipadas, favorecendo a emergência de novos territórios existenciais e a reconfiguração daqueles já vigentes.

Além das dimensões subjetivas, também é importante cartografar o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS. Também é importante identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, bem como realizar a avaliação das vulnerabilidades compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção individuais, familiares, grupais e coletivos. As potencialidades podem ser incluídas entre os fatores de proteção.

A definição de objetivos e metas envolve definir as questões sobre as quais se pretende intervir. Aspectos oriundos do ideário ético-político psicossocial visando a uma maior inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo são balizas norteadoras das ações. A operacionalização deste processo se dá por meio de uma comunicação culturalmente sensível e da negociação pactuada entre o técnico de referência e a equipe por um lado, e da equipe ou do próprio técnico de referência com a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo por outro. Neste momento do PTS também é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo.

É importante lembrar que na elaboração do PTS as diferenças, conflitos e contradições precisarão ser explicitados e trabalhados, de maneira a pactuar os consensos possíveis entre os diversos agentes envolvidos. Divergências de expectativas também devem ser esclarecidas. Podemos perguntar, por exemplo: Como gostaríamos que determinada pessoa a ser cuidada estivesse daqui a algum tempo? Como será que ela gostaria de estar? E como seus familiares gostariam que ela estivesse?

É importante caracterizar também o que é possível realizar dessas expectativas e objetivos, situando o que fica entre o *ideal* e o *real*. Essa abordagem é inspirada no trabalho e na construção de

projetos do campo da Redução de Danos, da qual trataremos abaixo, mas pode ser incorporada em outros tipos de PTS em geral (COMTE et al., 2004). A caracterização do que é *possível* deve levar em consideração o quanto a realização das expectativas e metas para a resolução do problema depende dos agentes envolvidos – pessoa cuidada, técnico de referência, equipe de Saúde, familiares – ou envolve outras instâncias a serem ativadas. A pactuação do que é *possível* fazer deve incluir todos os envolvidos – equipe e pessoa, família, grupo ou coletivo para o qual está dirigido o PTS, pois isso estimula o compartilhamento e a cogestão do processo de cuidado.

A divisão de tarefas e responsabilidades envolve a definição clara e a atuação do *técnico de referência* por meio do esclarecimento do que vai ser feito, por quem e em que prazos. O dispositivo do *técnico de referência* é fundamental na organização do cuidado de casos complexos em saúde mental. Esta posição geralmente é assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento. O *técnico de referência* tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias.

A reavaliação do PTS, conduzida pelo técnico de referência, deve ser sistemática, agendada com a equipe e a pessoa cuidada. A revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos podem ajudar a manter o PTS ou introduzir e redirecionar as intervenções conforme as necessidades (MÂNGIA; BARROS, 2009). A reavaliação deve ser feita em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicados no PTS.

A utilização do PTS como dispositivo de cuidado possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde e favorece os encontros sistemáticos, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva. Coordenar um PTS exige disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias. Por isso sugerimos a distribuição dos casos complexos entre os diversos trabalhadores, de maneira a evitar sobrecarregar aqueles mais disponíveis e sensíveis com os problemas de saúde mental. Lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza faz parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a reconfiguração contínua dos territórios existenciais onde circula a subjetividade dos próprios trabalhadores.

4.2 A abordagem da Redução de Danos na Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) inclui entre o conjunto de ações que caracteriza uma atenção integral à saúde a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A inclusão da redução de danos como uma das ações de Saúde desta política pressupõe sua utilização como abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde.

Atuar em uma perspectiva da redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa, conforme já apresentado no tópico sobre Projeto Terapêutico Singular.

Assim, embora a estratégia de redução de danos seja tradicionalmente conhecida como norteadora das práticas de cuidado de pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas, esta noção não se restringe a esse campo por ser uma abordagem passível de ser utilizada em outras condições de saúde em geral. Há, portanto, duas vertentes principais a respeito da Redução de Danos (COMTE et al., 2004): 1) a Redução de Danos compreendida como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas e 2) a Redução de Danos ampliada, concebida como conceito mais abrangente, no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos antes que eles aconteçam (DIAS et al., 2003).

Apesar das diferenças apontadas entre essas perspectivas, um ponto em comum a ambas é a construção de ações de redução de danos tomando como fundamental a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos para os quais estão orientadas essas ações. Ou seja, ambas as perspectivas pressupõem o diálogo e a negociação com os sujeitos que são o foco da ação.

Essa centralidade no sujeito, considerando seus desejos e possibilidades, caracteriza a redução de danos como uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva, pois se evita ditar ou impor, a partir da autoridade profissional, quais seriam as escolhas e atitudes adequadas ou não a serem adotadas. Assim, atuar em uma perspectiva de redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa, aspectos já apresentados no tópico sobre Projeto Terapêutico Singular.

Considerando especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários (VIVA COMUNIDADE; CRRD, 2010).

Também é necessário trabalhar o estigma que a população, os trabalhadores de Saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre esta condição, de maneira a superar as barreiras que agravam a sua vulnerabilidade e marginalidade e dificultam a busca de tratamento. Lidar com os próprios preconceitos e juízos sobre o que desperta o consumo de drogas é fundamental para poder cuidar das pessoas que precisam de ajuda por esse motivo. A clandestinidade associada ao uso de drogas ilícitas cria medo, dificulta a busca de ajuda e agrava o estado de saúde física e psíquica dessas pessoas.

Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos tanto para problemas de álcool e outras drogas quanto para outras condições crônicas é sua centralidade no que a pessoa que busca ajuda deseja e consegue fazer para lidar com seu problema. Desse modo, por meio da redução de danos é possível cuidar dos problemas de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não.

Operar em uma lógica de redução de danos também exige trabalhar com a família da pessoa que usa drogas, que muitas vezes é quem procura os serviços de Atenção Básica. Acolher o familiar e ofertar possibilidade de apoio inserindo-o em atividades coletivas como grupos de terapia comunitária podem ajudá-lo a lidar com o sofrimento.

Diversas são as ações de redução de danos possíveis de realizar com usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica em Saúde e nos demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Mesmo naqueles casos em que a situação parece complexa e sem muitas alternativas.

Pessoas com problemas com drogas geralmente não buscam as unidades de Saúde espontaneamente. São seus familiares que costumam buscar ajuda. Uma maneira de aproximar-se destes usuários pode ser por meio de visitas domiciliares e agendamentos de consultas para uma avaliação clínica mais geral, não necessariamente abordando seu problema com drogas. A criação de vínculo deve ser a meta inicial.

A construção de uma proposta de redução de danos deve partir dos problemas percebidos pela própria pessoa ajudando-a a ampliar a avaliação de sua situação. No caso de pessoas com problema em relação ao álcool, podem-se sugerir cuidados de praxe como não beber e dirigir; alternar o consumo de bebida alcoólica com alimentos e bebidas não alcoólicas; evitar beber de barriga vazia; beber bastante água, optar por bebidas fermentadas às destiladas, entre outras sugestões.

Usuários de *crack* podem ser orientados a não compartilhar cachimbos, pois possuem maior risco de contrair doenças infectocontagiosas caso tenham feridas nos lábios, geralmente ressecados pelo uso do *crack* e queimados pelo cachimbo. Casos complexos exigem criatividade e disponibilidade da equipe de Saúde para a oferta de cuidado. Por exemplo, um usuário de *crack* em situação de rua, com tuberculose ou Aids e baixa adesão ao tratamento medicamentoso pode ser estimulado a um tratamento supervisionado, negociando-se o fornecimento da alimentação diária no momento da administração da medicação, na própria unidade de Saúde. E nos finais de semana é possível articular uma rede de apoio que possa assumir este cuidado.

Muitos outros desdobramentos são possíveis adotando a perspectiva da redução de danos, dependendo das situações e dos envolvidos. E uma determinada linha de intervenção pode ter seu escopo ampliado à medida que o vínculo é ampliado. Assim, a redução de danos nos coloca ante questões gerais às demais intervenções de saúde como a necessidade de reflexão sobre o que norteia a produção do cuidado. Um cuidado emancipatório pautado pela ampliação dos gradientes de autonomia visa ajudar a pessoa a desvelar e lidar com suas escolhas. Um cuidado tutelar, disciplinador, prescritivo e restritivo predetermina e estabelece, a partir de critérios externos, aquilo que a pessoa deve fazer e como deve se comportar (MERHY, 2007).

Em síntese, a adoção da perspectiva da redução de danos pressupõe uma abertura para o diálogo, a reflexão, os questionamentos e a avaliação contínua das intervenções. Abordagens baseadas na redução de danos implicam em levar em conta a vulnerabilidade das pessoas e dos coletivos. A noção de vulnerabilidade, compreendida enquanto o resultado de interações que determinam a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem ou se submeterem a riscos, possibilita a singularização das intervenções e converge com as ideias já apresentadas, a respeito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (OLIVEIRA, 2000).

O PTS e a redução de danos ajudam, assim, a operacionalizar a perspectiva de uma clínica ampliada, que possibilita a emergência de dimensões subjetivas e a reconfiguração dos territórios existenciais, tanto dos trabalhadores em saúde quanto daqueles que eles cuidam. A dimensão processual desse modo de produção do cuidado ancora, mas, ao mesmo tempo, projeta a construção da integralidade em saúde na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

COMTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.

DIAS, J. et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-348, 2003.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2. p. 85-91, 2009.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial**. 2010. 110p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed., 2008.

VIVA COMUNIDADE; CENTRO DE REFERÊNCIA DE REDUÇÃO DE DANOS (CRRD). **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar**. Porto Alegre: VIVA COMUNIDADE, 2010.

5 Instrumentos de cartografia com a pessoa, a família e a comunidade





5.1 O que é família?

Antes de qualquer proposição de trabalho com família, necessário será entender o que é família em sua complexidade, suspendendo juízos de valor, conceitos fechados, lineares e prontos, os quais produzem uma concepção reducionista de família. Pode ser útil compreender família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural.

Cada família é *uma família* na medida em que cria os seus próprios problemas e estrutura as suas formas de relação, tendo suas percepções, seus vínculos e suas especificidades próprias. Não existe família enquanto conceito único; existem “configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, *habitat*, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo” (COSTA, 1999, p. 76). Mas, “a família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver é, e será, o meio relacional básico para as relações no mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio” (COSTA, 1999, p. 78).

Cada família tem uma cultura própria em que circulam seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações. As ações são interpretadas em um contexto de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais.

Dessa forma, o tema Família refere-se a uma realidade muito próxima a cada um de nós. O significado, o sentido, os sentimentos despertados são diferentes de acordo com a experiência de cada um e sua história familiar. Isso, muitas vezes, dificulta a percepção e o entendimento dos profissionais de Saúde em relação às configurações familiares dos usuários, pois suas referências individuais, culturais e sociais são diferentes. O olhar, o escutar, o observar, o perceber e o entender a diversidade da forma de viver em família são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional, mas essas barreiras culturais e de comunicação podem ser enfrentadas a partir de uma abordagem que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário.

5.1.1 Família e sofrimento psíquico: o desafio do protagonismo familiar

A reforma psiquiátrica brasileira traz imensas contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na

exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não havia investimentos na mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, já que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente.

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na reforma psiquiátrica brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção (BRASIL, 2005). Dentro dessa perspectiva, a família é requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (ROSA, 2004), passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico.

Dessa forma, o que se almeja não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da sua cidadania, “o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o como sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade” (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51).

Os profissionais de Saúde, em muitas situações, esperam que a família aceite e cuide da pessoa em sofrimento psíquico intenso sem se dar conta de que não estão lhe oferecendo suporte nem orientações (KOGA, 1997); ou percebem o familiar como um simples *informante* das alterações apresentadas pela pessoa em tratamento, que deve seguir passivamente suas prescrições de tratamento. Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento psíquico intenso, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestas (COLVERO et. al., 2004).

Essas famílias possuem demandas das mais variadas ordens, entre elas: a dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com esse familiar, pela expectativa frustrada de cura e pelo desconhecimento da doença propriamente dita (COLVERO et. al., 2004).

Torna-se fundamental considerar que o provimento de cuidado doméstico à pessoa com sofrimento psíquico é um trabalho complexo, historicamente retirado da família e que agora lhe está sendo restituído. Esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções.

5.1.2 A lógica da Atenção Básica à saúde e os recursos para o trabalho com a família enquanto protagonista do cuidado

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e grupal, dinâmico e passível de crises, inseparável de seu contexto de relações sociais no território em que vive. A família é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família.

Na ESF o vínculo entre os profissionais de Saúde, a família e a comunidade é concebido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população. Esse vínculo de confiança vai sendo fortalecido por meio da escuta, do acolhimento, da garantia da participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da valorização da família enquanto participante ativa do tratamento etc.

Na metodologia de trabalho das equipes de SF, o cadastramento das famílias e o diagnóstico da situação de saúde da população permitem que os profissionais prestem atenção diferenciada às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social. As famílias com pessoas em sofrimento psíquico intenso e usuárias de álcool e outras drogas necessitam de atenção especial, e um primeiro passo nesse sentido é instrumentalizar os agentes comunitários de Saúde (ACS) na identificação dessas situações. Vecchia e Martins (2009) ressaltam que a estratégia de atender prioritariamente as famílias com maiores dificuldades psicossociais é importante, desde que tal priorização não produza estigmatizações, levando em consideração o dinamismo e a complexidade da vida de cada família.

A Estratégia Saúde da Família, por ter como ação as visitas mensais aos moradores de uma determinada área, possibilita que pessoas e famílias em situação de maior risco sejam atendidas. Podem ser pessoas que não comparecem às consultas, que não solicitam ajuda (por exemplo, as que fazem uso prejudicial de drogas), que sofrem atos de violência, que estão em risco de suicídio ou em cárcere privado. Enfim, pessoas que muito necessitam e pouco ou nada demandam (LANCETTI, 2006).

Outro aspecto fundamental diz respeito ao prontuário familiar, que contém os prontuários individuais e é utilizado por todos os membros da equipe de Saúde. Essa organização facilita o acesso a todas as informações da família, sua história, queixas ou motivos das consultas, atenção recebida, problemas e formas de enfrentamento, dinâmica de relacionamento familiar etc.

As reuniões de equipe possibilitam a discussão de casos, o planejamento e avaliação de ações, a troca de conhecimentos, a abordagem interdisciplinar, constituindo-se em mais um recurso fundamental do cuidado em saúde mental.

O acolhimento é outro recurso, transversal a todas as práticas, percebido como importante na construção de uma postura profissional baseada em receber, escutar e tratar de forma humanizada as famílias e suas demandas. Acolhimento implica também na responsabilização dos profissionais pela condução da proposta terapêutica e na corresponsabilização das famílias por sua saúde (KENNETH et. al. 2004).

Por fim, é importante que as equipes de Atenção Básica garantam a participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada paciente, além de estimularem-na a participar de debates sobre o tema em reuniões dos conselhos locais e nas conferências de Saúde. Assim, a família também contribuirá na construção, na implementação e no acompanhamento de políticas públicas de atenção à saúde mental.

66

Em síntese, as equipes de SF têm um campo fértil para trabalharem de forma integral e participativa com pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias, apesar da abundância de práticas contrárias ao que estamos propondo, isto é, práticas centradas no indivíduo, que fragmentam o sujeito, *especialismos* etc. Nos cursos de graduação da área da Saúde, estudos sobre família e ferramentas que auxiliem seu acompanhamento são muito pouco comuns, o que impõe sérios limites quando os profissionais de Saúde se veem diante da necessidade de realizar intervenções baseadas em uma abordagem familiar. A educação permanente tem se configurado uma importante estratégia de enfrentamento dessas dificuldades.

Uma forma especialmente interessante de educação permanente é o apoio matricial oferecido pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – que se constitui em retaguarda especializada para as equipes de SF. Essa parceria entre ambas as equipes é concebida sob a forma de cor-responsabilização pelos casos e se desenvolve por meio de discussões e consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos singulares, intervenções com as famílias e as comunidades, realização de grupos, discussão de casos clínicos etc.

5.1.3 Abordagem familiar: ferramentas e recomendações

Para uma abordagem familiar é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer aperfeiçoamento de competências profissionais. Na abordagem familiar, considera-se que a saúde da família vai além da soma da saúde dos indivíduos. Sendo assim, espera-se que a equipe de Atenção Básica à Saúde seja capaz de identificar e desenvolver as seguintes especificidades:

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

Outro aspecto importante é a contradição família pensada *versus* família vivida e a sua outra face família estruturada *versus* família desestruturada, apoiada em uma visão sistêmica inclusiva e não conservadora que reconhece múltiplas estruturas familiares que nada mais são do que formas diferentes de ser família e que vão ganhando contornos específicos por intermédio do tempo e das peculiaridades do espaço geográfico, social e cultural (SOARES; PAGANI; OLIVEIRA, 2005).

Consolidada tal compreensão, os profissionais terão critérios para avaliar o enredo, a estrutura e a dinâmica do sistema familiar, elaborando um plano de trabalho multidisciplinar com as estratégias mais adequadas e possíveis. Sugerem-se formas de atuação da equipe que fortaleçam: (1) a competência da família em garantir a sobrevivência material dos seus membros utilizando sua rede social primária (parentes, amigos e vizinhos), as instituições e as redes sociais comunitárias; (2) suas relações afetivas e novas possibilidades de agir, pensar e conviver; (3) sua participação social e comunitária enquanto exercício de cidadania. Essa atuação pode ser realizada de diferentes maneiras, como:

- Oferecimento de acolhimento, escuta regulares e periódicas;
- Grupos de orientação aos familiares;
- Grupos de cuidado aos cuidadores;
- Intervenções domiciliares que diminuam a sobrecarga da família cuidadora;
- Oferecimento de dispositivos da rede social de apoio onde os familiares cuidadores de pessoas com sofrimento psíquico possam ter garantido também espaços de produção de sentido para sua vida, vinculadas a atividades prazerosas e significativas a cada um.

Aqui exemplificamos algumas ferramentas úteis para o trabalho com família. Vale ressaltar que devido às diversidades e às singularidades, muitas vezes será necessário buscar outras ferramentas ou até mesmo criar sua própria ferramenta de trabalho com família.

I: ENTREVISTA FAMILIAR:

Objetiva realizar a caracterização do sistema familiar (estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, condições materiais de vida, estado de saúde dos integrantes, rede social da família etc.).

II: GENOGRAMA:

O Genograma Familiar é uma representação gráfica da família. Identifica suas relações e ligações dentro de um sistema multigeracional (no mínimo três gerações). Instrumento amplamente utilizado na Terapia Familiar, na formação de terapeutas familiares, na Atenção Básica à Saúde e, mais recentemente, em pesquisas sobre família (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; MINUCHIN, 1999). (Ver Figura 1 (Anexos)).

III. ECOMAPA:

O Ecomapa, tal como o Genograma, integra o conjunto dos instrumentos de avaliação familiar. Entretanto, enquanto o Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde ela vive. Foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman. É uma representação gráfica do *sistema ecológico* da família. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

(Ver Figura 1 (Anexos))

IV. F.I.R.O: Fundamental Interpersonal Relations Orientation (Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais):

Objetiva compreender melhor o funcionamento da família estudando as suas relações de poder, comunicação e afeto. A família é estudada nas dimensões de inclusão, controle e intimidade. Essa ferramenta é bastante útil quando a família se depara com situações que provocam crises familiares e demandam negociações e alterações de papéis entre os seus membros, tais como problemas de saúde, mudanças, doenças agudas e crônicas, hospitalizações etc. Também é utilizada na avaliação de problemas conjugais ou familiares, para entender como a família está lidando com alterações no ciclo da vida (WILSON; TALBOT; LIBRACH, 1996).

V. P.R.A.C.T.I.C.E.

Objetiva a avaliação do funcionamento da família de um paciente específico. Fornece informações sobre a organização familiar e o posicionamento da família diante dos problemas enfrentados, possibilitando o manejo daquele caso específico. Essa ferramenta foca no problema, permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com a família, facilita a coleta de informações e a elaboração da avaliação com construção de intervenção (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Presenting problem (problema apresentado)

Roles and structure (papéis e estrutura)

Affect (afeto)

Communication (comunicação)

Time of life cycle (fase do ciclo de vida)

Illness in family (doença na família)

Coping with stress (enfrentamento do estresse)

Ecology (meio ambiente, rede de apoio)

VI. DISCUSSÃO E REFLEXÃO DE CASOS CLÍNICOS:

Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional - discussão dos casos clínicos, estudo de caso etc.

VII. PROJETO TERAPÊUTICO DE CUIDADO À FAMÍLIA:

Permite conhecer e construir um projeto terapêutico de cuidado para a família. O Projeto Terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a partir da discussão em equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, e com a participação da família na sua elaboração. (Ver Anexos).

5.1.4 Algumas recomendações para o trabalho com família

Solymos, Maricondi e Soares (2009) apontam que o profissional que trabalha com família precisa aperfeiçoar em si mesmo os seguintes aspectos fundamentais: uma existência sem preconceitos, a disponibilidade para os outros e a capacidade de se *desfocar* do problema.

- Uma existência sem preconceitos consiste em saber agir diante dos acontecimentos da vida. Esta postura exige saber reconhecer e valorizar o que ocorre em detrimento daquilo que se deseja; interessar-se pelo cotidiano e modo de vida das pessoas e não unicamente por suas fraquezas ou doenças; acolhê-las respeitando seu ritmo e o ritmo dos acontecimentos.
- Uma disponibilidade para os outros significa uma flexibilidade pessoal em relação aos modos, tempos e lugares das pessoas e suas famílias.
- Uma habilidade para se desfocar do problema significa não se restringir a ele. Vale dizer, significa centrar a atenção nas possibilidades de vida que as pessoas e as famílias também têm. Desse modo nasce a percepção de que as dificuldades podem ser equacionadas paulatinamente e que a melhor intervenção é aquela que permite que a própria família assuma a responsabilidade de encontrar os meios para o seu enfrentamento.

Além desses três aspectos, cabe também ressaltar algumas dicas práticas para o trabalho com família:

- Pense em suas próprias experiências com sua família (família atual e família de origem) e rememore histórias de sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas de parentes, amigos e vizinhos, identificando quais são seus valores, crenças e mitos sobre tudo isso... Faça essa reflexão individualmente e depois com a sua equipe de Saúde.
- Evite julgamentos baseados em qualquer tipo de preconceito. Só será possível conversar com uma família em prol do seu desenvolvimento se você puder ouvi-la sem julgar ou recriminar.
- Priorize atendimento mais imediato às famílias com maiores dificuldades psicossociais.
- Identifique pessoas que podem auxiliar no cuidado em saúde mental. Pode ocorrer que essas pessoas não pertençam ao grupo familiar de origem.
- Observe como a família se coloca no espaço físico de atendimento, ou seja, onde cada pessoa senta ou se distribui no local onde é atendida. Essa observação lhe permitirá perceber alguns aspectos dos papéis familiares. Por exemplo, um filho adulto ao se colocar ao lado da mãe e não permitir seu pai ali se situar, pode indicar uma relação simbiótica entre mãe e filho e um pai com dificuldade de ocupar o seu lugar. Perguntas muito simples podem auxiliar muito. No exemplo, a pergunta poderia ser: "como é para o senhor ceder seu lugar ao seu filho?".
- Observe como a família se comunica, se as mensagens são claras ou obscuras, e busque auxiliar na comunicação.

- Auxilie a família na diminuição da culpa, do desamparo e da desesperança diante das crises e das dificuldades enfrentadas no dia a dia com a pessoa em sofrimento psíquico. Permita que tais sentimentos sejam expressos.
- Reconheça e valorize os saberes e os recursos encontrados pela família na convivência diária com o sujeito em sofrimento psíquico.
- Fique atento(a) aos movimentos *saudáveis*, ainda que sejam mínimos, e discuta-os com a família. Muitas vezes, a convivência diária não permite perceber tais mudanças.
- Construa com as famílias alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares da pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas. Há um saber acumulado sobre este assunto que poderá ajudá-lo(a) muito na compreensão dos modos de ser, viver e conviver em família.
- Promova sempre o diálogo e a troca de experiências entre todos, nas reuniões com a(s) família(s), nas consultas e visitas domiciliares. Desse modo, todos terão a oportunidade de se expor a mudanças e compreender o que está acontecendo. Isso amplia possibilidades de obtenção de resultados eficazes.
- Crie o hábito de fazer anotações sobre cada atendimento realizado e, sempre que possível, discuta seu trabalho com seus colegas de equipe, compartilhando dúvidas, certezas, limites e possibilidades. Registros escritos preservam histórias, constroem histórias...
- Não se assuste, nem reaja com base em fortes sentimentos, *positivos* ou *negativos*, que determinadas pessoas e famílias mobilizam. Nessas situações, melhor será adiar uma resposta ou conduta clínica e buscar ajuda de sua equipe de Saúde ou supervisão especializada.
- Caso seu município possua Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Naf ou equipes de Saúde Mental, busque discutir situações em que você tem mais dificuldade de manejo clínico. As equipes desses serviços, além de auxiliar na conduta clínica, também podem apoiar na organização e na realização de ações de saúde mental envolvendo a família no território.

As visitas domiciliares são ferramentas fundamentais para o cuidado à família. Entre as questões importantes de se trabalhar nas visitas domiciliares, é importante que o profissional:

- Identifique quem são os cuidadores da pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas, procurando envolvê-los na conversa.
- Faça com eles uma lista dos cuidados que a pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas recebe deles.
- Organize essa lista de cuidados classificando-os de acordo com prioridades discutidas e consensuadas entre todos: membros da equipe de Saúde e cuidadores familiares.
- Observe e registre quais cuidados estão faltando.
- Converse com os cuidadores familiares para, juntos, identificarem as causas das dificuldades e buscarem soluções alternativas.

- Faça uma lista das pessoas, grupos e instituições que compõem a rede social da família, definindo metas para a sua ampliação, se for o caso.

5.1.5 Considerações finais

71

Para um cuidado integral em saúde mental, a abordagem familiar é fundamental. Ela deve estar comprometida com o rompimento, com a lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade. Mas, estruturar uma abordagem a partir da *família* exige dos profissionais de Saúde abertura e visão ampliada, isto é, uma visão que acolha as diferentes constituições familiares e os diferentes sentimentos que os cuidados no campo da Saúde Mental mobilizam.

Quando o foco é a família, torna-se fundamental a abordagem que vai além das dificuldades e de soluções previamente estabelecidas. Assim, por exemplo, uma ação de fortalecimento dos cuidados familiares à pessoa com sofrimento psíquico e/ou usuária de álcool e outras drogas não deve estar apoiada naquilo que falta; pelo contrário, a ação deve nascer do que existe de recursos e fortalezas em cada família. Esse modo de ver e cuidar pode representar um importante princípio orientador que estimula a participação da família no processo de enfrentamento de dificuldades, quaisquer que elas sejam.

O fortalecimento das equipes de Saúde da Família é de suma importância para a saúde mental. A educação permanente pode impulsionar mudanças das práticas em saúde, estimulando a construção de ações mais inclusivas das populações vulneráveis, como é o caso das famílias com pessoas com sofrimento psíquico e/ou usuárias de álcool e outras drogas.

O aprofundamento e utilização das diferentes ferramentas de abordagem familiar indicadas neste documento podem instrumentalizar as equipes no entendimento de cada família e sua inclusão como protagonistas do cuidado.

Para saber mais:

PROMEUF – Porto Alegre, Ciclo1, Módulo 3, 2006 – Ferramentas de Abordagem Familiar, de Carmen Lucia C. Fernandes e Lêda Chaves D. Curra. Ed Artmed

MCGOLDRICK, M. et al. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2001.

REBELO, L. Genograma familiar, o bisturi do médico de família. RevPortClin Geral (2007; 23: 309-17)

Referências

72

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-27.
- COLVERO, L. de A. et. al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.
- COSTA, I. I. A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. **Interfaces: Revista de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 73-80, jan./jul. 1999.
- GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001.
- KENNETH, R. de C. J. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. M. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; IMS; ABRASCO, 2004.
- KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: Sobrecarga familiar**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1997.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINUCHIN, P. et al. A estrutura: uma orientação sistêmica e uma abordagem centralizada na família. In: _____. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p.19-29.
- MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. p. 155-160.
- ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento do cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 28-37, jan./abr. 2004.
- SOARES, T. Q. S; PAGANI, R.; OLIVEIRA, D. L. **Abordagem a Família no PSF: Escola de Formação em Saúde da Família**. 2005. (mimeo).
- SOLYMOS, G. M. B; MARICONDI, M. A; SOARES, M. L. P. V. A Criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A; ZOBOLI, E. L. P. (Org). **Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades**. São Paulo: MS Prado Editora e Gráfica Ltda, 2009. p. 43-60.
- VECCHIA, M. D; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar. 2009.
- WILSON, L.; TALBOT, Y; LIBRACH, L. O modelo FIRO de estudo da família. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

Anexos

Parte I – Descrição de um caso clínico com elaboração de genograma e ecomapa

F.F.S. é um homem de 37 anos que apresenta sofrimento mental intenso desde a adolescência, com delírios e alucinações. Mora com sua mãe (*M.F.S.*) que tem 63 anos e é viúva de *S.S.* (seu pai), com seu irmão (*P.F.S.*) de 39 anos, com sua irmã (*G.M.S.G.*) de 33 anos e seu cunhado (*G.G.*) de 35 anos. Sua irmã e cunhado têm dois filhos, *B.S.G.* de sete anos (menina) e *R.S.G.* de nove anos (menino).

A família de *F.F.S.* mora em uma comunidade periférica de uma grande cidade onde o tráfico de drogas está fortemente presente; sofre, como os demais moradores, as consequências de uma violência ligada à disputa entre facções do tráfico pelo território.

Todos os membros dessa família são atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima de sua casa.

Seu irmão *P.S.F.* é usuário de álcool e *crack*, tendo passado por várias internações psiquiátricas. É a pessoa da família de quem a equipe de saúde tem mais dificuldade de cuidar. Desistiu de frequentar o Centro de Atenção Psicossocial a Álcool e Outras Drogas (Caps AD).

Sua mãe também apresenta sofrimento mental: teve delírios e alucinações e mais recentemente não quer sair da cama nem comunicar-se com sua família. Ela participa dos grupos de hipertensão, de diabetes e de saúde mental, além de ser acompanhada por uma médica de família.

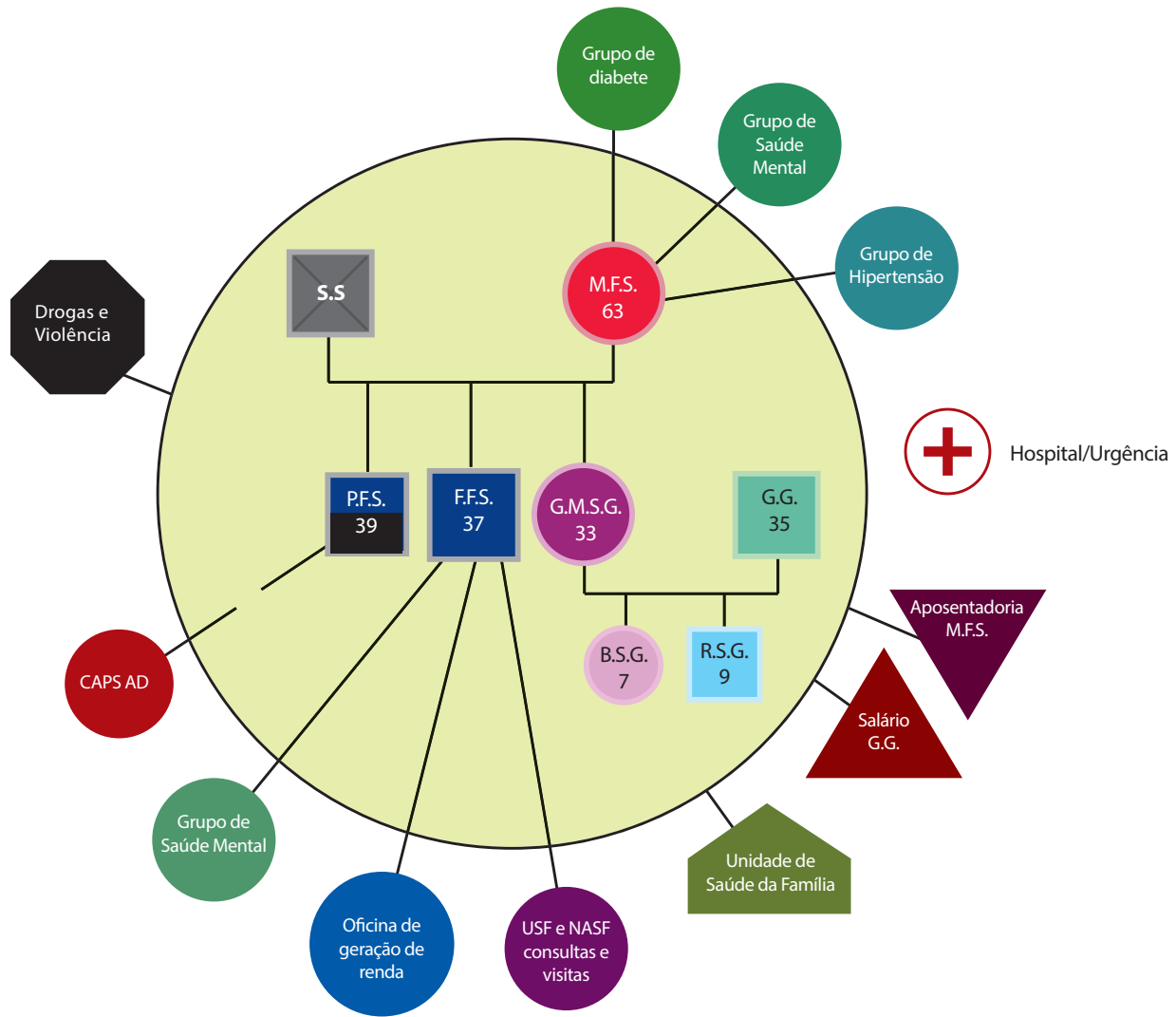
G.M.S.G. – sua irmã – é quem cuida de todos, sempre muito atenta à mãe e aos irmãos. O sustento da casa vem por meio do salário do cunhado e da aposentadoria da mãe.

O *Projeto Terapêutico Singular* que a equipe de Saúde da Família juntamente com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) elaborou para *F.F.S.* consiste em:

- Participação nos encontros do grupo de saúde mental, uma vez por semana, oferecidos pela UBS, coordenados pelo médico de família e pela psicóloga do Nasf.
- Atendimentos realizados pelo médico de família, incluído o cuidado medicamentoso orientado pelo psiquiatra matriciador; muitas vezes o atendimento é feito conjuntamente pelo médico de família, psiquiatra e psicóloga.
- Atendimentos familiares realizados no domicílio por ambas as equipes – Saúde da Família e Nasf – em momentos quando todos ou a maior parte dos membros da família estão presentes.
- Oficinas de geração de renda (serviço da área de Saúde Mental do município), uma vez que *F.F.S.* expressou desejo retomar uma atividade laboral geradora de renda.

F.F.S. e todos de sua família possuem um bom vínculo com os profissionais de saúde, reconhecendo neles um bom suporte para todos os momentos, inclusive os de crise.

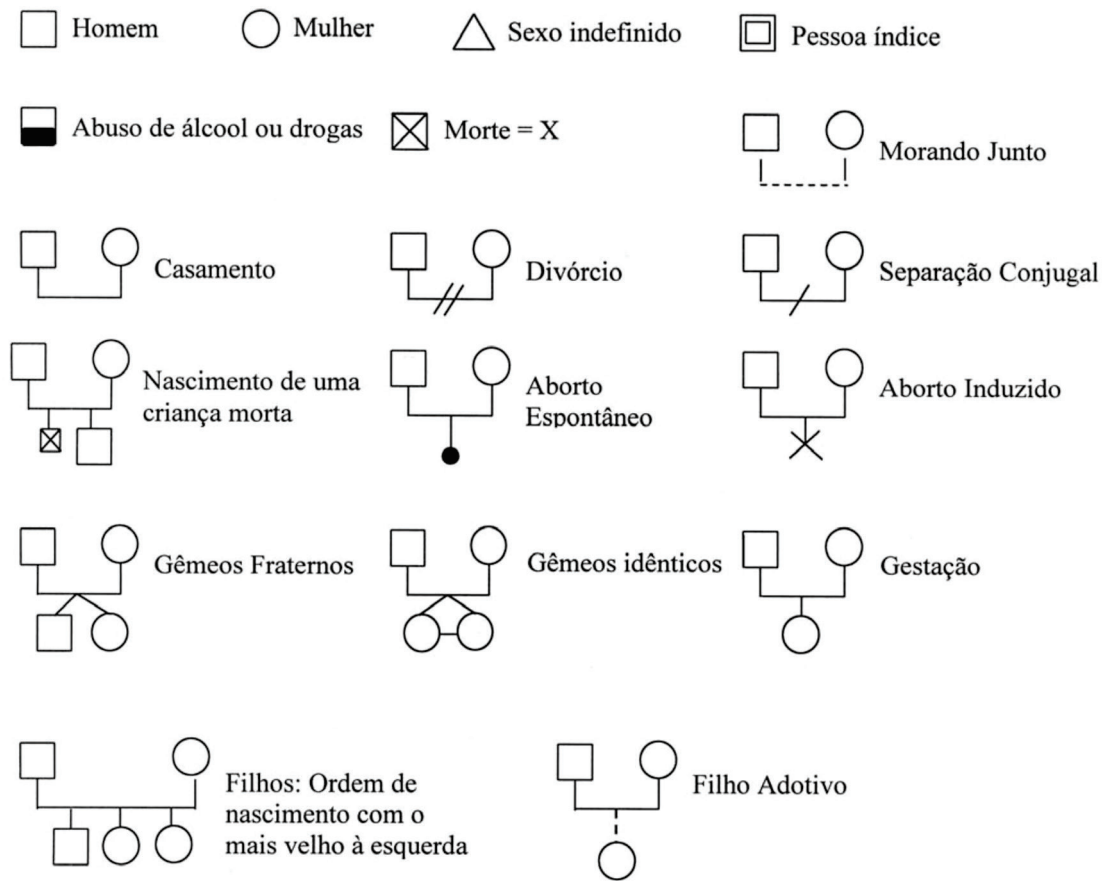
Figura 1 – Genograma e ecomapa de F.F.S. e sua família



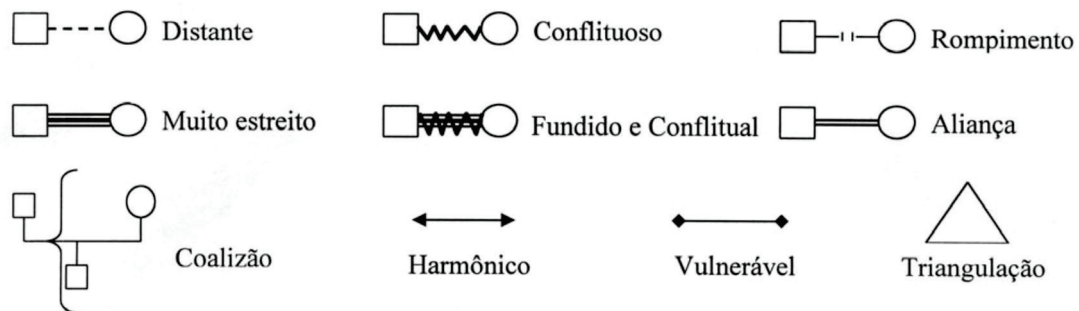
Legenda

S.S. – Pai: falecido
M.F.S. – Mãe: apresenta sofrimento mental com delírios e alucinações e sintomas de depressão
P.F.S. – Irmão: usuário de álcool e crack
F.F.S. – Usuário: apresenta sofrimento mental intenso desde a adolescência com delírios, alucinações e sumiços de casa
G.M.S.G. – Irmã: cuidadora da família
G.G. – Cunhado: provedor financeiro
B.S.G. – Sobrinha
R.S.G. – Sobrinho

Figura 2 – Símbolos do Genograma



Relacionamentos:



Fonte: McGoldrick, 1995; Minuchin, 1999

Parte II – Projeto terapêutico de cuidado à família

Para desenvolver um projeto terapêutico singular, a equipe fará um diagnóstico da situação familiar, detectando as fragilidades e potencialidades da família em relação a diversas competências. Em seguida, discutirá quais as atitudes a serem tomadas e quais profissionais deverão intervir, podendo anotar os resultados dessa discussão na tabela abaixo:

76

Quadro 1 – Proposta de projeto de cuidado à família

Competências familiares	Fragilidades	Potencialidades	O que fazer?	Responsável (profissional da equipe de SF)
Dinâmica, estrutura e funcionamento da família				
Contexto sociocultural e econômico				
Rede intra e extrafamiliar				
Aspectos relevantes da história familiar que auxiliam no entendimento dos problemas de saúde apresentados				
Impacto do problema atual (o que motivou a abordagem familiar)				

Fonte: Soares, Pagani, Oliveira (2005).

Quadro 2 – O sofrimento mental comum segundo as classificações diagnósticas oficiais

Classificação Internacional da Atenção Primária (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
Tristeza/sensação de depressão (P03)	R45.2, R45.3
<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>	
Perturbações depressivas (P76)	F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F41.2, F53.0
<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 P02.</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>	

Continua

<p>Sentir-se ou comportar-se de forma irritável ou zangada (P05)</p>	<p>R45.1, R45.4, R45.5, R45.6</p>
<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>	
<p>Sensação de ansiedade, nervosismo e/ou tensão (P01)</p>	<p>R45.0</p>
<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>	
<p>Distúrbio ansioso, estado de ansiedade (P74)</p>	<p>F41.0, F41.1, F41.3 a F41.9</p>
<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 a 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>	
Neurastenia, surmenage (P78)	F 48.0
<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 A04, fadiga pós-viral A04, fadiga crônica A04.</p>	

Continua

Somatização (P75)	F44, F45
<p>Inclui: distúrbios de conversão, 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 de 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> <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 um 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.</p> <p>A definição de somatização na CID-10 (mínimo 2 anos) é demasiado rígida para ser usada na Atenção Básica à Saúde.</p>	

Reação Aguda ao estresse (P02)	F43.0, F43.2, F43.8, F43.9, F50.4
<p>Inclui: choque de adaptação, choque cultural, estresse, pesar, saudade, estresse pós-traumático imediato, choque (psíquico).</p> <p>Exclui: depressão P03, perturbação depressiva P76, perturbação depressiva pós-traumática P82.</p> <p>Critérios: reação a um acontecimento que provoca estresse ou a uma mudança significativa de vida que exige uma adaptação considerável, quer como uma reação esperada ao acontecimento ou 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>	
Estresse pós-traumático (P 82)	F 43.1
<p>Inclui: perturbação persistente da adaptação.</p> <p>Critérios: 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>	

Quadro 3 – O abuso do álcool segundo as classificações diagnósticas oficiais

Classificação Internacional da Atenção Básica (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
Abuso Crônico de Álcool (P15)	F10.1 a F10.9
<p>Inclui: alcoolismo, síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica, delirium tremens.</p> <p>Critérios: perturbação devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais episódios clínicos de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos.</p>	
Abuso Agudo do Álcool (P 16)	F10
<p>Inclui: embriaguez.</p> <p>Critérios: perturbação devida ao consumo de álcool que leva a intoxicações agudas, com ou sem uma história de abuso crônico.</p>	

Quadro 4 – Transtornos mentais graves e persistentes segundo as classificações diagnósticas oficiais

Classificação Internacional da Atenção Básica (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
Esquizofrenia (P)	F20 a F25, F28, F29
<p>Inclui: todos os tipos de esquizofrenia, paranoia.</p> <p>Critérios: distorções fundamentais e características do pensamento, percepção e afetos que são inadequados ou enevoados (por exemplo, pensamento-eco, inserção, retirada, percepções delirantes, vozes alucinatórias, delírios de controle), mas com perfeita consciência e sem alteração da capacidade intelectual.</p> <p>Considerar: psicose não especificada. P98</p>	

Continua


Psicose Afetiva (P73)	F30, F31, F34.0
<p>Inclui: distúrbio bipolar, hipomania, mania, depressão maníaca.</p> <p>Exclui: depressão P76.</p> <p>Critérios: distúrbio fundamental dos afetos e do humor, alternadamente excitado e deprimido (associado ou não à ansiedade). Na perturbação maníaca, a energia e a atividade estão simultaneamente estimuladas. Na doença bipolar, observam-se, pelo menos, dois períodos de perturbação do humor variando do excitado ao deprimido</p> <p>Considerar: psicose não especificada P98.</p>	




Cuidado da Pessoa que Sofre

Parte
III





6 Situações de saúde mental comuns na Atenção Básica





Os trabalhadores de Saúde da Atenção Básica (AB) sabem por experiência própria que são muitas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais da AB identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo confirmam essa impressão. Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a AB tem algum transtorno mental segundo a CID-10. Outros estudos mostram que se incluirmos também aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico (os chamados casos subclínicos) a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a AB (GOLDBERG, 1995; BUSNELLO, 1983; MARI, 1987; FORTES, 2008). Esses dados epidemiológicos fazem com que muitos autores usem a expressão transtorno mental comum para identificar as entidades clínicas pesquisadas nesses estudos.

Há ainda dois outros conjuntos de situações em que os cuidados de saúde mental na AB ganham relevo, apesar de raramente serem motivados por uma demanda do usuário. A primeira são os problemas relacionados ao uso do álcool, que são frequentes na população brasileira, atingindo cerca de um em cada dez adultos. A segunda são os chamados transtornos mentais graves e persistentes, que incluem a esquizofrenia e as psicoses afetivas (transtorno bipolar do humor). Esses são bem menos frequentes, cerca de dois em cada 100 adultos, mas trazem grande impacto na saúde global das pessoas.

Neste caderno, escolhemos tomar como ponto de partida a pessoa que sofre, e não as doenças ou transtornos. Vamos usar o conhecimento de pesquisas, usando o conceito de doença como as citadas acima, revelam sobre *quem são as pessoas que sofrem e são atendidas na AB e sobre como se expressa seu sofrimento*. Mas vamos manter nosso enfoque na pessoa que sofre. Por três razões apresentadas a seguir.

- *Pessoas que sofrem*. Em primeiro lugar porque, como já dissemos anteriormente, tomar a pessoa, e não a doença, como ponto de partida enriquece a compreensão do que a motiva a procurar ajuda e, portanto, permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e, ao mesmo tempo, dá conta da integralidade de cada pessoa. As pessoas procuram ajuda na AB porque sofrem, e não porque tem uma doença. Muitos dos que sofrem e procuram atendimento, estão de fato doentes, mas dificilmente a doença explica todo seu sofrimento. O maior desafio dos serviços de Saúde, no entanto, é cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estar doentes. São os que estão doentes sem sofrer que fazem do diabetes *mellitus*, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cardíaco e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade.

Nesse ponto, vamos lembrar que não é a doença apenas que mobiliza os cuidados dos profissionais de Saúde, mas sim pessoas que sofrem e, doentes ou não, buscam ajuda. Portanto, dizer que uma pessoa não está doente, não significa que ela não necessita de cuidado.

- *Sofrimento não é doença*. Em segundo lugar, as formas de expressão mais frequentes do sofrimento (mental) na AB não podem ser facilmente categorizadas como doenças. O que

sabemos da sua fenomenologia indica que não há definição clara do que é patológico e que essas formas são diversas e complexas demais para caberem em meia dúzia de categorias diagnósticas. Além disso, não há um único marcador biológico com utilidade clínica para essas formas de sofrimento. Por fim, toda investigação causal, seja ela biológica, psicológica ou sociológica sobre essas formas mais comuns de sofrimento mental aponta para um grande número de fatores de vulnerabilidade, que interagem de forma dinâmica ao longo da história de vida de cada pessoa, sem que nenhum deles seja determinante.

De fato, se quisermos ficar dentro do referencial médico, parece mais razoável utilizar o conceito de síndrome clínica, ou seja, um agrupamento de sinais e sintomas, que costumam se apresentar associados e seguir um determinado padrão de evolução.

- *Estigma e sofrimento.* Em terceiro lugar porque o estigma da expressão doença mental (ou mesmo o eufemismo transtorno mental) é grande e significa um sofrimento adicional para quem o carrega. Portanto, ainda que entre profissionais de saúde seja útil usar no cotidiano expressões que condensem informação, precisamos nos interrogar sobre o sentido que essas expressões carregam na comunidade.

A expressão doença mental e seus eufemismos podem induzir a pessoa, seus familiares e sua comunidade a, pelo menos, dois erros comuns.

Primeiro erro, doença mental faz pensar em causa genética, hereditária, que determina e limita as possibilidades da vida para a pessoa. Isso simplesmente não é verdade para as formas mais frequentes de sofrimento mental na AB. Não há nenhuma evidência desse grau de causalidade genética (KENDLER, 2006).

Segundo erro, associar a ideia de doença a um julgamento moral sobre a pessoa. Muitos dizem que o *deprimido*, ou o *alcoólatra*, é no fundo um fraco. Ou, no sentido inverso, é comum taxar um criminoso violento de doente mental (*esquizofrênico*, *drogado*). Isso é tão absurdo quanto dizer que todo torcedor de futebol é violento. Uma minoria, de fato, é violenta. Mas será que a violência está associada ao fato de torcer ou a um contexto mais complexo? E como saber se existe uma intensidade de torcida a partir da qual o torcedor se torna violento? Ninguém se preocupa com isso quando diz que um amigo é *torcedor doente*. É o tipo de comentário que trata com carinho a peculiaridade de uma pessoa, alguém que sai da norma, mas que nem por isso perde seu lugar na comunidade. O mesmo não acontece quando se diz que alguém é doente mental. A peculiaridade da *histerica* ou da *paniquenta*, do *bêbado* ou do *hipocondriaco* transforma-se em rótulo que afasta a pessoa de seu lugar na família, no trabalho ou mesmo na agenda do profissional de Saúde.

6.1 O que chamamos de sofrimento mental comum?

Quem trabalha ou estuda o sofrimento mental na AB sabe que tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na

forma de crises) são queixas comuns dos usuários. Com frequência, quem se queixa de uma delas, também se queixa de muitas das outras. Ou seja, são queixas que costumam estar associadas. Por outro lado, muitos desses mesmos usuários que relatam os fenômenos acima, também apresentam queixas como mudança no sono e apetite (por vezes para mais, por vezes para menos), dores (frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (GOLDBERG, 2005).

A essa altura, vocês já terão reconhecido que estamos falando aqui daquilo que conhecemos como sintomas depressivos, ansiosos e de somatização. De fato, as síndromes mais frequentes na AB são a depressiva, ansiosa e de somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica).

Ocorre que na AB, a maioria dos usuários que apresenta uma dessas três síndromes também apresenta uma ou mesmo duas das outras síndromes. Ou seja, existem mais quadros mistos do que *puros*. Mas ainda, os pesquisadores observaram que essas três síndromes também compartilham fatores de risco e tem um curso clínico semelhante (GOLDBERG, 2005). Por fim, muitas pessoas têm episódios intermitentes de intensificação dessas síndromes, alternando períodos com pouca ou nenhuma sintomatologia, com períodos de mais intensidade (que *fecham diagnóstico*) e de menos intensidade (os chamados quadros *subclínicos*) (NICE, 2011).

Por causa da intersecção dessas três síndromes e de sua evolução flutuante, podemos pensar nelas como *dimensões* diferentes do sofrimento mental comum, ao invés de considerar cada síndrome como um diagnóstico ou *categoria* em separado. Isso evita que se sobreponham *comorbidades* ou que se sucedam diagnósticos no tempo que nada mais são do que intensidades diferentes da mesma combinação de sintomas (GOLDBERG, 2000; JUDD, 1998). Aprendemos desde cedo que a ciência e a arte da clínica residem em buscar um diagnóstico que dê conta do conjunto dos sinais e dos sintomas de uma mesma pessoa no decorrer de sua evolução clínica.

Portanto, há razões suficientes para defender que as manifestações mais comuns do sofrimento mental na AB fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização).

O Quadro 2, no final desse capítulo, relaciona o sofrimento mental comum às principais categorias diagnósticas listadas na Classificação Internacional da Atenção Básica (Ciap2) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

6.1.1 Compreendendo a pessoa que sofre em seu contexto de vida

Epidemiologistas e clínicos procuram compreender, ainda que usando métodos diferentes, em que contexto se produz o sofrimento mental comum de populações, para uns, e pessoas para outros. Estudos populacionais no Brasil e no mundo identificaram uma série de características individuais que estão mais associadas a essa forma de sofrimento. Essas características interagem e se combinam com outras, ainda não identificadas, para determinar o grau de vulnerabilidade de cada pessoa a essa forma de manifestação de sofrimento. A seguir, vamos discutir os principais aspectos do contexto de vida de uma pessoa que estão associados ao sofrimento mental comum.

Vulnerabilidade: gênero, pobreza, cor da pele e desigualdade

Mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar essa forma de sofrimento do que os homens. Essa diferença está mais provavelmente relacionada à diferença de gênero (papéis sociais da mulher e do homem) do que à diferença biológica de sexo. Há também que se considerar que as diferenças de gênero influenciam não apenas a vulnerabilidade ao sofrimento como também suas formas de expressão. Isto é, podem haver formas socialmente melhores aceitas de sofrimento para cada gênero. Homens, por exemplo, têm muito mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres.

A pobreza também está relacionada a um risco mais elevado de sofrimento mental comum. No Brasil, estudos apontaram baixa escolaridade e menor renda como fatores de risco (PATEL, 2003; LORANT, 2003). A inserção das pessoas no mundo do trabalho também está relacionada ao sofrimento mental. As pesquisas mostram, como era de se esperar, que o desemprego aumenta a vulnerabilidade ao sofrimento mental. E entre os empregados, aqueles que descrevem sua inserção no trabalho como exigindo alto desempenho com pouca autonomia ou que sentem um desequilíbrio pronunciado entre esforço e reconhecimento relatam mais sofrimento do que o restante dos empregados (STANSFELD, 2006).

Uma importante pesquisa feita no Brasil mostrou ainda que a vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento mental comum é ainda maior entre as que se identificam como negras e pardas (segundo o IBGE) e entre aquelas com menor renda.

Desestabilização: eventos de vida e seus significados

Além de fatores estruturais como gênero, cor da pele, renda, escolaridade e trabalho, fatores conjunturais também aumentam o risco de sofrimento mental. É muito frequente que as pessoas relatem que algum acontecimento marcante em suas vidas tenha precedido o aparecimento do sofrimento.

Pesquisas mostraram que, na maioria das vezes, o que torna esses acontecimentos marcantes é o desencadeamento de sentimentos de humilhação ou de sentir-se sem saída. A humilhação está normalmente associada à perda de um vínculo importante (uma separação conjugal, por exemplo), um ato de delinquência vindo de alguém próximo (ter um filho preso) ou ainda a situações que são vividas como uma diminuição da pessoa diante da sua comunidade (sofrer violência doméstica, ser despejado, ter um filho que usa drogas ou largou os estudos etc.). Já a sensação de sentir-se sem saída foi relacionada a eventos que de alguma forma confirmam a impossibilidade de mudar uma situação vivida como punitiva. Por exemplo, a tentativa fracassada de mudar uma relação conjugal abusiva, um conflito mais intenso no ambiente de trabalho, quando não se tem a opção de mudar de emprego, ou, ainda, o diagnóstico ou o agravamento de uma doença crônica incapacitante ou que ameaça a vida da pessoa. Outros eventos descritos como marcantes em pesquisas envolviam a perda de uma relação significativa, como a morte de um parente próximo. E, por fim, alguns eventos foram descritos como marcantes por desencadearem sensação de medo (episódios de violência urbana) e nesse caso estavam mais associados a sentimentos de ansiedade do que de tristeza e desânimo (BROWN; HARRIS, 1978; HARRIS, 2000; BROWN, 2002).

Resiliência: temperamento e apoio social

Se for verdade que a grande maioria do sofrimento mental comum está relacionada a algum evento de vida marcante, nem todos os que passam por situações como as descritas acima sofrem a ponto de buscar ajuda no sistema de saúde. As pesquisas também mostram que traços que podem ser descritos como fazendo parte do temperamento ou personalidade de uma pessoa, somados aos fatores estruturais (gênero, pobreza etc.) já mencionados, podem combinar-se para atenuar ou intensificar, prolongar ou encurtar o sofrimento de alguém que passa por um evento de vida desestabilizador. É provável que essas características de personalidade tenham diferentes graus de determinação genética, ainda que sempre modulados por fatores ambientais, principalmente no período de desenvolvimento da criança (KENDLER; PRESCOTT, 2006).

O traço de temperamento mais mencionado está relacionado à autoestima. Autoestima elevada é um protetor do sofrimento mental comum. Já a baixa autoestima é um sentimento que pode colorir diversas situações e cuja origem é frequentemente relacionada tanto às primeiras experiências de vinculação afetivas na infância quanto à qualidade das principais relações afetivas no presente (BROWN, 2002).

Por fim, o que emerge como um importante fator protetor para o sofrimento mental é a presença e a qualidade das relações que possuímos com pessoas próximas. São pessoas que podem nos oferecer, nos momentos de crise, apoio emocional (escuta, validação dos sentimentos), apoio material (ajuda para cuidar da casa quando estou doente, emprestar dinheiro) ou apoio para buscar recursos que ajudem a resolver meus problemas (desde a indicação de onde posso buscar tratamento até uma oportunidade de emprego, informação). É a percepção de que se pode contar com esse apoio social que exerce um fator protetor, principalmente contra a persistência do sofrimento mental mais intenso (BRUGHA, 1995).

O que discutimos até agora nos mostra que o sofrimento mental comum é o resultado do impacto emocional na vida da pessoa, da sua condição social, do seu temperamento, da sua história de vida e da sua rede de apoio. Que o profissional de Saúde compreenda esse contexto para cada uma das pessoas que o procuram, é condição necessária, e às vezes suficiente, para produzir saúde.

6.1.2 Impacto do sofrimento mental comum na saúde

Há evidências sólidas que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou ainda piorando o prognóstico, pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão relacionados à doença cardíaca e cerebrovascular e também ao diabetes. E isso ocorre mesmo quando esses sintomas não são suficientes para fechar diagnóstico de acordo com critérios padronizados de pesquisa. A dependência de substâncias psicoativas também se revelou associada ao curso de doenças infecciosas, principalmente no que se refere à aderência ao tratamento. Muito significativos são os estudos que associam problemas mais

graves de saúde mental, como depressão e psicose puerperal a prejuízos na saúde dos bebês. O quadro a seguir mostra uma síntese dos resultados de diversos estudos relacionando problemas de saúde mental a problemas de saúde física.

Quadro 1 – Associação entre problemas de saúde mental e outros agravos à saúde

	T. Mental é fator de risco	T. Mental piora aderência ao tratamento	T. Mental piora prognóstico
Doenças não infecciosas			
Depressão/ansiedade e doença coronariana	4	2	3
Depressão e AVC	3	0	3
Depressão/ansiedade e diabetes	1	3	3
Doenças infecciosas			
Dependência química e HIV/aids	2	3	3
Alcoolismo e tuberculose	2	3	3
Depressão/ansiedade e tuberculose	0	3	0
Saúde materno-infantil			
Depressão puerperal e déficit no desenvolvimento do bebê	3	0	0
Psicose puerperal e mortalidade infantil	4	ND	ND
Legenda: 4= associação forte confirmada por meta-análise ou revisão sistemática; 3= associação consistente confirmada por diversos estudos; 2= associação confirmada por um estudo; 1= associação inconsistente; 0= nenhuma associação confirmada; ND= dados inexistentes			

Fonte: Adaptado a partir de Prince et al, 2007.

Esses estudos indicam a necessidade de uma abordagem integral na clínica, posto que aquilo que didaticamente dividimos em saúde mental e em saúde do corpo, na realidade das pessoas que sofrem encontra-se absolutamente inter-relacionado.

6.1.2.1 Alcoolismo: detecção e intervenção breve

O abuso de álcool é a situação mais comum que encontramos na Atenção Básica. A abordagem ao alcoolismo na Atenção Básica tem como objetivo a detecção precoce de problemas relacionados, além da integração do tratamento de outras patologias agravadas pelo álcool, como, por exemplo, a hipertensão. Recomenda-se que o generalista avalie o padrão de consumo de álcool como rotina, desde a adolescência. A pessoa dependente de hoje já percorreu uma longa trajetória de uso crescente do álcool. Ao longo dessa trajetória, essa pessoa certamente encontrará um profissional de saúde, geralmente da Atenção Básica, que terá a oportunidade de perceber o risco desse uso crescente e intervir. Neste nível de cuidado, é possível reconhecer sinais e sintomas de abuso de álcool, discutir o risco envolvido, fazer orientações contrárias ao consumo abusivo nas famílias e encaminhar os pacientes para serviços especializados quando indicado. É importante que se mostre claramente as consequências clínicas, psicológicas e sociais

do uso contínuo de álcool. Os profissionais de Saúde também devem considerar o abuso ou a dependência de álcool como uma possível causa de sintomas de ansiedade ou depressão.

Como detectar o uso abusivo de álcool? Existem alguns questionários já consagrados e de fácil uso dos quais se podem lançar mão na Atenção Básica. Um deles é conhecido como Audit. Ele é composto por dez perguntas que investigam o padrão de uso de álcool nos últimos 12 meses. Cada resposta gera uma pontuação. O valor da soma das dez pontuações indica a presença e a intensidade dos problemas relacionados ao álcool. Veja o questionário a seguir:

AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL

1. Com que frequência você toma bebidas alcóolicas?

- (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/1 <i>longneck</i> (~340ml) = 1 DOSE ou 1 garrafa = 2 DOSES
VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 DOSES ou 1 garrafa (1l) = 8 DOSES
CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: meio copo americano (60ml) = 1,5 DOSES ou 1 garrafa = mais de 20 DOSES
UÍSQUE, RUM, LICOR etc: 1 dose de dosador (40ml) = 1 DOSE

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

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

6.1.2.2 Transtornos mentais graves e persistentes: esquizofrenia e psicoses afetivas

A Atenção Básica desempenha importante papel no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros de psicose. Além disso, é importante afirmar que, mesmo os pacientes acompanhados por serviços especializados da rede de atenção psicossocial (como os Caps), devem continuar sendo acompanhados pela rede básica de Saúde, já que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, esse usuário precisa continuar sendo assistido em suas necessidades clínicas.

6.3 Diagnóstico precoce e intervenção na crise

A proximidade com os usuários e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente as famílias fazem da Atenção Básica a instância privilegiada para a suspeita diagnóstica precoce das psicoses.

Quadros psicóticos primários em jovens, principalmente a esquizofrenia, podem se iniciar com períodos de retração social e queda do rendimento escolar. Esse comportamento deve estar acompanhado de delírios ou alucinações. Lembrando que delírios são crenças, verossímeis ou não, que apesar de se basearem em evidências ambíguas, ou até mesmo bizarras, são mantidas pela pessoa com uma convicção que não é compartilhada pelos seus próximos. As alucinações, que por vezes estão na raiz dos delírios, são alterações da sensopercepção do real, vividas como reais pela pessoa. As alucinações mais frequentes são auditivas. As pessoas também podem apresentar desorganização ou infantilização do discurso e do comportamento. Esses sintomas aparecem no espaço de semanas ou poucos meses. Às vezes, a pessoa esconde os sintomas, o que exige criar uma relação de confiança e investigar em detalhes os relatos. Para confirmação ou exclusão do diagnóstico é necessário apoio de profissionais de saúde mental.

Outros quadros psicóticos combinam-se com alteração do humor. São as psicoses afetivas mencionadas na Classificação Internacional da Atenção Básica (ver a seguir). Os delírios e alucinações podem surgir em um contexto de fortes sintomas depressivos. Ou ainda do que chamamos de sintomas maníacos. A mania, nesse sentido, é um oposto da depressão. Caracteriza-se por uma sensação de bem-estar e onipotência incomuns à pessoa. Aceleração da fala, impulsividade (nos gastos de dinheiro, na sexualidade), desinibição, bom humor, dificuldade de concentrar-se e diminuição do sono são sintomas comuns e podem combinar-se entre si. Os sintomas surgem no período de semanas e, também nesse caso, é necessário recorrer ao apoio de profissionais de Saúde Mental para fechar um diagnóstico.

A maior facilidade para realizar atendimentos em domicílio e os vínculos que as equipes de Atenção Básica fazem com as famílias podem possibilitar intervenções rápidas e efetivas na crise (ver seção a seguir).

6.4 Seguimento de longo prazo e reabilitação psicossocial

Nos quadros psicóticos estáveis, mesmo em regiões com recursos suficientes, os generalistas podem compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra. Na realidade atual do SUS, é grande o número de pacientes portadores de psicoses crônicas que são acompanhados quase que exclusivamente por generalistas. O problema é que muitos se limitam ao fornecimento de medicação.

Para ir, além disso, também é necessário apoio próximo de profissionais de Saúde Mental. Um pacote mínimo de cuidado na Atenção Básica deve incluir intervenções psicoeducacionais simples e, principalmente, a intermediação de ações intersetoriais. Essas visam aumentar a capacidade das pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes de exercitarem sua cidadania. Ou seja, estudar, trabalhar, ganhar dinheiro, fazer amigos, namorar, frequentar espaços públicos, participar das decisões que influenciam em sua vida. Essas são ações que dependem de inserção no território, e é por isso que a Atenção Básica tem tanto a contribuir e aprender com o trabalho dos Caps.

Além disso, há que prover cuidado para as comorbidades clínicas frequentes nessa população, um aspecto frequentemente negligenciado. Por sofrer em razão da esquizofrenia e da reação de exclusão social em sua comunidade, muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral. Hipertensão e diabetes, por exemplo, podem inclusive ser agravados por algumas das medicações mais usadas no tratamento das psicoses.

6.5 As situações de crise na saúde mental

O alvoroço, a desorganização, a confusão, o comportamento violento são algumas das características mais facilmente associadas a situações de crise na saúde mental. O choro, o isolamento, a tristeza, a apatia, a insegurança são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito, e que o fazem merecedor da atenção daqueles que convivem com ele.

A incerteza, a ameaça, a insegurança e o medo são alguns dos sentimentos que podem fazer-se presentes nessas situações, tanto para o sujeito dito em crise quanto para os que convivem com ele, produzindo uma configuração social, marcada por severas dificuldades de comunicação e expressão entre os envolvidos, o que termina por amplificar o problema e gera uma sensação de urgência profundamente mobilizadora.

Assim, como em uma bola de neve, familiares, vizinhos, amigos, transeuntes e inclusive os profissionais que são chamados a prestar socorro nessas situações podem ser arrastados a emitirem respostas e comportamentos automáticos que nem sempre são os mais adequados para fazer face aos problemas a serem enfrentados.

Assim, o sentimento de despreparo para realizar uma intervenção que seja socialmente e tecnicamente adequada para fazer diante dessas situações não é menor no leigo, do que a que acomete os profissionais de Saúde em geral. Desse modo, a abordagem das situações que envolvem este tipo de componente psíquico-mental tende a ser inadequadamente atribuído aos especialistas em detrimento das múltiplas possibilidades que todo profissional de Saúde tem para operar satisfatoriamente nestas condições.

6.5.1 O que é crise afinal?

A palavra crise vem do grego *krisis*, que significava, na sua origem, momento de decisão, de mudança súbita; separar, decidir, julgar. Na história da Medicina, segundo antigas concepções, constituía um momento decisivo para evolução de uma doença para cura ou para morte. Para os chineses significa, ao mesmo tempo, risco e oportunidade.

No caso das crises psíquicas, o desarranjo, o desespero, as vozes, visões ou a eclosão psicótica expressam também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e comunitário. Em saúde mental os sintomas não necessariamente devem ser suprimidos, muitas vezes eles devem ser acolhidos e *suportados* – considerando aqui ofertas de suporte adequadas.

As crises psíquicas são *suportadas*, muitas vezes, por igrejas, terreiros e outras formas culturais. Somente parte delas é tratada pela Psiquiatria. Muitos atores podem ser acolhedores de pessoas em crise: médicos de família, agentes de Saúde, enfermeiros, vizinhos ou outros.

É preciso ampliar conceitos e superar o olhar apenas episódico garantindo um cuidado continuado. A crise faz parte do cotidiano dos sujeitos que estão constantemente lidando com momentos que geram desorganização em sua vida.

O que fazer?

A sensação de não ser capaz de se aproximar de uma pessoa em situação de crise é bastante comum tanto no profissional de Saúde quanto na população em geral. Tal convicção deve-se em parte aos séculos de isolamento e exclusão ao quais vem sendo submetidas pessoas que vivenciam a experiência da loucura. Um elemento a ser considerado na superação desta aparente limitação é o reconhecimento, por parte do profissional, do intenso sofrimento vivenciado pelo usuário. Também é importante a constatação de que a crise é inerente à existência humana, constituinte do processo do viver, presença marcante nas diferentes formas de viver a vida.

Consideraremos as *situações de crise* como fenômenos essencialmente relacionais, como conflito ou quebra de consenso entre um sujeito e outro sujeito, mesmo que em algumas situações este outro pareça ser ele mesmo. Portanto, trata-se de situações cuja questão central é como restabelecer uma relação consensual e contratual, com responsabilidades compartilhadas entre as partes.

Muitas vezes, nestas situações, desde o lugar do profissional, a grande tentação é assumir o lugar de *juiz* da contenda, buscando estabelecer o certo e o errado, o que invariavelmente leva a tomar a causa de uma das partes ou, no limite tornar-se uma terceira parte na contenda. Ao invés disso, entendemos que o papel do profissional deve ser o de *mediar* as partes e buscar reestabelecer um consenso entre as mesmas.

Discutir crise requer considerar vários elementos que perpassam pelas dimensões da clínica, da cultura, das histórias singulares dos sujeitos e dos recursos disponíveis no seu contexto familiar e social. A atenção à crise está associada prioritariamente à oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas.

Contudo, alguns pressupostos devem ser considerados como norteadores para fundamentar a organização da rede na perspectiva de acolher, abordar e cuidar de pessoas em situação de crise no território:

- Evitar a internação psiquiátrica e sustentar o usuário no seu contexto de vida com o apoio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- Potencializar e qualificar todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial para desenvolver intervenção nas situações de urgência/ emergência e no cuidado longitudinal.
- A exclusão de hospital psiquiátrico do circuito assistencial, anulando a oferta de leitos e a valorização da existência de serviços de urgência e emergência psiquiátrica nesta instituição.
- A internação precisa ser considerada como último recurso e quando necessária, como instrumento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não como resposta a uma situação específica. Devendo também, quando necessário, ser realizada prioritariamente nos Caps, com a lógica do acolhimento integral, e nos hospitais gerais de forma articulada com a rede.

É de suma importância lembrar que ao acolher uma pessoa em situação limite deve-se ter em mente que a crise não deve ser compreendida como *condição pessoal*, localizada no interior da pessoa que a manifesta, mas ela é produzida nas relações e contextos de vida do usuário. É fundamental a compreensão da crise como um fenômeno constituído *entre* os sujeitos, costumeiramente em cenários de conflitos exacerbados, ruptura de consensos, esgarçamento das relações e busca ineficaz de comunicação.

Diante disto, a intervenção terapêutica deve dirigir-se não somente para o usuário, mas também para a produção de *consensos possíveis* entre as partes envolvidas, a partir do reconhecimento de interesses singulares. O profissional deve investir na *mediação* entre o usuário e seu conjunto de relações, visando à inclusão, à legitimação e à corresponsabilização dos envolvidos na produção de novas pactuações, ainda que provisórias. *Reinstaurar o diálogo*, coloca-se simultaneamente como objetivo e ação terapêutica.

Entre as pactuações a serem produzidas devem constar as ações a serem desenvolvidas no processo de cuidado. A comunicação com o usuário deve ser verdadeira e exercida o mais claramente possível, assim como devem ser explicitadas as propostas de intervenção. Medidas involuntárias devem ser utilizadas tão somente como excepcionalidade, depois de esgotadas todas as tentativas de diálogo, e em situações pontuais.

É fundamental ainda que o profissional possa contribuir para favorecer a distinção entre a *identidade* e a *atitude* do usuário. Uma atitude supostamente agressiva, por exemplo, não coloca necessariamente o seu autor como agressivo em seu conjunto de relações. Deve-se buscar compreender motivações, tensões, enfim, as condições nas quais a ação do usuário se desenvolveu, contextualizando as ações.

Não é incomum que comportamentos *estranhos* tantas vezes presentes em situações limites sejam aceitos como inerentes à crise sem que possíveis significados lhe sejam atribuídos. Ações e expressões do usuário não devem ser interpretadas tão somente como manifestação natural da crise, sem significado singular. Cabe ao profissional apoiar os envolvidos na produção de possíveis sentidos com os quais se deve buscar dialogar, permitindo diferentes possibilidades de ser e estar no mundo.

Não há local específico e unicamente responsável por acolher às situações de crise. A abordagem às situações de crise deve acontecer no local onde se encontra o usuário, ou seja, em seu circuito de vida ou de cuidado: casa, rua, UBS, Caps, pronto-socorro etc., não sendo de exclusividade do profissional médico ou mesmo do profissional de Saúde.

Manifestar disponibilidade de escuta, negociar processualmente a aproximação são posturas fundamentais para a busca de encontro com o usuário. Para que haja reciprocidade nas relações é necessário que haja compartilhamento de poder. Historicamente a pessoa em situação de crise tem seu poder de decisão cerceado, seja pela experiência de sofrimento psíquico, seja pelas pessoas e instituições ao seu redor. Nesse sentido, qualquer tentativa de aproximação deve buscar, a cada momento, a anuência do usuário.

6.6 Especificidades do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na Atenção Básica

Não é raro mães, pais, avós ou cuidadores trazerem crianças e adolescentes aos serviços de Saúde, especialmente aos da Atenção Básica, com queixas que podem estar relacionadas a questões de saúde mental: 'não obedecem em casa e/ou na escola', 'são muito inibidas', 'não falam', 'agem de maneira inadequada', entre várias outras situações onde o comportamento da criança ou do adolescente é apontado como o foco do problema a ser tratado.

Há também demandas originadas pelas escolas, que acabam por levar os pais/responsáveis aos serviços de Saúde: "vim aqui porque a escola falou que este menino precisa de atendimento psicológico ou de tomar um remédio para os nervos", "a professora disse que só fica com ele se tiver um laudo", e assim por diante. Essas demandas na grande maioria das vezes eram (e ainda são) encaminhadas para um neurologista infantil. Grande parte dessas crianças acaba por realizar exames de eletroencefalograma, sendo que apenas em uma desprezível minoria dar-se-á o achado de ondas indicadoras de algumas formas de epilepsia. A grande maioria não apresenta alterações, ou aponta resultados *anormais inespecíficos*. Os pais/responsáveis retornam, então, aos

serviços de Saúde pedindo uma nova resposta ou outra solução, pois o “exame deu normal, mas o menino ainda não para quieto”.

Diante das queixas trazidas por pais ou escolas, da complexidade envolvida no esclarecimento de situações que podem afetar crianças e adolescentes e fazê-los manifestar sofrimento por meio de formas diversas, da inoperância de recursos tecnológicos em elucidar problemas de saúde mental (por exemplo, o eletroencefalograma ou a tomografia computadorizada praticamente não têm valor elucidativo no que se refere ao comportamento ou ao sofrimento de uma pessoa), e dos mitos e crenças que são transmitidos geração após geração é que vamos apontar alguns princípios e reflexões sobre diferentes maneiras de cuidar de crianças, adolescentes e de suas famílias quando problemas comportamentais são motivos de busca por serviços de saúde, via Atenção Básica (AB).

6.6.1 Para iniciar a conversa

É recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser tratados e cuidados. Em função disso, tem havido esforços no sentido de ampliar o conhecimento sobre tais problemas e sobre suas diversas formas de manifestação, assim como tem sido consenso a necessidade de ser construída uma rede de serviços e de ações, capazes de responder pela complexidade de questões envolvidas na saúde mental infantil e juvenil.

Ao contrário da crença popular, estudos epidemiológicos apontam que problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são comuns: atingem cerca de 10% a 20% deles, dependendo da metodologia utilizada para estimar a prevalência (OMS, 2001). No Brasil, estudos recentes apontam uma taxa de prevalência entre 10,8% e 12,7% (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; ANSELMINI et al., 2009). Em relação aos tipos de problemas encontrados, verificou-se que os mais comuns são ansiedade (5,2% – 6,2%), problemas de conduta/comportamento (4,4% – 7,0%), hiperatividade (1,5% – 2,7%) e depressão (1,0% – 1,6%). Autismo e problemas correlatos apresentam taxa de prevalência abaixo de 1%. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apontaram que 71,4% dos alunos já havia experimentado bebida alcoólica, sendo que 27,3% referiram consumo regular de álcool e 9,0% problemas com uso de álcool; 8,7% informaram experimentação de outras drogas.

Muitos estudiosos e profissionais da Saúde pública têm utilizado prioritariamente, no caso da saúde mental infantil e juvenil, a noção de ‘problemas de saúde mental’ no lugar da de ‘transtornos mentais’. As classificações atuais (CID X e DSM IV), ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências (culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil) que contam para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas na população em questão.

Os estudos epidemiológicos também demonstram haver impactos negativos, advindos de problemas não tratados ou cuidados, na sociabilidade e na escolaridade, que tendem a persistir

ao longo dos anos. A maioria dessas crianças e adolescentes não recebem cuidados adequados, ou mesmo não tem acesso a qualquer serviço ou ação de saúde compatível com suas necessidades. A Atenção Básica tem uma importante função na ampliação do acesso e na redução de estigmas e preconceitos, podendo ser efetiva no manejo de muitas situações, mesmo naquelas que exigem parceria com serviços específicos de saúde mental.

Para que possa ser resolutiva e contribuir para a melhoria do cuidado, a AB necessita aumentar sua acuidade para as diferentes e inventivas formas de expressão dos problemas que as crianças e jovens apresentam, e para oferta de suporte a eles e suas famílias. As dificuldades dos profissionais da AB na identificação de problemas em saúde mental nessa população envolvem diferentes aspectos, sendo mais comum a identificação de problemas com componentes somáticos (enurese, encoprese, bruxismo etc.), ou de transtornos específicos do desenvolvimento (aprendizagem e linguagem). Depressão e ansiedade são raramente, ou nunca, aventadas para a infância e adolescência; e a hipótese de transtorno de conduta geralmente é feita de modo bastante genérico e, muitas vezes, resultado apenas de valores morais ou normativos (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006). Essas dificuldades estão relacionadas, em grande medida, ao caráter recente do reconhecimento de que na infância e na adolescência há possibilidade de emergência de sofrimento psíquico, que requererá acolhimento e cuidado.

6.6.2 Valores e princípios do atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes

Apenas no início do século XXI, o Estado brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu responsabilidades e diretrizes para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Anteriormente, esta responsabilidade ficava a cargo de entidades filantrópicas e educacionais que, mesmo não vocacionadas para este atendimento, recobriam o hiato aberto pela ausência de proposições políticas e de diretrizes públicas para a orientação do cuidado (COUTO, 2004).

Desde 2002, entretanto, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo recursos e dispendo orientações para superar essa lacuna histórica de assistência às crianças e adolescentes por parte da saúde mental. Em 2005, estabeleceu orientações para efetivação da política pública de saúde mental infantil e juvenil (BRASIL, 2005), que vem impactando positivamente a construção da rede de serviços para esta população. As diretrizes atuais da saúde mental estão alinhadas com os princípios estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – que afirmam a criança e o adolescente como sujeitos de direito; com as bases éticas do Movimento da Reforma Psiquiátrica – que defende o direito à inclusão social da pessoa com transtorno mental; e também com as deliberações da III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas respectivamente em 2001 e 2010 – que propõem a montagem de um sistema intersetorial e abrangente diante da complexidade de demandas que envolvem a saúde mental dessa população, nomeado *Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental*.

Do ponto de vista da saúde mental, cada criança e adolescente é um sujeito singular e deve ser abordado a partir dessa condição. Isso significa dizer que cada um tem sua própria história,

seu jeito de ser, seu modo de aprender as experiências por que passa, suas questões subjetivas, familiares e sociais, suas dificuldades, e suas tentativas de solução. Mesmo que tenham diagnósticos semelhantes, são pessoas únicas, que vivem sob dinâmicas familiares também próprias e, como tais, devem ser tratadas e respeitadas.

6.6.2.1 Como cuidar da saúde mental de crianças e adolescentes segundo estes princípios?

105

Primeiramente é importante lembrar o princípio do SUS de *acesso e acolhimento universal*, direito de todo cidadão. Mais do que oferta de serviços, o acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que vive. É um momento privilegiado para o estabelecimento de vínculos, para a escuta respeitosa das questões que preocupam a família, para escuta do que a própria criança ou adolescente tem a dizer ou transmitir, assim como é uma oportunidade imprescindível para o recolhimento dos pontos relevantes que poderão orientar o trabalho a ser feito e a resposta a ser dada.

Como algumas situações demandarão o encaminhamento para outros serviços, um destaque especial é dado à orientação de que este encaminhamento não se reduza a um procedimento burocrático de encaminhamento (tão comum nos modelos tradicionais de assistência, quando era feito por intermédio de um papel de referência e contrarreferência). A orientação atual é a de um *encaminhamento implicado*, em que aquele que encaminha se corresponsabiliza e participa ativamente de todo o processo de chegada do caso a seu novo destino. Mesmo depois disso, permanece atento e ativo no acompanhamento da situação. Para enfrentar a sobrecarga que poderia advir, caso todo esse trabalho fosse feito sem uma lógica planejada e pactuada, a noção de *rede* é o diferencial, mesmo sem suprimir a sobrecarga derivada da coordenação do cuidado em rede. Isso quer dizer que, de maneira corresponsável, cada um dos serviços, trabalhadores e demais envolvidos operam em parceria, discutem e pactuam as direções a seguir, avaliam os efeitos das estratégias e, desta forma, constroem uma rede de suporte para cada situação ou caso específico. Nada disso seria possível sem a noção de *território*, fundamento preciosíssimo para a saúde mental e para a AB. Mais do que uma população adscrita (esta é necessária para possibilitar o real conhecimento dos casos a serem cobertos), a ideia de *território* tem relação com as geografias subjetivas, culturais, afetivas que cada sujeito, criança ou não, desenha para si. O *território* é o lugar psicossocial do sujeito, a partir do qual seu cuidado ganha sentido e relevância. Fora dele, o ato do cuidado é pura imposição e, frequentemente, gera fracasso e abandono. Particularmente com crianças e adolescentes, é comum que diferentes instituições e setores públicos estejam envolvidos na sua história, a começar pela família. Dessa forma, a *intersectorialidade* é um princípio ainda mais importante do trabalho em saúde mental com essas crianças e jovens, e deve orientar parcerias permanentes com todos os implicados, especialmente com a educação, a assistência social, a justiça e os direitos – setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes brasileiras.

O que está em ação aí é a noção de uma *rede pública ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes*, onde vários setores, instituições, profissionais, meninos, meninas, jovens

e comunidades se corresponsabilizam em nome da construção de uma vida menos atormentada para cada um, segundo as possibilidades que lhes são próprias.

6.6.3 Rede Ampliada de Atenção à Saúde Mental e o papel da Atenção Básica

As crianças e adolescentes frequentam com assiduidade as Unidades Básicas de Saúde (UBS) por vários motivos e estes momentos de contato representam oportunidades importantes para acolhimento, observação e aconselhamento das famílias, mesmo quando a queixa não é explicitamente relacionada com a saúde mental.

A interface da AB com as escolas do território também possibilita a implementação de ações de promoção da saúde mental e prevenção de problemas nesta área. Em muitas situações, a unidade de saúde se limita a referendar o *encaminhamento* da escola para um especialista. É fundamental, no entanto, que a equipe invista em uma mudança de paradigma: as escolas devem ser vistas também como pontos de saúde ampliados, onde são possíveis desde ações de promoção e prevenção, até mesmo intervenções em situações de gravidade. O território detém muitos recursos valiosos que podem ser disponibilizados e arranjados para compor projetos terapêuticos efetivos. Os setores da educação, assistência social e justiça, além da saúde em geral, e da saúde mental em particular, devem se implicar na busca de processos de trabalhos mais coletivos em prol de resultados melhores e mais justos voltados para a melhoria da saúde mental dessas crianças e adolescentes. Muitas vezes o compartilhamento de um caso concreto, de uma menina ou menino real em situação complexa que extrapola setores compartimentalizados, pode desencadear ações efetivas, potencializadas pelas contribuições e tomadas de responsabilidade dos vários atores/setores envolvidos (COUTO; DELGADO, 2010).

6.6.4 Fatores de risco e proteção

A ocorrência da maioria dos problemas de saúde mental é determinada por um conjunto de fatores. O impacto de cada fator varia de problema para problema, e de criança para criança. Existem fatores que estão fortemente associados com o desenvolvimento dos transtornos mentais, e outros que têm efeitos protetores. Tradicionalmente há três principais domínios que merecem consideração: social, psicológico e biológico. É importante ressaltar que, na prática, os fatores não se apresentam de forma isolada, mas interação de forma dinâmica. De forma geral, entende-se que a somatória de vários fatores de risco é mais importante para o desencadeamento dos transtornos do que um fator isolado.

O conhecimento desses fatores, tanto os de risco como os de proteção, permite o desenvolvimento de estratégias e ações de prevenção e tratamento dos problemas de saúde mental.

Quadro 2 – Fatores de risco e de proteção selecionados para saúde mental de crianças e adolescentes

Domínio		Fatores de risco	Fatores protetores
Social	a) Família	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidado parental inconsistente; – Discórdia familiar excessiva; – Morte ou ausência abrupta de membro da família; – Pais ou cuidadores com transtorno mental; – Violência doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Vínculos familiares fortes; – Oportunidades para envolvimento positivo na família.
	b) Escola	<ul style="list-style-type: none"> – Atraso escolar; – Falência das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado; – Provisão inadequada-inapropriada do que cabe ao mandato escolar; – Violência no ambiente escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> – Oportunidades de envolvimento na vida da escola; – Reforço positivo para conquistas acadêmicas Identificação com a cultura da escola
	c) Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> – Redes de sociabilidade frágeis; – Discriminação e marginalização; – Exposição à violência; – Falta de senso de pertencimento; – Condições socioeconômicas desfavoráveis. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ligação forte com a comunidade; – Oportunidade para uso construtivo do lazer; – Experiências culturais positivas; – Gratificação por envolvimento na comunidade.
Domínio Psicológico		<ul style="list-style-type: none"> – Temperamento difícil; – Dificuldades significativas de aprendizagem; – Abuso sexual, físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> – Habilidade de aprender com a experiência; – Boa autoestima; – Habilidades sociais; – Capacidade para resolver problemas.
Domínio Biológico		<ul style="list-style-type: none"> – Anormalidades cromossômicas; – Exposição a substâncias tóxicas na gestação; – Trauma craniano; – Hipóxia ou outras complicações ao nascimento; – Doenças crônicas, em especial neurológicas e metabólicas; – Efeitos colaterais de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento físico apropriado à idade; – Boa saúde física; – Bom funcionamento intelectual.

Fonte: Adaptado de *Child and adolescent mental policies and plans*. WHO, 2005.

Em relação aos fatores biológicos, é importante lembrar que, sobretudo nas crianças menores, é muito comum a busca por uma *resposta* para o problema trazido. Se a equipe de AB trabalhar dentro de uma lógica tradicional, pode haver uma sobrevalorização desses fatores, com o risco de se colocar a família em um circuito que envolve uma demorada sequência de exames complementares na ilusão de que deles emane uma explicação: eletroencefalogramas, tomografias e ressonâncias, cariotipagens, dosagens séricas etc., que terão valor de orientar a terapêutica em uma porcentagem mínima de casos. Esse circuito de exames pode, por vezes, retardar em preciosos meses ou anos as intervenções em Saúde Mental, e fazer com que se tornem permanentes prejuízos sociais e de linguagem que poderiam ser alvo de cuidado em tempo hábil. Uma discussão cuidadosa do caso com a equipe de supervisão ou de matriciamento (quando disponível) pode ajudar a equipe da AB a olhar de uma maneira integrada para a interação dinâmica entre os fatores.

6.6.5 Diretrizes gerais para a identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes

- Crianças não são adultos em miniatura. São sujeitos ativos (têm subjetividades próprias), pessoas em desenvolvimento, o que implica no conhecimento de suas formas de ser, sua história, dinâmica familiar, as características de cada ciclo de vida, que serão de grande importância para a avaliação e a proposição de projetos de cuidados ou terapêuticos.
- Crianças, em especial, e os adolescentes geralmente não demandam por si próprios os cuidados em saúde mental. São trazidos pelos pais ou adultos responsáveis, ou por instituições dos diferentes setores: escolas, abrigos, conselho tutelar etc. O conhecimento, as crenças e as atitudes dos pais, ou dos profissionais/setores demandantes, são fundamentais no processo de identificação de problemas. Pais/responsáveis têm que reconhecer as dificuldades dos filhos e acreditar que há necessidade de cuidados, e que os serviços de Saúde podem ajudá-los. A desvalorização e o estigma em relação aos problemas de saúde mental, em especial em crianças (“é coisa da idade”, “com o tempo passa” ou “meu filho não é louco”), são as principais razões para os pais não procurarem ajuda. Muitas vezes, faz toda a diferença investir em um trabalho preliminar com os pais antes de atender a criança, pois questões específicas relacionadas ao casal podem estar se materializando como sintomas no filho.
- Conhecer bem as famílias, suas dinâmicas e formas de relacionamento entre seus membros pode ajudar a detecção precoce dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes. Atenção particular deve ser dada às famílias expostas a situações de risco, como violência em qualquer de suas formas, e pais ou cuidadores com transtornos mentais. Propor ações para fortalecer fatores protetores e desenvolver a resiliência também deve fazer parte do cuidado com as famílias.
- O objetivo da avaliação inicial é formular hipóteses sobre o que está acontecendo com a criança ou o adolescente e sua família, e delinear as primeiras intervenções. É importante

ter cautela neste momento para que a hipótese diagnóstica não se resuma ao *nome da doença* ou ocupe o centro das intervenções. Algumas ações, baseadas em evidências, podem focar a doença em vez da pessoa e substituir uma escuta atenciosa por uma psicoeducação prescritiva. O trabalho de organizar e monitorar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve incluir diferentes dimensões do diagnóstico e deve pensá-las de maneira integrada e dinâmica.

- A avaliação deve ser ampla e integral, compreendendo a criança ou adolescente, a família (a mãe e o pai, sempre que possível), a escola e a comunidade. Utilizar ferramentas como genograma e ecomapa pode contribuir para a melhoria da compreensão do contexto. Também faz parte desta etapa identificar os vários recursos do território que possam integrar tanto a abordagem inicial como também a elaboração e execução do PTS.
- Não deve ser menosprezada a importância de conversar diretamente com a criança, por menor que ela seja, pois ela sempre tem o que dizer. Essa atitude de *escuta* por parte de um adulto interessado pode ser determinante para sua possibilidade de dizer o que sente e de superar impasses. A criança deve ser compreendida em sua situação de sujeito, que pode falar de si e de seu sofrimento. Não deve ser tratada como aquele a quem devemos formatar e educar (no seu sentido restrito) para um futuro distante, dentro de padrões preestabelecidos e nem sempre culturalmente pertinentes.

Outro ponto importante que pode ajudar os profissionais durante a avaliação de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental é ter disponível um roteiro orientador da avaliação, de forma a contemplar os diferentes aspectos do problema. Os principais passos para a avaliação são:

- Identificar os principais grupos de problemas, lembrando que, na maior parte dos casos, a mesma criança ou adolescente pode apresentar problemas em diferentes grupos ao mesmo tempo:
 - Sintomas emocionais (ansiedades, medos, tristezas, alterações de apetite e sono);
 - Problemas de conduta (agressividade, comportamento antissocial, agitação);
 - Atrasos do desenvolvimento;
 - Dificuldades de relacionamento;
 - Uso de drogas.
 - Avaliar o impacto (angústia, estresse ou prejuízo funcional) que os sintomas causam na vida da criança ou adolescente e da família.
 - Identificar os fatores que desencadearam e mantiveram o problema.
 - Identificar os pontos fortes da criança que possam ancorar e auxiliar as intervenções.
 - Conhecer as crenças e expectativas que a criança/adolescente e a família têm em relação aos problemas, suas causas e possibilidades de tratamento.

- Conhecer o contexto de vida (família, escola e comunidade) da criança ou adolescente.

Vale ainda salientar que nem sempre as queixas relacionadas aos problemas de saúde mental das crianças e dos adolescentes chegam de forma explícita aos profissionais das UBS ou das ESF. Muitos pais não acreditam que os profissionais de saúde possam ajudá-los a cuidar desse tipo de queixa. É importante estar atento aos problemas, fazer as perguntas certas e ser um ouvinte atento e acolhedor.

Os profissionais da AB devem conhecer a linha de cuidado em saúde mental planejada para seu território, isto é, devem saber de antemão a que profissionais podem recorrer para discutir os casos mais complexos (sejam eles do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad), equipes especializadas em saúde mental lotadas em UBS, ou outros serviços de Saúde).

Já na primeira avaliação é importante identificar a presença de sintomas mais graves. Nesses casos haverá necessidade de discussão imediata do caso com profissionais de saúde mental. Em caso de emergência, considerar encaminhamento a um Caps, Capsi ou outras unidades de acolhimento de crise do território. Mesmo nessas situações agudas, de crise, a equipe da AB deve manter o acompanhamento e a corresponsabilização pelo caso. São considerados sintomas graves:

- **Destrutividade persistente e/ou deliberada;**
- **Autoagressividade importante;**
- **Desinibição social excessiva;**
- **Isolamento e retração importantes e persistentes;**
- **Alucinações.** Vale aqui uma importante observação: a simples existência de uma experiência “irreal” não caracteriza uma alucinação de origem psicótica. É importante escutar um pouco mais este tipo de queixa. As alucinações psicóticas geralmente são auditivas, em terceira pessoa e comentam atos da pessoa (por exemplo, alguns pacientes relatam ouvir: “olha lá aquele babaca, tá de novo com medo...”). São geralmente muito assustadoras e têm pouca relação com os acontecimentos recentes). É importante diferenciá-las das ilusões (quando um objeto real é confundido com outro objeto) – a criança antes de dormir olha para uma caixa em cima do armário e pensa que é uma pessoa – ou das *pseudoalucinações*, quando estas fazem algum sentido – por exemplo, o menino que perdeu a avó há alguns meses passa a vê-la na janela e até a conversar com ela, o que parece ser parte de um processo de luto.
- **Tentativas de suicídio.** Vale a pena investigar se há tentativas prévias recentes. Este é o maior indicador de risco. Por outro lado, há certas tentativas que são *tropeços*, *descuidos* e o adolescente consegue se dar conta disso e vai relutar em procurar um serviço de Saúde Mental, correndo o risco de não receber escuta alguma. Procure escutá-lo sem preconceitos,

convide-o a tentarem compreender juntos o sentido daquela tentativa e os desdobramentos. Nunca desqualifique o problema.

- **Uso abusivo agudo de drogas.** O uso de maconha deve ser visto, em algumas ocasiões, não como uma transgressão, mas como uma busca de remédio para sintomas de angústia ou ansiedade comuns na adolescência, ou mesmo como elemento de pertencimento a algum grupo. É fundamental nesta hora colocar valores pessoais de lado e escutar o adolescente, conectar-se com sua experiência e o sentido do uso na vida dele. Nas UBS localizadas nas áreas de maior vulnerabilidade, as equipes serão parceiras irrevogáveis das equipes dos Consultórios na Rua. São situações graves e que demandam uma cooperação entre diferentes serviços no sentido de superar o estigma ou o prejulgamento e oferecer cuidado em saúde em situações bastante adversas. É fundamental romper com o automatismo dos encaminhamentos desimplicados para internação, seja em hospital ou, para alguma comunidade terapêutica. As internações podem ser, sim, necessárias, mas dentro de um projeto terapêutico que inclua intervenções sustentadas com as famílias e com o próprio adolescente;

Outro aspecto importante da avaliação é o diagnóstico diferencial com problemas orgânicos de saúde. A avaliação ampliada da saúde física e do desenvolvimento, incluindo visão, audição, cognição, linguagem e aspectos psicossociais contribuem para clarear as hipóteses diagnósticas. Lembrar que alguns medicamentos de uso crônico podem ter como efeitos colaterais sintomas psíquicos.

Por fim, nunca é demais destacar a importância de identificar os aspectos positivos relacionados com a criança e com o adolescente. Sempre se permita lançar o desafio a um pai ou mãe para que mencione mais de cinco qualidades do filho ou filha. Uma avaliação ampliada deve compreender a criança e o adolescente de forma integral e ressaltar as áreas de resistência (força) e a capacidade de recuperação (resiliência) e não apenas a patologia. É a identificação desses pontos fortes que vai possibilitar a construção de forma significativa do vínculo com o profissional de Saúde, e ser o método mais útil para delinear o projeto terapêutico.

6.6.6 Diretrizes gerais das intervenções em saúde mental de crianças e adolescentes

As ações a serem desenvolvidas pelas equipes da AB devem conformar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada criança ou adolescente, elaborado a partir da discussão em equipe multiprofissional e contextualizado na realidade de vida da criança ou adolescente e sua família. Sempre que necessário este projeto deve ser discutido com equipes de apoio, como os Nasf, Caps ou Capsi.

É importante que um profissional da equipe da AB atue como profissional de referência para cada criança ou adolescente acompanhado na comunidade. O profissional de referência precisa conhecer com detalhes a situação da criança e sua família, escapar da armadilha do julgamento moral ou comportamental, e deve estabelecer um vínculo forte para potencializar um acompanhamento efetivo.

O manejo adequado dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes necessita, em boa parte dos casos, de uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: intervenções psicossociais, suporte psicológico e medicação. Os projetos terapêuticos devem contemplar essas três dimensões, sendo que o protagonismo de uma delas deve estar na dependência da avaliação realizada, incluindo o contexto de vida da criança e a da família. De preferência devem ser utilizadas intervenções psicossociais, desenvolvidas tanto dentro das UBS, como na comunidade e, neste ponto, as equipes de Atenção Básica são fundamentais. O uso da medicação deve ser criterioso, e nunca deve ser feito de forma isolada com relação às demais modalidades de cuidado.

O comprometimento da família ou responsáveis com o cuidado a ser desenvolvido é de fundamental importância. Orientações sobre o desenvolvimento, os diálogos sobre as principais dificuldades e a escuta qualificada das questões que a família coloca são fundamentais. A conversa com a família deve prezar pela clareza, com uso de linguagem acessível ao entendimento de todos.

A equipe da AB deve conhecer em detalhes as possibilidades que o território propicia para elaborar o projeto terapêutico. Atividades de lazer e cultura, escolas, centros esportivos e outros possibilitam a inserção de crianças e adolescentes na vida concreta de seu território, contribuem para suas experiências de pertencimento, ampliam espaços de conversação – tão necessários para a saúde mental – e potencializam o bem viver. Lembrar-se dos pontos positivos identificados na avaliação e utilizá-los para compor as intervenções são posições e estratégias decisivas para efetividade do trabalho.

Nesse contexto, o trabalho em conjunto com a escola, onde todas as crianças e adolescentes devem estar, assume papel protagonista nas intervenções a serem propostas e realizadas pela AB. Em casos mais complexos, a assistência social e a justiça devem ser envolvidas na busca de propostas de cuidado ampliadas e efetivas.

Os profissionais da AB estão em posição privilegiada para identificar e acolher questões relativas ao sofrimento psíquico e instituir ações de assistência para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. A preocupação com este aspecto do cuidado deve estar presente em todas as ações desenvolvidas por estes profissionais que, para tanto, devem desenvolver competências que lhes permitam atingir este objetivo. A existência de uma equipe de saúde mental de referência (apoio matricial do Nasf, Caps ou Capsi), e a identificação dos parceiros intersetoriais nos territórios, são passos importantes para a efetiva implantação de ações especiais de cuidado a criança e ao adolescente na AB.

6.6.7 Cenas cotidianas de um trabalho em parceria

Caso Ana:

A adolescente Ana, de 15 anos de idade, chega à Unidade Básica de Saúde sozinha, andando, visivelmente angustiada. Diz estar com muita dor na barriga. A profissional que a recebe avalia

que ela pode ficar na fila. Depois de 35 minutos esperando, Ana volta à recepção e diz que a dor está aumentando, mas é reconduzida a esperar a sua vez na fila. Passados outros 15 minutos, Ana cai no chão e é levada para o atendimento, em coma, por ter ingerido veneno para interromper uma gravidez indesejada.

Passada a fase aguda de cuidados (Ana passou o final da manhã no pronto atendimento da cidade, retornando no meio da tarde acompanhada do pai da criança para realizar a consulta de pré-natal que fora agendada de urgência após o ocorrido), e estando a jovem fora de risco de morte, a equipe de Saúde Mental Infantil e Juvenil foi chamada para discutir o caso com a equipe de Saúde da Família (a cidade não tem porte populacional que justifique a montagem de um Capsi, porém uma parte da equipe do único Caps da cidade atende crianças e adolescentes).

Durante a reunião, uma agente comunitária de Saúde (ACS) diz conhecer a adolescente e relata que Ana vinha ameaçando fazer isso desde que o pastor da igreja mandou *indiretas* em um dia em que o culto estava bastante cheio, e havia sugerido que ela procurasse outra igreja.

O vínculo de Ana com a ACS havia se dado por meio da música. Aprenderam juntas a tocar violão em uma Organização não Governamental (ONG) do bairro em que há um educador físico que sempre as ajudava nas horas difíceis. A sede dessa ONG já havia sido assaltada três vezes pelo irmão de Ana, na época usuário pesado de *crack*, o que precipitou a saída dela das aulas de violão, por vergonha.

Ana e o irmão foram criados pela avó paterna, hoje com 72 anos, diabética, frequentadora regular das atividades da Unidade Básica de Saúde (UBS). O pai, caminhoneiro, passa um dia por semana em casa. Ele sustenta Ana e o irmão, mas tem outra família em uma cidade distante. A mãe abandonou os dois filhos ainda muito pequenos, por motivo desconhecido. O pai do bebê de Ana tem 18 anos, é aluno do curso técnico de informática, trabalha à noite em uma lanchonete perto da unidade de Saúde, e vem de uma família com um pouco mais de recursos, que tem dado apoio ao casal.

A equipe de Saúde Mental e a de Atenção Básica, depois de discutirem o caso a partir dos elementos da história de que dispunham, concordam que os pontos-chave a serem considerados para o acompanhamento da situação naquele momento são:

- Principais fatores de risco do caso.
- Potenciais fatores de proteção, que podem ser reconhecidos e acionados.
- Figuras de suporte e referência já existentes.
- Dispositivos da rede de cuidados que podem ser contatados.
- Plano sucinto de intervenção de curto e de médio prazos.

Depois de listar, como um exercício, os pontos anteriores, tente destacar com base no que se aprendeu até agora:

- Quais *armadilhas* devem ser evitadas para que Ana possa receber e procurar cuidado em saúde?

Caso João:

114

João, de 2 anos, é trazido pela mãe, Maristela, para um “encaixe”, pois havia sofrido um acidente doméstico: queimou a ponta dos dedos ao encostar-se a uma panela quente. A criança chorou bastante durante o início da consulta, mas acalmou-se sozinha e permaneceu em um canto, sem estabelecer contato algum com quem quer que fosse. Curiosamente não parecia assustada ou intimidada. A mãe reclama bastante do outro filho, com 8 anos, que é “imperativo”, e pede um remédio “pros nervos do menino”. Conta também do marido que foi demitido da empresa de transporte em que trabalhava, pois o ônibus que dirigia foi apedrejado após ele não ter parado no ponto para dois travestis. A conversa se alonga e já nos “finalmente” (era um dia de muito calor, a hora do almoço se aproximava), a mãe pede um “exame do ouvido” e um “eletro da cabeça”, pois acha que o filho de 2 anos, João, não escuta bem e está “meio atrasadinho”. “Ele não responde quando eu chamo pelo nome”, diz Maristela. “Ainda não fala, mas o primo foi igualzinho, depois de muita promessa é que desandou a falar...”. A mãe pega João sem cuidado algum e continua contando “causos” para o médico, que repara que o menino em momento algum fez contato visual com qualquer pessoa da unidade.

Era época de matrículas escolares, mas Maristela disse preferir deixar João com uma “tia que cuida das crianças do quarteirão onde mora”. “O que ele precisa agora é de eletro da cabeça, sem isso não adianta escola, não vai aprender nada”. A equipe de Saúde levanta a possibilidade de encaminhar João a um neurologista, mas reconsidera a hipótese porque a ‘fila de espera para neurologia infantil está demorando mais de um ano’. Pensa em consulta com fonoaudiólogo, mas a cidade não tem este profissional e a mãe teria que levar o filho a outra cidade, o que dificultaria em muito a situação. A Técnica de Enfermagem, que participava da discussão do caso, lembra haver um Caps na cidade e insiste em que seja feito contato com a equipe de lá para avaliarem juntos a situação.

Assim foi feito. Por telefone, a equipe de saúde e o Caps, por meio do Terapeuta Ocupacional, discutem longamente o caso do João, o contexto familiar, a percepção da mãe sobre as dificuldades do filho e demais aspectos da situação.

Foram pontos importantes da conversa:

- Identificação preliminar das alterações do desenvolvimento de João durante o atendimento de Atenção Básica.
- Ações que poderiam ser desenvolvidas na Atenção Básica para otimizar os fatores de proteção relacionados ao desenvolvimento infantil.
- Discussão sobre modos de organizar uma rede de cuidados para esta criança. Que pontos de atenção acionar, considerando os recursos existentes na cidade?
- “Armadilhas” a serem evitadas para que João e sua mãe possam ser efetivamente acompanhados e cuidados.

Agora, com toda a equipe de Saúde reunida, reflita nesses pontos da conversa. Se João fosse morador da comunidade atendida pela sua unidade de Saúde, como vocês desenvolveriam esses aspectos?

Caso Eduardo:

A mãe de Eduardo, 8 anos, buscou a UBS com uma guia de encaminhamento do neurologista para o psiquiatra infantil. Eduardo faz acompanhamento com o neurologista desde bebê devido a crises convulsivas (provavelmente convulsão febril) e é medicado com fenobarbital. A hipótese diagnóstica do neurologista no encaminhamento é TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). A mãe de Eduardo relata que o menino vem apresentando comportamento agressivo e agitado na escola, brigando com colegas por qualquer motivo. Em casa “anda emburrado e irritado”. Apesar desses sintomas Eduardo vai bem na escola, com aproveitamento adequado para a idade.

A família de Eduardo é acompanhada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) há vários anos. São quatro irmãos (Eduardo é o terceiro), todos meninos. O casal separou-se há dois anos e o pai tem nova família. A mãe informa que o pai não visita os filhos com regularidade e as crianças sentem falta de sua presença; “muitas vezes o pai marca uma visita, os meninos ficam esperando e ele não aparece”. A família mora com a avó materna, que cuida das crianças durante o período de trabalho da mãe. Há uma preocupação maior com Eduardo devido às convulsões e possível fragilidade.

Na discussão do caso com a equipe de matriciamento da saúde mental, a enfermeira conta que a família é bem conhecida pela ESF, que faz seu acompanhamento desde a gestação do caçula. Considera a mãe atenciosa com os filhos, mas sobrecarregada com o cuidado das crianças e com o trabalho.

Sobre o caso apresentado, reflita as seguintes questões:

- Quais são os fatores protetores que podem ser identificados neste caso?
- Como abordar a dinâmica da família?
- Quais os principais fatores de risco, tanto os desencadeadores quanto os perpetuadores dos sintomas?
- Que recursos a comunidade dispõe que possam ser ativados?
- O que fazer com o encaminhamento para o psiquiatra infantil? É necessário neste momento?

Referências

116

ANSELMINI, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S.l.], v. 45, p. 135-142, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, 2005.

BROWN, G. W. Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. **Journal of Health and Social Behavior** [S.l.], v. 43, n. 3, p. 255-276, 2002.

BROWN, G. W.; T. HARRIS. **Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women**. London: Tavistock Publications, 1978.

BRUGHIA, T. S. Social Support and Psychiatric Disorder: Overview of Evidence. **Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental: enlases entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004. p. 61-74.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FERIGATO, S. H. et al. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2007.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 43, p. 727-734, 2004.

HARRIS, T. **Introduction to the Work of George Brown: Where Inner and Outer Worlds Meet: Psychosocial Research in the Tradition of George W. Brown**. London: Routledge, 2000.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

KENDLER, K. S.; PRESCOTT, C. A. **Genes, Environment, and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders**. New York: Guilford Press, 2006.

LORANT, V.; D. DELIEGE, et al. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**, [S.l.], v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, maio/ago. 2004.

PATEL, V.; A. COHEN. Mental health services in primary care in developing countries. **World Psychiatry**, [S.l.], n. 2, p. 3, 2003.

PRINCE M. et al. No health without mental health. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p.859-77, 2007.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial Work Environment and Mental Health - a Meta-Analytic Review. **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**, [S.l.], v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child and adolescent mental policies and plans**. Geneva: WHO, 2005. (Mental policy and service guidance package).



7 Instrumentos de intervenção psicossocial



Os Instrumentos de Intervenção Psicossocial na Atenção Básica constituem-se em importante estratégia para produção do cuidado em Saúde. Com uma oferta de tecnologias que contemplem necessidades e demandas que surgem do território, disponibilizamos, a seguir, um cardápio de ações em saúde mental para Atenção Básica que dialogam com o conceito ampliado de Saúde e com a integralidade do cuidado.

7.1 Grupos e Saúde Mental

Com o intuito de abordar a importância dos grupos como oferta da Atenção Básica, destacando as concepções de sujeito-coletivo, atenção integral e produção de autonomia, trazemos neste texto algumas reflexões e sugestões sobre as especificidades da realização de grupos com vistas à promoção da saúde mental.

Os grupos, enquanto tecnologia de cuidado complexa e diversificada, são teorizados pelas mais diferentes molduras teóricas, podendo ser úteis nas formulações de *dinâmicas grupais*. Tais ofertas das formas de intervenção são derivadas das demandas recorrentes dos profissionais que desejam incorporar novas ferramentas de trabalho, perguntando-se “como faço grupo?”, “como saio do meu espaço clínico individual?”, entendendo este espaço como produtor de saúde e possuindo impacto nos determinantes e condicionantes de saúde dos sujeitos e coletividades.

As técnicas de trabalho com grupos foram amplamente desenvolvidas – especialmente na América Latina – com fundamental contribuição da psicologia social argentina (Pichon-Rivière, José Bleger, entre outros) e hoje nos oferece um amplo arcabouço teórico-prático com o qual podemos refletir e pautar trabalhos em saúde pública, amparando-nos das angústias e contradições que naturalmente surgem em situações novas e desconhecidas.

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível.

Os grupos na Atenção Básica costumam ser orientados pelas ações programáticas, modelo hegemônico de *organização da ESF*, centrado nos grupos prioritários de doenças/ agravos: grupo para pessoas com diabetes, hipertensão; atividade física; planejamento familiar; grupos de adesão medicamentosa, entre outros. Os objetivos são de gerar impactos nos indicadores na perspectiva da educação em saúde, comumente baseada num paradigma de transmissão do saber-fazer profissional.

Se, por um lado, as propostas desses grupos organizam um modelo amplamente difundido, por outro, esgota-se a possibilidade de diálogo devido à manutenção da repetição do discurso, centrado no saber profissional. A primeira pergunta a ser realizada na proposição de um grupo, é se este atende ao objetivo de atenção integral com impacto na saúde e na autonomia das pessoas nas práticas de cuidado.

As propostas do grupo em saúde, partindo do reconhecimento da experiência do outro, seus *territórios existenciais* transversalizados por vetores sociais, culturais, políticos e outros, possibilitam a formação de um *grupo-sujeito*, no qual o sujeito é agente coletivo dos enunciados, pois “esforça-se para ter um controle sobre sua conduta” (GUATARRI, 1985). A direção do trabalho seria que o grupo se entendesse como permeável a outras possibilidades de discurso e encontros, articulando-se com um conjunto de discurso histórico produzido na família, escola, igreja, hospitais, centros de saúde. O grupo será uma oferta do serviço e mais um ponto da rede social de cuidado aos usuários no território de referência. A *verdade* do profissional em saúde deve estar em articulação com as várias *verdade* do território, coletivos, indivíduos. A perspectiva de grupos, desse modo, deve estar pautada em uma flutuação entre o normativo e o criativo e não somente no caráter normativo que vem tendo especial importância na conformação dessa oferta pelas equipes de Atenção Básica.

O trabalho com grupos na Atenção Básica associado ao campo da saúde mental pode superar o aspecto da normalização do cuidado a pacientes com sofrimento emocional significativo, na perspectiva desse enfoque referencial. Nesse sentido, sugerimos evitar:

- Formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico. Deve-se buscar a diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer os sujeitos como pertencentes a um território comum;
- O grupo como lugar de abordagem. Deve-se enfatizar o grupo como lugar do encontro entre sujeitos, as pessoas como singularidades em permanente produção de si e do mundo.

Alguns artigos e livros publicam os esforços das experiências grupais na Atenção Básica para o cuidado aos sujeitos que necessitam de apoio às suas condições de sofrimento ou agravo da saúde mental. Conforme trabalhado anteriormente, a primeira superação necessária dos profissionais é não enclausurar o sofrimento ao diagnóstico, mas ampliar as condições de sujeito e de saúde.

Contudo, para que determinado grupo possa, de fato, ter esse alcance positivo, deve-se voltar a atenção para algumas de suas características e dinâmica, cujo descuido, poderia comprometer seu bom andamento e resultado.

O grupo deve ser pensado, *a priori*, quanto à sua:

- **Finalidade** – qual o objetivo do grupo? Seria um grupo com viés preventivo/educativo, terapêutico, operativo ou de acompanhamento?
- **Estrutura** – grupo aberto ou fechado? Com um número de encontros previstos ou a depender da dinâmica de seus participantes?; grupo misto ou delimitado por alguma característica específica (Ex.: grupo de puérperas, grupo de pessoas com ansiedade, pessoas em uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas etc.).

Depois de delimitadas as duas primeiras características, é de suma importância o *manejo* do grupo, cabendo ao coordenador desenvolver a habilidade de conduzir o grupo de modo a integrar os seus participantes em torno de determinada(s) tarefa(s) específica(s), sem comprometer a heterogeneidade de seus integrantes. Deve-se privilegiar a *participação ativa* dos integrantes do

grupo, incitando-os a contribuírem com a tarefa grupal, de modo a comprometê-los subjetivamente com aquilo que está sendo tratado pelo grupo.

Tal comprometimento subjetivo não se configura como tarefa ou sugestão imposta por profissionais que dão a tônica acerca do que seja melhor para os sujeitos e grupos, mas deve emergir do como estes entendem o grupo como seu espaço de produção subjetiva de autocuidado, pautado na construção da autonomia, das escolhas e do comprometimento gradual e espontâneo.

Para isto, outro ponto é de fundamental importância: o *conteúdo emergente* do próprio grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005). Ao se propor determinado grupo, com determinada tarefa e objetivos, tende-se a certa rigidez e inflexibilidade, não permitindo que o conteúdo emergente do grupo, aquilo que o próprio grupo traz como conteúdo latente, seja revelado e colocado em pauta. Se tal característica prevalecer, teríamos configurado apenas um agrupamento de pessoas, sem nenhum sentimento verdadeiro de valor e pertencimento grupal.

Se devidamente conduzido, tal conteúdo que deriva de seus integrantes como latente, deverá surgir como demanda manifesta pela necessidade imediata que o grupo evidencia, naquele momento grupal.

O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo. Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia e proposta geral; constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal.

Os desafios teórico-práticos nesse cenário dizem respeito à necessidade de produzir dispositivos que cuidem de algumas situações emergentes no cenário da saúde mental, e que surgem como problemas recorrentes no território da Atenção Básica. Cuidar de condições crônicas medicamentosas dos indivíduos, de sujeitos que não querem ou não conseguiram parar o uso prejudicial de substâncias psicoativas, e se encontram com problemas decorrentes do uso álcool e outras drogas.

A cronicidade medicamentosa pode ser articulada no Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma ação transdisciplinar entre os profissionais da Atenção Básica e o apoio matricial dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do município ou território. Já nos problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, o desafio amplia-se, pela hegemonia da abstinência nas práticas assistenciais, o que produz sentimentos de frustração de que toda ação é inútil, já que frustrada pela repetição do ato de uso e pela intoxicação. Esse ponto se relaciona pelo fato de que projetamos, enquanto profissionais de saúde, o desejo da interrupção abrupta das substâncias, sejam álcool e/ou outras drogas, seja o uso crônico de medicamentos.

No que concerne a situações desse tipo, as discussões entre grupo-sujeito e grupo-sujeitado permitem aproximações com outros discursos apresentados no documento referência da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas, assim como na Política Nacional de Atenção Básica, que propõem diretrizes que podem ajudar na organização

dos serviços e assumem a Redução de Danos como estratégia, pois “quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” (BRASIL, 2004, p. 10; BRASIL, 2012, p. 19). A abstinência é uma direção clínica muita vezes necessária, mas nem sempre possível para alguns sujeitos, que não querem ou não conseguem parar o consumo, o que deve ter como referencial teórico-prático de atuação as práticas e a ética da redução de danos.

A grupalidade pode agenciar outros efeitos na vida social desses sujeitos entendendo os motivos do sofrimento para além da doença e produzindo novos suportes no território, acionando dispositivos que articulem trabalho, cultura e renda na perspectiva da *economia solidária e geração de renda*, envolvendo e produzindo desejos no real social, processos de subjetivação solidária e alianças de cidadania.

O que desejamos como síntese é que o grupo seja um intermediário da relação indivíduo-sociedade, no qual se evidencia os agenciamentos coletivos de enunciação e sua consequente produção de subjetividades, já que a produção de um sujeito-indivíduo é inseparável das marcas coletivas (BARROS, 1994). Adotar a diferença como requisito de cura, evitando totalizações e universalizações dos sujeitos, grupos, práticas de cuidado.

7.1.1 Grupos operativos: a experiência de um grupo de mulheres em São Bernardo do Campo/SP¹

Segundo Pichon-Rivière (2005), como já visto neste capítulo, o grupo operativo ocorre por um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica ou objetivo compartilhado, onde cada participante, com suas peculiaridades, expressa suas opiniões, defende pontos de vistas ou simplesmente, fica em silêncio (FREIRE, 2000).

O grupo operativo caracteriza-se pela relação que seus integrantes mantêm com a tarefa. As finalidades e propósitos dos grupos operativos estão centrados na solução de situações estereotipadas, dificuldades de aprendizagem e comunicação, considerando a ansiedade vivenciada diante da perspectiva de mudança que se opera (OSÓRIO, 2003). O grupo operativo tem, portanto, a proposta de mobilizar um processo de mudança, que passa fundamentalmente pelo manejo de medos básicos, da perda e do ataque. Assim, visa fortalecer o grupo favorecendo uma adaptação ativa à realidade a partir do rompimento de estereótipos, revisão de papéis sociais, elaboração das perdas cotidianas e superação das resistências a mudanças.

Os grupos operativos abrangem quatro campos de atuação:

- **Ensino-aprendizagem:** cuja tarefa essencial é refletir sobre temas e discutir questões de interesse comum.
- **Institucionais:** grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses.

¹ A teoria dos grupos operativos foi desenvolvida por Enrique Pichon-Rivière (1907 – 1977), médico psiquiatra e psicanalista de origem suíça, que viveu na Argentina. A formulação teórica que envolve os grupos operativos está entre as mais expressivas contribuições de técnicas do trabalho em grupo.

- **Comunitário:** pode ser utilizado nos programas de Saúde em que profissionais são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades grupais.
- **Terapêutico:** objetiva a melhoria da situação de sofrimento.

Na dinâmica do processo grupal, Pichon-Rivière (1998) estabelece cinco papéis que constituem um grupo: *líder de mudança; líder de resistência; bode expiatório; representantes do silêncio; porta-voz.*

O líder de mudança é aquele que leva a tarefa adiante, enfrenta conflitos e busca soluções, arrisca-se diante do novo. O líder de resistência puxa o grupo para trás, freia avanços, ele sabota as tarefas levantando as melhores intenções de desenvolvê-las, mas poucas vezes as cumpre. O líder de resistência muitas vezes atua em um contraponto interessante ao líder de mudança quando se descuida de parâmetros de realidade ao promover mudanças, estabelecendo equilíbrio ao grupo. O bode expiatório assume as culpas do grupo, isentando-o dos conteúdos que provocam medo, ansiedade, etc. O representante do silêncio assume as dificuldades dos demais para estabelecer a comunicação, obrigando o resto do grupo a falar. O porta-voz é aquele que denuncia a enfermidade grupal, fazendo emergir as ansiedades grupais. É neste papel que o sujeito expressa os conflitos latentes do grupo.

Em seguida, relatamos a experiência com a formação e condução de um grupo de mulheres, que esperamos que possa suscitar reflexões.

Relato do Grupo de Mulheres: Um pacto para a vida com emoções

O município de São Bernardo do Campo iniciou, em 2009, o processo de implantação de um novo modelo de Saúde Mental, baseado nos princípios da reforma Psiquiátrica. Entre tantos desafios, um deles foi constatar que havia um Ambulatório de Saúde Mental com 35 mil prontuários, sendo que 80% destes eram de mulheres com uso, há mais de 2 anos, de ansiolíticos e/ou antidepressivos.

No primeiro momento, decidiu-se descentralizar este atendimento e o município foi dividido em cinco territórios. Cada território possuía quatro ou cinco UBS de referência, sendo que em uma delas havia um médico psiquiatra. Para esta descentralização, realizou-se uma oficina de oito horas, com todos os profissionais, onde ficou evidente a questão da medicalização. Era necessário que se ofertassem outras possibilidades de lidar com o sofrimento do cotidiano.

Após um ano, no entanto, verificou-se que tais pacientes continuavam sendo atendidas na lógica ambulatorial. Decidiu-se então implantar um projeto-piloto grupalizando essas mulheres com o objetivo de, discutindo as questões de gênero, empoderá-las reafirmando sua autonomia e valorizando o seu ser mulher no mundo. Como estratégia, a Equipe de Saúde Mental realizou uma sensibilização com os profissionais de uma UBS que desejaram participar deste processo. A maioria das profissionais eram agentes comunitárias de Saúde (ACS), todas mulheres, que, identificadas com as questões trazidas, se revelaram potenciais coordenadoras deste grupo. Desse modo, diversos profissionais começaram a identificar casos que reconheciam como perfil para o grupo de mulheres. O psicólogo e o psiquiatra também passaram a encaminhar alguns casos.

A metodologia adotada foi a de grupo operativo cuja tarefa era conversar sobre a vida da

mulher e seus sentimentos. As participantes do grupo não estavam ali por sua função de ser mãe, do seu papel de mulher, do planejamento familiar e outros. Elas estavam no grupo por serem mulheres. As mulheres falavam de suas dores e como começaram a tomar antidepressivos e tranquilizantes. Diziam:

"eu me separei quando meus filhos eram pequenos... fiquei muito deprimida, queria morrer quando me separei, mas isto já tem 12 anos, eu já casei de novo refiz minha vida, meus filhos estão na faculdade, mas não consigo viver sem a medicação. Apesar que eu não tomo todo dia, eu só tomo quando estou nervosa."

Percebeu-se também que frases feitas apareciam em todos os grupos para se referir aos medicamentos. "Encontrei a tampa da panela...", "Achei a minha outra banda da laranja", "Ruim com ele e pior sem ele". Passou-se a trabalhar tantos os aspectos psicodinâmicos da identidade da mulher, de reconhecer e validar a sua força, embora o discurso dessas mulheres ainda fosse de enfraquecimento e medo. E as questões culturais e ideológicas também foram sendo abordadas e trabalhadas.

Criou-se um espaço para aproximar as mulheres da Central de Atendimento à Mulher e dos demais grupos de mulheres na cidade. As ACS passaram a ter, cada vez mais, capacidade de convencimento das mulheres para os grupos tanto que, em um dos grupos, uma das ACS trouxe três novas mulheres para o encontro e disse: "eu trouxe estas três moradoras da minha região porque elas queriam que eu marcasse consulta com o psiquiatra, mas acho que não é o caso e só tem consulta para seis meses". Uma delas relatou que o filho está preso e quando vai visitá-lo fica chorando e, por isso, os agentes penitenciários mandaram-na procurar um médico, expressando sua dor de ter um filho que roubou. As mulheres passam a dizer: "olha foi ele quem roubou, não foi você, a gente cria os filhos e ensina o melhor, mas eles crescem e fazem o que querem." Foi quando uma das mulheres concluiu: "que bom que você veio para este grupo porque não inventaram remédio para a dor de mãe que tem o filho preso". Com isso, a ACS reafirmou que, por essa razão, achou que o grupo iria ajudar mais que o remédio, porque no grupo as pessoas falam e se escutam, saindo mais aliviadas porque não se sentem sozinhas nem julgadas.

A cada grupo mais mulheres vão se agregando e se fortalecendo por serem mulheres. O grupo acontece uma vez por semana em uma igreja que é o local de fácil acesso e que comporta todas as mulheres. Em um dia no qual os profissionais da saúde mental não puderam ir, o grupo aconteceu assim mesmo, coordenado por uma ACS:

"A gente aprendeu que era pra deixar todo mundo conversar sobre a vida e o ser mulher. No grupo não falamos sobre o uso das medicações, em nenhum momento dizemos sobre se devem ou não usar a medicação, o foco é o fortalecimento da mulher para a vida sem anestésias, com capacidade para assumir as suas dores e viver suas emoções."

7.2 Rede de Suporte Social

Há que se estar atento à exclusão que o grupo de usuários com sofrimento/transtornos mentais sofre, tendo a maioria de seus direitos negados por um processo histórico de invisibilidade, preconceitos e estigmas. Isso repercute na produção de cuidado, que tende a ser fragmentada, pontual e, na maioria das vezes, se reproduz assim pela fragilidade da rede em garantir integralidade do cuidado. Desta forma, tanto em termos individuais como coletivos, a incorporação de práticas de cuidado descontinuadas, mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, produz danos à produção do cuidado integral, podendo causar todo um processo de desresponsabilização, de forma a deixar o usuário praticamente abandonado a si mesmo.

É consensual que a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os sistemas, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes de suporte social. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca da ampliação de possibilidades, tomando-a como traço assistencial fundamental na construção de redes de atenção e de suporte social, como modo de organizar as diversas práticas de cuidado que a complexidade dos casos exige.

Assim, a busca de uma integração entre os diversos serviços – em um processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, Caps, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território – deve ser instituída e sustentada com o vigor necessário. Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas, como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades. Desse modo, pode-se fortalecer uma rede de suporte social para o aumento da resolutividade, do fomento da atenção integral e, por consequência, melhorando a qualidade do cuidado.

Nesse sentido, propõe-se uma estratégia de criação e fortalecimento de redes de cuidado e de redes de suporte social que, em *matriciamento intersetorial* permanente, possam se constituir na potência da produção de intersectorialidades e transversalidades de saberes. Essa rede ganha concretude na medida em que se estabelecem espaços permanentes e periódicos de encontros e discussões entre as equipes de Atenção Básica, demais equipes de Saúde e de outros serviços do território. Tais espaços têm o objetivo de proporcionar trocas de olhares, impressões, metodologias e conhecimentos que contribuem para o fortalecimento de redes sociais cujos dispositivos territoriais podem viabilizar planos de ação integrados entre os equipamentos e entre os usuários.

Portanto, investir em espaços de reuniões, fóruns, colegiados, espaços de educação permanente, rodas de conversa, que envolvam atores dos equipamentos citados acima, é fundamental para a construção de estratégias de aproximação e cuidado com a população no território. Quanto maior e mais frequentes forem estes canais de troca e de construção coletiva, maior a chance de integração entre os profissionais e de políticas envolvidas.

Cabe ressaltar que espaços de discussão podem ser enriquecidos com a pluralidade de atores e áreas envolvidas. Para tanto, toda a rede mapeada durante o processo de diagnóstico do território (Caps, Nasf, ESF, Cras, Creas, equipamentos de educação, organizações da sociedade civil, entre outros) deve ser incluída nestes espaços coletivos sempre que possível.

128

O conceito de ordenamento de rede deve ser fomentado com base em uma horizontalidade, que não se resume à hierarquia de níveis de complexidade de atenção, mas que leve em consideração as relações dos outros pontos de atenção entre si no território e com outros pontos da rede, bem como, a comunidade, as famílias e os indivíduos ligados a essa rede. Nesse sentido, mesmo em territórios com baixa densidade de equipamentos sociais, a construção de uma rede possível, com os atores e instituições que lá estão, por si só, já é um fator fundamental que possibilita uma rede de suporte social solidária, inclusiva, corresponsável e protagonista da produção de cuidado e da atenção psicossocial aos usuários no território

A lógica de constituição de fluxos em rede em muitos casos já formadas e sedimentadas, cujos papéis se encontram bem demarcados pode levar a uma rigidez das ações e a uma falta de compromisso em compartilhar o cuidado. Nesse sentido, tal rigidez pode ser indutora de desresponsabilização e fragmentação do cuidado e do suporte social. A superação da lógica de fluxos rígidos e pré-instituídos, e que leve em consideração as especificidades dos territórios e dos atores que lá estão, produzem um desenho de rede inacabada, que é sempre um fator produtor de incertezas e de constantes mudanças. No entanto, antes de serem compreendidas como ameaças, tais características devem ser apreendidas como próprias de redes formadas por instituições e pessoas, cuja heterogeneidade e multiplicidade são tão peculiares.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, 2004.

BARROS, R. D. B. Grupos e produção. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde Loucura: grupos e coletivos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. v. 4.

BLEGER, J. **Temas de psicología**. Argentina: Nueva Visión, 1964.

FREIRE, M. O que é um grupo? **Paixão de Aprender**, [S.l.], v. 1, n. 1, dez. 2000.

GUATARRI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. Suely Rolnik (seleção, prefácio, produção). 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PICHON-REVIÉRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.



8 Práticas integrativas e complementares



O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) contempla sistemas médicos complexos² e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Estas práticas compartilham um entendimento diferenciado sobre o processo saúde-doença, ampliando a visão desde processo e as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso da população a esses serviços, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006), que traz diretrizes para inserção de ações, serviços e produtos da *Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia*, assim como para os observatórios de saúde de *Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica*. As ações das PICs são transversais nos diversos pontos de atenção, mas desenvolvem-se prioritariamente na Atenção Básica, pois, em geral, usam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica.

Abordaremos, a seguir, por meio de tópicos como os problemas de saúde mental são trabalhados no âmbito de algumas racionalidades, exemplificando técnicas que podem apoiar o cuidado dos usuários.

8.1 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integralidade. Apresenta como uma de suas teorias fundamentais a *teoria do Yin-Yang*, divisão em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando os fenômenos em opostos complementares. Além desta, há a *teoria dos Cinco Movimentos*, que compreende e atribui a todas as coisas e fenômenos um dos cinco elementos, a saber: madeira, fogo, terra, metal e água.

A MTC compreende que o equilíbrio do *Yin-Yang* e dos *cinco elementos* no indivíduo, e deste com o meio, são fundamentais para a manutenção da saúde. E que o desequilíbrio destes, desencadeia o processo de adoecimento do corpo e da mente. Utiliza como elementos diagnósticos, no intuito de avaliar estas desarmonias, a anamnese, segundo os preceitos da MTC, a palpação do pulso, a observação da face e língua entre outros elementos, e, como principais recursos terapêuticos, utiliza a acupuntura, auriculopuntura, eletroacupuntura, moxaterapia, ventosaterapia, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais.

Em se tratando do cuidado à saúde mental, para a MTC, as duas teorias (polaridade *yin* e *yang* e a teoria dos Cinco Movimentos) ajudam a ampliar o olhar sobre o usuário e sobre as desarmonias que levam ao sofrimento mental, reconhecendo a diversidade de influências sobre os processos humanos e sua relação com o ambiente.

² Compreende-se por Sistemas Médicos Complexos as abordagens do campo das PICs que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica. LUZ, T. M. Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2003.

Considerando os desequilíbrios de características *Yin-Yang* os transtornos mentais podem ser caracterizados como “Síndromes *Dian-Kuang*”, que no diagnóstico biomédico correspondem a alterações psiquiátricas como esquizofrenia, depressão, psicoses, paranoias, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, além de estados de dependência como vícios em fumo, álcool e outras drogas, pois nesses estados ocorre o comprometimento do estado emocional. O tipo *dian* representa a polaridade depressiva, com características do tipo *yin*. O tipo *kuang* representa a polaridade maníaca, onde há excesso de atividade motora ou mental, com sinais e sintomas predominantemente *yang*.

Dentro da teoria dos cinco elementos, cada emoção está ligada a determinados canais de energia, conjunto de órgãos e sistemas orgânicos. Este conjunto se influencia mutuamente, ou seja, desequilíbrios energéticos podem causar problemas orgânicos e desequilíbrios emocionais, assim como desequilíbrios emocionais, podem causar desarmonias nos canais de energia e sistemas orgânicos. Como exemplo, a energia do coração, representada pelo elemento fogo está relacionada com a alegria e a ansiedade; a energia do baço/pâncreas, representada pelo elemento terra, relaciona-se com a preocupação e as questões racionais; a energia do pulmão, representada pelo elemento metal, está relacionada com a depressão e a tristeza, angústia; a energia do fígado, elemento madeira, relaciona-se com a raiva e a mágoa; a energia do rim, elemento água, relaciona-se com o medo e o estado de pânico.

Os recursos terapêuticos da MTC buscam harmonizar o Yin-Yang e os cinco elementos de diferentes formas. A acupuntura consiste no uso de agulhas filiformes colocadas em pontos específicos do corpo, seguindo a teoria dos canais energéticos. Já as práticas corporais e mentais (ex.: *lian gong*, *chi gong*, *tai chi chuan*, *tuina*, meditação) utilizam o movimento, a respiração, a concentração e massagens com intuito semelhante, além de promoverem relaxamento, equilíbrio e percepção corporal de modo a favorecer a integralidade da saúde, estimulando o autocuidado e a corresponsabilização no processo terapêutico. Estes importantes recursos terapêuticos estão disponíveis para qualificar a oferta de serviços no cuidado à saúde mental.

A OMS publicou documentos específicos reconhecendo e recomendando o uso da Acupuntura no cuidado a doenças, incluindo as de saúde mental. Consulte em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4926e/5.html>>.

8.2 Homeopatia

A Homeopatia é um sistema médico complexo, desenvolvido por Samuel Hahnemann, médico alemão, no Século XVIII. Está ancorado em três princípios fundamentais: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio e no uso de doses infinitesimais.

Esta racionalidade se caracteriza pela visão de unidade do binômio corpo/mente, e por reconstruir o indivíduo em sua dimensão integral, vivo e dinâmico em suas relações sociais. Busca a compreensão e o alívio do sofrimento físico e mental em todas as etapas da vida. A densidade da anamnese permite a prescrição do medicamento homeopático que atuará neste

binômio psicofísico, indissociável. Para isso, o medicamento deve ter a maior semelhança possível ao quadro que busca tratar. Essas substâncias medicamentosas podem ser originadas nos reinos animal, mineral ou vegetal e devem ser prescritas a partir do método homeopático. Este método implica em conhecer a pessoa, por meio da sua história de vida, do exame físico e, quando necessário, de exames complementares. Esta propedêutica requer a definição do diagnóstico clínico e do diagnóstico do medicamento homeopático a ser prescrito. A prescrição é singular e dependerá do estado de cada paciente.

Pautada no paradigma vitalista, observa-se que o processo de adoecimento ocorre a partir de um desequilíbrio em nível sutil, imaterial e que, inicialmente, é com frequência imperceptível. Posteriormente pode evoluir para uma entidade clínica, detectável pelas conseqüentes manifestações, tanto na esfera psíquica – pela presença de sintomas mentais, tais como medos, angústias, tristeza, ansiedades e demais sensações subjetivas –, como pelos sintomas físicos. Desta forma, no curso do tratamento, a melhoria dos sintomas deve acontecer nesta totalidade, sempre acompanhada pela sensação subjetiva de bem-estar.

O objetivo do tratamento homeopático é traçar um projeto de valorização da vida, de conservação e recuperação da saúde. Nesse sentido, é importante integrar esses conhecimentos com os conhecimentos e princípios da Atenção Básica e da Saúde Mental, compartilhando as concepções do processo saúde/doença e outras possíveis ferramentas para abordagem do cuidado das pessoas e suas famílias.

Os serviços de Homeopatia da rede de atenção à Saúde têm sido opção terapêutica bastante frequente entre as pessoas com quadros de ansiedade, depressão, insônia e outros transtornos mentais, além de auxiliar no processo de redução e retirada de medicamentos psicotrópicos (NOVAES, 2007).

8.3 Fitoterapia e plantas medicinais

A Fitoterapia é a “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes apresentações e formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (LUZ NETTO, 1998 apud Brasil, 2006, p. 18). O seu uso criterioso, como prática complementar na Atenção Básica à saúde, proporciona benefícios como o fortalecimento do vínculo com o usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e responsabilização em uma dimensão mais ampla do cuidado à saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No campo da Saúde Mental diversas são as possibilidades que as plantas medicinais e a Fitoterapia podem oferecer no processo de cuidado aos sujeitos que procuram as redes de Atenção à Saúde para obter alívio de seu sofrimento mental e/ou de um convívio com álcool e drogas. Mais do que apenas discutir “fitoterápicos indicados como coadjuvantes em determinados transtornos mentais”, obviamente um tema hoje bastante estudado, acredita-se que o mais importante é decidir, com critérios já produzidos em nosso País e mundo afora, se poderia haver

contribuição vantajosa da Fitoterapia ou mesmo das plantas medicinais nas várias etapas do projeto terapêutico que a equipe, em parceria com o sujeito, permanentemente constrói para cada caso em sua singularidade.

Quanto a exemplos de transtornos mentais que podem se beneficiar de medicamentos fitoterápicos como coadjuvantes, há indicações terapêuticas para “estados depressivos leves, ansiedade leve e distúrbios do sono associados à ansiedade, além de casos de astenia em geral”, só para citar algumas indicações terapêuticas estabelecidas para uso de vários fitoterápicos, coletados assistematicamente da *Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado* (ANVISA, 2008) e do *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira* (BRASIL, 2011).

Não se tem relatos de uso de fitoterápicos em casos severos, como situações de esquizofrenia, bipolaridade ou depressão grave. Além disso, com respeito à ansiedade generalizada, ainda se dispõe de poucos estudos clínicos consistentes no sentido de apoiar o emprego clínico desses produtos, considerando o paradigma da medicina baseada em evidências (FAUSTINO, ALMEIDA; ANDREATINI, 2010). Assim, bons diagnósticos, principalmente os que excluam condições de maior risco e severidade, bom conhecimento do fitoterápico que se vai utilizar, além da disponibilidade de critérios e diretrizes (BRASIL, 2012) são ferramentas que podem ser úteis para guiar uma prescrição fitoterápica nesse contexto, sempre no sentido de cuidar melhor e de maneira integral.

Além dos fitoterápicos prescritos na prática clínica, as plantas medicinais cultivadas em hortos públicos são também contribuições da prática da Fitoterapia para o cotidiano dos equipamentos de saúde. Os hortos, além de importantes fontes de matéria-prima, são lugares para ações de educação em Saúde, seja em função da participação das pessoas no cultivo das espécies, seja

Para saber mais consulte o *Caderno de Atenção Básica n. 31: Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica*, publicado em 2012, disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf>.

pelas demais ações de divulgação que visam ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Vale ainda enfatizar o importante papel de espaços como este enquanto dispositivos terapêuticos no campo da Saúde Mental em si.

Em síntese, as contribuições das plantas medicinais e da Fitoterapia para o campo da Saúde Mental, na condição de práticas multi e interdisciplinares, fundamentam-se no fortalecimento da abordagem humanizada, singularizada e integral em uma dimensão mais ampla do cuidado à saúde.

8.4 Medicina Antroposófica

A Medicina e as terapias antroposóficas apresentam-se como abordagens complementares, de base vitalista, que organizam a sua prática de maneira transdisciplinar e com vistas ao alcance da integralidade do cuidado em saúde, baseiam-se na aplicação, no campo da saúde, de conhecimentos inspirados na Antroposofia, filosofia proposta pelo filósofo austríaco Rudolf Steiner nos anos 1920.

A imagem do ser humano proposta por essa racionalidade compreende vários modelos de análise (trimembração e quadrimembração, entre outros) e considera que suas diferentes dimensões – corporal, psíquica, social – compõem um todo indivisível. Vale ressaltar o conceito de “Organização do Eu” – um dos princípios norteadores mais importantes do processo terapêutico antroposófico – elemento característico do ser humano, que o distingue dos demais reinos e seres da natureza, conferindo a noção de individualidade e a capacidade de pensar a própria realidade. Ainda segundo a Antroposofia, o ser humano está intimamente ligado à natureza e aos seus elementos, constituindo um organismo complexo e profundamente integrado. A partir desse princípio é que são desenvolvidos os medicamentos com base em substâncias e processos minerais, vegetais ou alguns derivados de produtos animais pela farmácia antroposófica.

No campo da Saúde Mental, a Medicina e as terapias antroposóficas trazem algumas contribuições de grande relevância para a promoção da saúde, prevenção e a reabilitação tanto no âmbito individual como no coletivo, compreendendo todas as fases do ciclo de vida humano. A Psicologia Antroposófica propõe processo psicoterapêutico baseado na imagem de ser humano ampliada e pode ser acompanhada de outras terapias tais como a Terapia Artística, a Cantoterapia e a Musicoterapia, entre outras. A Psiquiatria inspirada na Antroposofia lança mão de medicamentos antroposóficos, fitoterápicos e homeopáticos, além dos medicamentos convencionais, quando necessários. Também vale ressaltar a contribuição da Terapia Biográfica, que organiza as vivências e o amadurecer humano em ciclos de sete anos. Todas essas abordagens têm em comum a perspectiva do indivíduo tomar a própria vida em suas mãos, ou seja: autonomia e autocuidado como elementos centrais do tratamento e da busca pelo equilíbrio da saúde.

Para saber mais sobre os Observatórios de Medicina Antroposófica no SUS, consulte o relatório técnico disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_monitoramento_ma_cnpic.pdf>.

Referências

138

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Farmacopeia Brasileira. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. Brasília: ANVISA, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrução Normativa nº 5 de 11 de dezembro de 2008**. Determina a publicação da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 31)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAUSTINO, T. T.; ALMEIDA, R. B.; ANDREATINI, R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [S.l.], v. 32, n. 4, 2010.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde Loucura, v. 20; Série Políticas do Desejo).

LUZ NETTO, Jr. N. **Memento Terapêutico fitoterápico do Hospital das Forças Armadas**. Brasília: EGGCF, 1998.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: _____. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG E. (Org.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

NICÁCIO, F. Instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

PALOMBINI, A. L. **O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais**. Ago. 2001. Disponível em: <<http://www.geocities.com/acompanhamentoterapeutico/palombiniloucoearua.htm>>. Acesso em: 3 jun. 2006.

RODRIGUES, A. G; DE SIMONI, C.; TRAJANO, M. A.; CAMPOS, T. P. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do Sistema. In: BARRETO, A. F. (Org.). **Integralidade e Saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

9 Intervenções psicossociais avançadas



9.1 Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica

Muitas pessoas chegam aos serviços da Atenção Básica com queixas de sintomas físicos para os quais não encontramos explicação médica. Essas reclamações podem ser muito persistentes, de forma que levam a equipe a um esforço grande para detectar qual patologia existe por trás do quadro sintomático. Não havendo evidência clínica de que o sujeito está com alguma doença *real*, muitas vezes a equipe passa a desconfiar dessa pessoa – de que ela esteja mentindo sobre sentir os sintomas, de que ela seja muito *fresca*, de que ela queira *chamar a atenção* de todos.

Contudo, talvez o que exista por trás de tais queixas seja um sofrimento muito grande. E a pessoa que sofre não está conseguindo associar a sua situação de sofrimento aos sintomas que está produzindo. Nesse sentido, cabe ao profissional da Atenção Básica trabalhar no sentido de ajudar a pessoa a perceber que existe o sofrimento – que muitas vezes não é nem mesmo reconhecido por ela – e acolher esse sofrimento com uma postura de empatia e solidariedade, construindo em conjunto com a pessoa um projeto simples que vise ao cuidado da pessoa em sofrimento.

Nesse contexto, reatribuir significa fazer a relação entre as queixas sintomáticas e o sofrimento psíquico. Atribuir o sintoma a um sofrimento que pode não ter sua origem no corpo. E dar ao sofrimento o cuidado que ele demanda. De fato, essa pessoa precisa de atenção, pois não está conseguindo sozinha se dar conta de que sofre com determinado contexto de sua vida. E sobre a reatribuição, todos nós podemos falar a respeito. Quem nunca se deu conta, posteriormente, que certa dor de barriga ou dor de cabeça na verdade estava representando o sofrimento por algo que estava ocorrendo em sua vida? Da mesma forma, sabemos que as crianças sinalizam muito pelo corpo um sofrimento que não necessariamente inicia ali, mas em outra questão em seu entorno.

A ação de reatribuir o significado do sintoma ao sofrimento será o primeiro passo a ser dado no tratamento psicossocial que será ofertado nos serviços da Atenção Básica. Mesmo quando seja o caso de encaminhar a pessoa a serviços especializados, é importante que o trabalho de reatribuição seja realizado no serviço da Atenção Básica, aonde esse sujeito chegou com sua queixa. O vínculo que se estabelece nesse processo de reatribuição será essencial ao bom andamento do seu tratamento.

O processo que segue após iniciado o trabalho de reatribuição será no sentido de (1) abordagem da situação – como os dois falam disso que causa tanto sofrimento ao sujeito; (2) elaboração – o que fazer para que a situação seja mais bem compreendida; e (3) resolução dos problemas psicossociais – o que o sujeito pode fazer para melhorar sua situação e rearranjar a sua vida.

É importante ressaltar que o trabalho de reatribuição demanda um tempo, pois ele não será realizado em um único encontro. Precisa-se levar em consideração que a pessoa que não conseguia atribuir o significado do sofrimento ao seu sintoma – às vezes durante um tempo longo – não irá fazê-lo de uma hora para outra. Assim, além de sensibilidade para lidar com as questões delicadas da vida da pessoa que está em sofrimento, o profissional da Atenção Básica deve empregar também um tempo de dedicação ao cuidado desse sujeito.

O *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011, apresenta um esquema interessante sobre o trabalho de reatribuição. Vale a pena reapresentá-lo neste caderno.

Etapas da terapia de reatribuição

142

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

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

9.2 Terapia comunitária

A Terapia Comunitária (TC) caracteriza-se como mais uma ferramenta à disposição dos profissionais da Atenção Básica no campo da Saúde Mental a ser utilizada no território de atuação. A atividade organiza-se como um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida. A TC visa trabalhar de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico que se realiza naquele momento e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares.

Para a realização da TC, um ou dois terapeutas comunitários com formação e um recinto que permita a realização da roda de conversa são suficientes. Qualquer pessoa que tenha interesse pode participar da TC: usuários portadores ou não de sofrimento e/ou patologia psíquica e/ou orgânica. O espaço é aberto e, para cada encontro, forma-se um grupo que dará conta da sessão do dia.

A partir da apresentação das pessoas, exposição das regras da TC e da escolha do tema do dia, as pessoas relatam suas histórias pessoais e o grupo participa da discussão com perguntas e falas que objetivem a superação das dificuldades do dia a dia – tudo em um clima acolhedor e de empatia. O compartilhamento de vida produz a relação entre os sujeitos, que podem se reconhecer como uma rede de apoio.

No *Guia*, propõe-se as seguintes etapas e regras para a Terapia Comunitária:

Etapas da Terapia Comunitária

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

Regras da Terapia Comunitária

1. Respeitar quem está falando. Fazer silêncio para escutá-lo.
 2. Falar da própria história, utilizando a 1ª pessoa do singular (eu).
 3. Cuidar para não dar aconselhamento, discursar ou dar sermões.
 4. Utilizar músicas que tenham a ver com o tema escolhido, bem como piadas, histórias e provérbios relacionados.
 5. Preservar segredo do que é exposto na TC (comum em comunidades violentas).
-

Ainda conforme o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*, a TC tem como objetivos:

- Fortalecer o processo psíquico de cada um ao favorecer o reconhecimento de seus valores e suas potencialidades. Objetiva-se a promoção de autonomia e independência dos sujeitos.
- Valorizar autoestima do indivíduo e do coletivo.
- Reforçar o papel da família e da comunidade – da rede de relações que envolve os sujeitos.
- Reafirmar as práticas culturais como fomentadoras do exercício da união na família e comunidade.
- Favorecer a identificação dos sujeitos envolvidos com os valores culturais compartilhados na comunidade, proporcionando melhor comunicação entre as formas de saber *popular* e *científico*.

A Terapia Comunitária é realizada em muitos estados do País, sendo reconhecida como uma prática com grande potencial terapêutico. Além disso, destaca-se a sua virtude em favorecer a coesão social nas comunidades, ao fortalecer a relação dos sujeitos que as compõem. O sujeito

ao não se ver sozinho com seu problema, mas acolhido dentro do seu grupo comunitário, e tendo ali o apoio necessário ao seu enfrentamento, sente-se fazendo parte dessa rede. E ao mesmo tempo em que é acolhido e apoiado, também proporciona acolhimento e apoio aos seus companheiros de TC. Trata-se de uma prática de cidadania, uma aposta na força da comunidade, na responsabilização e na competência dos sujeitos.

9.3 Terapias cognitivas comportamentais: ativação

As pessoas que estão com um grau elevado de sofrimento psíquico muitas vezes deixam de fazer atividades que lhes dão prazer. Ações simples como passear, ir ao cinema, ir ao parque, cuidar do jardim, cozinhar, fazer esporte, ler, costurar, entre outras, são abandonadas, retiradas da rotina da pessoa gradativamente, ao mesmo tempo em que o sofrimento vai praticamente tomando conta da vida da pessoa.

Nesse sentido, é importante que os profissionais da Atenção Básica estejam atentos às questões que se seguem:

- A pessoa que está sendo acompanhada ou tratada por questões relacionadas ao sofrimento psíquico continua a fazer atividades que lhe dão satisfação, tranquilidade e/ou prazer?
- O que ela gosta de fazer?
- Há algo que ela deixou de fazer e da qual gostava muito? Por que não voltar a fazê-lo? Como organizar a rotina de modo que se encaixem os momentos de prazer, satisfação e tranquilidade?

Conversar sobre a importância desse tipo de atividade é uma forma de cuidado que o profissional de saúde pode proporcionar à pessoa que está com sofrimento psíquico. Chamamos de *terapia de ativação* essa forma de cuidado que incentiva e apoia a retomada das atividades que oferecem qualquer tipo de satisfação à pessoa.

Tanto nas consultas individuais quanto em momentos de grupo, o profissional da Atenção Básica poderá abordar as questões relativas às atividades prazerosas. E, nestes momentos, ambos construirão um plano de retomada de tais atividades, que poderá ser concebido como uma meta à qual o sujeito se empenhará a atingir. No *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* propõe-se a construção da *agenda positiva* – ferramenta que permite ao usuário e aos profissionais acompanharem o andamento da retomada às atividades. Ainda menciona-se o registro em prontuário do que está se acordando com o sujeito, a fim de que todos os profissionais da equipe que tenham contato com essa pessoa participem do processo, motivando-o na (re)construção do espaço de lazer e satisfação em sua vida. Assim, este tipo de cuidado ocorrerá tanto nas consultas médicas, quanto nas visitas dos agentes de saúde, nos encontros com a enfermagem e nos grupos da Atenção Básica dos quais a pessoa participa.

É sempre importante prestar atenção ao estado motivacional do sujeito – o quanto ele está “animado” quanto a voltar a fazer as atividades, e a sua realidade –, analisando o que de fato

está acessível a este sujeito. Se bem observados estes dois pontos e agindo com cautela, é possível dosar a expectativa de todos envolvidos, evitando provocar frustrações dispensáveis.

9.4 Mediação de conflitos

145

Situações de conflito familiar ou grupal estão entre as principais demandas do profissional ou do serviço da Atenção Básica que, não raramente, sente-se despreparado ou inseguro sobre a condução dessas demandas. Ao profissional, cuja prática pressupõe vínculo mais próximo com usuário, cabe muitas vezes mediar situações de conflito e assumir um papel de *agente neutro*, adotando estratégias que contribuem para a resolução de um dado conflito. Muitas vezes essas intervenções dependem da adoção de algumas técnicas simples e de conhecimentos práticos que facilitam a condução dessas situações, contribuindo sobremaneira para resolução do problema. Nessa linha de raciocínio, entende-se que, não necessariamente, os processos de mediação de conflitos dependem de especialistas com aprofundados conhecimentos acerca das relações humanas.

A vivência pessoal, a qualidade dos vínculos de confiança e a utilização de algumas técnicas e conhecimentos que orientam a percepção são determinantes na intermediação das situações conflituosas. Nesse sentido, a atuação do profissional pressupõe um exercício exploratório de sua própria subjetividade e das relações que estabelece com os usuários do serviço e com a comunidade. Trata-se muitas vezes de ativar potencialidades e de permanecer atento às fragilidades pessoais que as experiências vividas e o exercício profissional proporcionam. Apropriar-se de algumas técnicas e estratégias para mediar conflitos também pode ser decisivo para a atuação do profissional no seu campo de trabalho.

A mediação de conflito envolve a capacidade de transformar conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados práticos. Pressupõe a utilização e o desenvolvimento de habilidades comunicativas, cognitivas, sociais e emocionais que estão imbricadas com crenças e atitudes que levam à elaboração de um modelo mental.

Os modelos mentais dependem da forma como as pessoas percebem o ambiente a sua volta, muitas vezes distorcendo a realidade e transformando certas circunstâncias em generalizações codificadas pela falta de informações. Diz respeito à representação da realidade formada em nossas mentes e são estabelecidos a partir de uma trama complexa de recursos cognitivos e afetivos, envolvendo crenças constituídas de modo preconcebido, sentidos e estrutura cognitiva, emocional e física. Toda essa trama resulta em comportamentos, atitudes e temperamentos que influenciam diretamente na situação de conflito.

Neste tópico serão abordados aspectos importantes da dinâmica que envolve os conflitos, a partir de uma síntese adaptada do conteúdo apresentado no *Treinamento de Negociação e Gestão de Conflitos*, disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos seus servidores e ministrado por Francisco Guirado (2011).

O que é importante sabermos sobre o conflito e as estratégias para sua mediação

Ainda que se estabeleça por dissemelhanças ou divergências, a predisposição das pessoas em tratar de seus conflitos as une em torno de uma tarefa comum e específica (PICHON-REVIÉRE, 1998). As situações de conflitos caracterizam-se pela manifestação de posições opostas ou divergentes entre duas ou mais partes, porém com a necessidade compartilhada de resolver uma situação comum. As posições divergentes são estabelecidas a partir daquilo que se quer, de maneira preconcebida, refletindo interesses pessoais. O conflito é, portanto, um fenômeno social decorrente do confronto de interesses entre dois ou mais atores.

É possível verificarmos efeitos positivos e negativos em uma situação de conflito. Por um lado, positivo porque podem despertar sentimentos e energias que causam coesão grupal; rompem a rotina; desafiam a acomodação de ideias; desvendam problemas; aguçam a percepção; estimulam a percepção e conduzem ao desenvolvimento pessoal. Por outro lado, negativos porque podem bloquear esforços; produzir sentimentos de frustração, hostilidade e tensão e distorcem percepções.

Para orientar a intervenção em uma situação de conflito é importante que identifiquemos, antes de tudo, a intensidade desse conflito:

- **Situações de normalidade:** podem ser entendidas como conflitos em que os próprios envolvidos conseguem resolvê-lo com seus próprios recursos de diálogo e persuasão. Não requer, portanto, a intervenção de um agente externo.
- **Situações de crise:** as situações de crise relacional caracterizam-se pela intimidação, atuações enérgicas marcadas por forte emoção e desgaste dos vínculos. Esta circunstância sugere a intervenção de um agente neutro ou mediador.
- **Situação de conflito extremo:** caracteriza-se por situações de sujeição e destruição sugerindo aguardar o apaziguamento para a retomada de negociações.

Lembremos que posições pessoais envolvem crenças, interesses, percepções, sentimentos. Em uma situação de conflito temos as *posições diferentes*, que dizem respeito “àquilo que se quer obter”, e *interesses*, que dizem respeito ao “porque se quer”. São os motivos pelos quais uma posição é adotada.

Os interesses estão constituídos por diversos fatores: *históricos; estruturais; características próprias da personalidade; fatores comunicacionais*. Os fatores *históricos* referem-se a modelos mentais persistentes e emoções fortemente arraigadas. Os *estruturais* referem-se à ausência de normas, regras de conduta ou leis, práticas de soluções paliativas para lidar com conflitos e manter o foco exclusivamente em posições em vez de interesses. As *características próprias da personalidade* referem-se, por exemplo: às crenças pessoais e sentimentos hostis; os *fatores comunicacionais* referem-se à audição ineficiente, ideias mal expressas, pressão grupal etc.

A congruência desses fatores é ilustrada também por Madalena Freire (FREIRE, 2000) como “resultado da dialética entre a história do grupo (movimento horizontal) e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências (movimento vertical) no

suceder da história da sociedade em que estão inseridos”. Essas variáveis podem ser fatores desencadeantes ou agravantes do conflito.

Considerando que as posições são formas preconcebidas de apresentar o problema, elas não consideram os reais interesses que levaram as partes ao conflito. É importante que se mantenha o foco da mediação nos interesses e não nas posições. Essa conduta do mediador permite atingir o problema de maneira mais central, movendo as pessoas das posições polarizadas, promovendo o entendimento mútuo e possibilitando uma percepção do problema sob outro ponto de vista. Isto leva o grupo a posicionamentos mais próximos à cooperação e provoca opções criativas.

Um exercício importante no papel do mediador é o da escuta. Ouvir e promover a escuta grupal, de modo que reflitam sobre o que foi dito, reavaliando posições, é condição facilitadora para o entendimento. Proporciona-se, desse modo, a disposição de mudar diante das evidências e a partir de novas ideias que venham a surgir.

Outra conduta bastante eficaz no processo de mediação de conflitos são as perguntas exploratórias. O questionamento é o caminho mais curto para desvelar emoções, juízos de valor e interesses a partir das opiniões e posições, visando elucidar a estrutura dos modelos mentais. Expressar as emoções em situações de grupo pode requerer algum tempo, pois as pessoas mantêm, naturalmente, reservas para expô-las, já que podem revelar segredos, particularidades e aspectos da intimidade. Pressupõe vínculos de confiança que variam em cada grupo, conforme predisposição de cada componente, perfil dos participantes e do mediador.

Uma mediação que não transmite confiança e certa isenção desfavorece a condução da situação para a resolução do conflito. Por isso mesmo, o mediador que conta com o reconhecimento do grupo atua como um importante facilitador.

Vejamos alguns dos principais obstáculos à resolução do conflito:

- Baixo domínio sobre as disposições emocionais e cognitivas.
- Crenças limitantes.
- Foco argumentativo restrito as posições individuais sem elucidar os interesses das partes mantendo-os ocultos.
- Limitadas habilidades sociais e comunicativas.

Os obstáculos relativos às disposições emocionais demandam mais considerações para melhor orientar o processo de mediação de conflito, vejamos:

As emoções nos preparam para reagir rapidamente a eventos essenciais de nossa vida. Funciona como um atalho reacional. Nossas decisões e respostas mais imediatas aos estímulos externos são mais prontamente influenciadas pelas emoções do que pela razão.

As emoções são constituídas por crenças inconscientes que, por sua vez, afetam e são afetadas pelas emoções. Emoções levam algum tempo para serem modificadas. É esperado que certas manifestações emocionais reapareçam de modo insistente ao longo da vida – ainda que sejam

indesejados, e que se despenda energia para modificá-las. Tais mudanças de comportamento, ainda que venha de modo mais lento que o desejado, opera-se por processos psicológicos, tais como reestruturação dos valores pessoais e arrependimentos. Podem ainda se manter inalterados quando justificados pela razão. Os recursos que promovem autoconhecimento são importantes meios para a revisão dos comportamentos, o que se dá, principalmente, a partir da interação com o outro. Por essa via, identificamos nossas limitações, potencialidades e estados emocionais que compõem nossa personalidade, cujas influências sociais e culturais são determinantes.

- As emoções estão presentes de diferentes maneiras na linguagem verbal e corporal dos indivíduos. Estar atento às expressões das emoções e desvelá-las é um importante expediente para a mediação de conflitos. Algumas das principais emoções são: o medo, a raiva, a calma, a tristeza e a alegria. Entretanto, várias outras manifestações emocionais e suas variações, podem ser citadas: dúvida, aversão, desprezo, irritação, nojo, culpa, felicidade, ansiedade, surpresa, desgosto, desprezo, entre tantas outras.

Por fim, vale citar alguns procedimentos para mediar situações de conflito, abordados no “Treinamento de Negociação e Gestão de Conflitos”, (GUIRADO, 2011).

- Percepção do conflito: pode estar latente no grupo ou apenas sentida.
- Enfrentamento do conflito: montar estratégias de abordagem, verificando as disposições grupais para resolução e os momentos mais adequados para tratá-los.
- Compreensão da natureza do conflito:
 - Ouça a posição das partes.
 - Esclareça a versão dos fatos que sustenta cada posição atribuindo o mérito de cada uma.
 - Descubra os interesses e os sentimentos que permeiam a situação de conflito.
 - Identifique o problema preliminar relacionado ao conflito e busque concordância das partes para essa definição.
 - Busque o máximo de informações possíveis sobre o problema preliminar, procurando identificar outros problemas relacionados.
 - Elimine informações desnecessárias.
 - Estabeleça a relação de causa e efeito entre os problemas identificados.
 - Redefina o problema principal considerando os interesses das partes.
 - Transforme os demais problemas em questões a serem resolvidas sequencialmente.
- Opções de solução do conflito:
 - Compartilhar as informações levantadas e os diversos pontos de vistas com todos os envolvidos.

- Definir prioridades entre as questões a serem resolvidas.
- Estimular a proposição de soluções que atendam aos méritos e interesses de cada parte, considerando todas as soluções como possíveis.
- Estimular a apresentação de argumentos a favor e contra cada solução.
- Estimular a compreensão das implicações positivas e negativas de cada solução e a exposição de todas as críticas e dúvidas.
- Resolução do conflito:
 - Evite o recurso do voto como método de tomada de decisão.
 - Proponha escolhas da solução que melhor satisfaça os interesses e as necessidades de todos os envolvidos.
 - Busque o compromisso de todos com a solução escolhida.

9.5 Terapia Interpessoal Breve (TIB): intervenção breve na dependência de álcool e outras drogas

A *Intervenção Breve (IB)* é uma estratégia terapêutica que vem sendo cada vez mais utilizada na abordagem das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, especialmente nos serviços que compõem a Rede de Atenção Básica à Saúde. Esse crescimento se deve a alguns fatores, como o baixo custo para sua implementação e manutenção, pela efetividade constatada por alguns estudos (KAARIANEN et al., 2001) no que se refere à diminuição de problemas associados ao consumo especialmente do álcool, por ser utilizada por diferentes categorias profissionais (psicólogos, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e outros) e como uma ferramenta importante que permeia a prevenção primária e o tratamento em si (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

Entende-se a IB como uma técnica de abordagem para a diminuição dos problemas associados ao uso de substâncias em que o principal objetivo é identificar o problema e motivar a pessoa a alcançar determinadas metas estabelecidas em parceria com o profissional de saúde. Essas metas podem ser iniciar um tratamento, rever seu padrão de consumo e planejar uma possível redução ou, ainda, obter mais informações sobre os riscos e os problemas que estão associados a esse uso. Outra característica da IB é o estímulo à *autonomia* das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (MARQUES; FURTADO, 2001).

As IBs podem durar de cinco a 30 minutos, sendo constituídas por uma curta sequência de etapas que inclui:

- A identificação e dimensionamento dos problemas ou dos riscos, geralmente por meio do uso de um instrumento padronizado de rastreamento, como o Audit³.

³ Para mais detalhes, ver tópico 6.2.

- O oferecimento de aconselhamento, orientação e, em algumas situações, monitoramento periódico do sucesso em atingir as metas assumidas pela pessoa (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

Esta intervenção pode acontecer no decorrer de um atendimento de rotina, por exemplo, em que o profissional, suspeitando da relação entre a queixa apresentada pela pessoa e uma possível associação com o uso de alguma substância, faz uma abordagem de modo a investigar o uso e verificar sua relação com os problemas de saúde apresentados.

As IBs são, geralmente, indicadas para aquelas pessoas que estão em *uso abusivo* de substância, ou seja, ainda não desenvolveram sinais nem sintomas que sejam passíveis de considerá-las dependentes.

O uso abusivo difere-se da dependência por não haver um desejo extremamente forte para o consumo da substância e, também, por não haver a perda do controle devido ao uso e nem à dependência física. Além disso, a dependência inclui o aspecto da *tolerância*, em que a pessoa necessita de quantidades crescentes da substância para se obter o efeito desejado (NATIONAL INSTITUTE..., 2010).

Em razão da brevidade desse tipo de intervenção, geralmente não se indica essa modalidade para pessoas com problemas graves, como a própria dependência de substâncias, uma vez que, em geral, essas pessoas apresentam outros problemas associados e, nesse caso, uma intervenção breve não seria capaz de promover o cuidado. Entretanto, pode ser útil para sensibilizar e motivar a pessoa a rever seu padrão de consumo e aderir a uma proposta de tratamento (MICHELLI; FORMIGONI, 2004).

Alguns exemplos de opções e estratégias de IB:

- Sugira à pessoa que faça um diário sobre seu uso de substância, registrando, por exemplo, onde costuma (ou costumava) usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco.
- Identifique com a pessoa algumas atividades que possam lhe trazer prazer, por exemplo, alguma atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, sair com pessoas para atividades de lazer. Após essa identificação, proponha a ela que faça alguma dessas atividades no período em que, geralmente, estaria usando a substância.
- Forneça informações sobre os prejuízos associados ao uso de drogas e sobre a rede de cuidados disponíveis onde a pessoa possa buscar ajuda especializada, se for o caso.
- Procure ter conhecimento dos recursos existentes na comunidade, para ajudá-la a identificar atividades que seriam de seu interesse participar, como centros de convivência, oficinas, atividades esportivas e outras.
- Descubra algo que a pessoa gostaria de ter e sugira que ela economize o dinheiro que normalmente gastaria para obter a substância para adquirir aquele bem. Faça as contas com ela sobre quanto ela gasta. Por exemplo, um fumante que gaste R\$ 3,00 por dia com cigarros, em um mês economizaria R\$ 90,00 e em 6 meses R\$ 540,00. Com este dinheiro, poderia comprar uma TV nova, por exemplo, ou pagar mais da metade de um computador

completo. Contas simples como essa podem ajudar a perceber o prejuízo financeiro, além dos problemas de saúde. (BRASIL, 2010).

A Atenção Básica é um espaço estratégico de cuidado com relação à detecção precoce de problemas pelo uso de álcool e outras drogas, pois contribui para que as pessoas identificadas como usuárias de risco, possam receber cuidados antes de evoluírem para um possível quadro de dependência. Nesse sentido, a qualidade da escuta e da abordagem do profissional de saúde é fundamental para identificar os problemas associados e propor uma intervenção imediata (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

Referências

152

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care**. Genebra: World Health Organization, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA)**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

GUIRADO, F. **Treinamento de negociação e gestão de conflitos: caderno de exercícios**. Brasília: [s.n.], 2011.

MICHELLI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction**, London, v. 99, p. 570-578, 2004.

KAARIAINEN, J. et al. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. **Alcohol Alcohol**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 141-146, 2001.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p. 2628-2632, 2004. Suplemento 1.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (US). **Rethinking drinking: alcohol and your health**. [S.l.]: [s.n.], 2010.

10 Principais medicamentos da saúde mental na APS



Os psicofármacos são um recurso entre outros para o tratamento em Saúde Mental, entretanto, o seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta. É a partir do momento em que o usuário compreende e se responsabiliza pelo uso da medicação que passará a não somente demandar “troca de receitas”, mas poderá se implicar um pouco diante das queixas que traz. Para o profissional, diante de alguém em sofrimento, é importante considerar a perigosa ideia de que o remédio possa representar uma solução rápida, uma resposta para uma angústia que sente diante da impotência e da vontade de extirpar o problema. “Muita calma nessa hora”. Uma escuta atenta e mesmo adiar a prescrição para o próximo encontro podem ser peças fundamentais no vínculo que vai sustentar a gestão compartilhada do uso daquela medicação. Uma parceria que, desse modo, já nascerá com consistência.

Vale a pena desmistificar o nome de “medicamentos psiquiátricos”, o que sugere que somente os psiquiatras sabem prescrevê-los. Falaremos aqui de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central e que podem ser utilizados quando aspectos relacionados a dimensões do comportamento, do pensamento, do sono, da vontade, de várias dimensões da vida de uma pessoa – aquelas que discutimos anteriormente em “o que é uma pessoa” – são trazidas como principal problema durante um contato com um usuário. Conhecer um pouco mais sobre esses medicamentos é fundamental para desfazer mitos e tabus, assumir responsabilidade sobre o cuidado longitudinal e evitar referências e contrarreferências desnecessárias. Uma leitura atenta também será bastante valiosa em um momento de interação com algum profissional da Saúde Mental.

É importante que as equipes da Atenção Básica possam ter uma expectativa realista de que tipo de problema de saúde mental pode ou não responder a uma determinada medicação. É preciso nem transformá-la em panaceia, nem desacreditá-la totalmente. Sintomas psicóticos (alucinações auditivas, vozes de comando, delírios de perseguição), insônia, agitação duradoura (não somente reativa a uma frustração ou situação específica), sintomas prolongados de tristeza e desvalia, ansiedade incapacitante costumam apresentar respostas satisfatórias. Por outro lado, em situações onde o contexto familiar, laboral ou interpessoal é um componente importante dos fatores desencadeantes, pode ser inútil depositar grandes expectativas em torno de uma ou outra medicação. Assim, é importante considerar ambas as dimensões: definir um ou alguns problemas-alvo para a medicação e também fazer caber a prescrição dentro de um projeto terapêutico que contemple outras intervenções.

Outra reflexão muito importante na hora de prescrever um medicamento é considerar que efeitos desejáveis ou indesejáveis é uma questão de ponto de vista. A sonolência de um neuroléptico pode ser desejada para alguém com insônia e extremamente desagradável para outra pessoa mais sensível. A inapetência causada por alguns antidepressivos pode ser excelente para alguém que passou a comer mais por ansiedade, mas pode representar risco de morte para outro que perdeu o apetite desde o início dos sintomas. Algumas vezes, há, também, riscos em medicações que parecem “inofensivas”. Partir desse raciocínio pode tornar a equipe menos presa à classe do medicamento, que vem a ser apenas uma mera convenção e que pode às vezes engessar o raciocínio clínico por detrás da decisão da prescrição.

Um raciocínio interessante é considerar o tempo de cada medicação: algumas situações demandam “apagar incêndio” e o efeito em curto prazo é o mais esperado. É o caso de uma crise

de ansiedade, ou de alguém em episódio psicótico grave (ex.: delírios persecutórios bastante invasivos) que está se colocando em risco de morte. Em outras situações, os efeitos tardios (que levam alguns dias ou semanas para iniciar) devem estar no horizonte da intervenção. Aproveitando os exemplos anteriores, uma crise de ansiedade não pontual e não reativa poderá apontar para a prescrição de um antidepressivo, que levará pelo menos dez dias para iniciar seu efeito terapêutico. No caso do episódio psicótico grave, os efeitos antipsicóticos propriamente ditos começam após alguns dias.

A propósito, é estratégico colocar aspas no nome das classes das medicações. Quando falamos em “antipsicótico” ou “antidepressivo”, estas classificações não restringem o uso da substância àquele diagnóstico nosológico – o nome da doença que consta no CID ou no DSM. Aliás, o diagnóstico nosológico nunca deve estar em primeiro plano, ele jamais pode substituir o nome da pessoa. Nessa linha de pensamento, aprendemos que os antagonistas dopaminérgicos agem *também* sobre sintomas psicóticos, os inibidores da recaptação da serotonina produzem *também* efeitos sobre situações crônicas e graves de desmotivação e perda de interesse pelo ambiente e/ou pelas pessoas. É comum, por exemplo, o uso de um “antidepressivo” para quadro de ansiedade sem sintomas depressivos ou de um “antipsicótico” para insônia sem sintomas psicóticos. Ter isso em mente e poder esclarecer isto ao usuário pode ser bastante proveitoso.

Como ocorre com qualquer outra prescrição, é importante que o profissional tente usar sempre as doses mínimas necessárias. Lembre-se de sempre propor reduções graduais e para isso, pesquise se aquele medicamento tem formulações em gotas ou xarope que podem ser bastante úteis na hora titular a dose. Procure, quando possível, utilizar uma folha do receituário simples para a orientação do uso dos medicamentos: nome, aspecto (cor e tamanho do comprimido), quantidade e hora/turno de tomar, em letras de forma e de visualização simples. Vale a pena também checar se quem vai tomar o remédio compreendeu minimamente como será sua utilização.

As medicações utilizadas em Saúde Mental apresentam certas peculiaridades quando utilizadas em crianças e idosos. No primeiro grupo, é fundamental problematizar a indicação. Quando bem indicadas, é importante saber que as crianças costumam ter uma metabolização hepática mais eficiente, o que sugere fragmentação das doses ao longo do dia, além da necessidade de checar a dose por quilo de peso (que pode ser até maior que de adultos). Nos idosos, é recomendável utilizar doses mais baixas que as de adulto, considerando metabolização mais lenta e maior sensibilidade aos efeitos sedativos, o que pode elevar consideravelmente o risco de quedas e suas consequências. Esses grupos etários também estão particularmente propensos a respostas paradoxais.

10.1 As principais classes de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central

Optamos aqui por utilizar a classificação mais utilizada na maioria das referências bibliográficas. Levamos em consideração as diferentes dimensões da pessoa e de tudo o que se atravessa na singularidade da história de cada um e que pode causar sofrimento. Dessa forma, precisamos

ter claro de que não estamos lidando com “desequilíbrios químicos” como causa do sofrimento com o qual cada profissional vai lidar. Não podemos pensar em cada droga como “corrigindo um problema de neurotransmissão”, mas como produzindo estados diferentes dos anteriores, com os riscos e benefícios intrínsecos a cada decisão clínica que se toma.

Como dissemos há pouco, essas classes se referem às indicações mais comuns dessas substâncias, mas sempre considerando a relativização entre efeito-alvo e efeito indesejado. As principais classes e que serão tratadas são:

- Neurolépticos
- Benzodiazepínicos
- “Antidepressivos”
- “Estabilizadores de humor”

10.2 Neurolépticos

Os antipsicóticos ou neurolépticos tiveram um papel bastante importante no processo de desinstitucionalização e tornaram possíveis altas de pacientes bastante graves que viveram nos manicômios durante décadas. Foram descobertos (por acaso, como a maioria dos medicamentos que agem no sistema nervoso central) na década de 1950 e, até hoje, configuram-se como escolhas bastante seguras, apesar de bastante desconfortáveis para algumas pessoas mais sensíveis aos seus efeitos indesejados. Agem basicamente bloqueando a transmissão da dopamina no cérebro, com efeitos motores (uma espécie de “contenção química”), hormonais (aumento da prolactina) e sobre o pensamento (melhora de sintomas psicóticos ou pensamento mais lento ou embotado). Alguns dos neurolépticos apresentam formulação injetável de depósito, sendo extremamente úteis nas situações onde o uso diário por via oral torna-se muito difícil como, por exemplo, quando o usuário enfrenta dificuldades na cogestão dos medicamentos que usa e sua rede de suporte é frágil demais para ajudá-lo a organizar os comprimidos que toma em diferentes horários.

Os neurolépticos mais antigos são conhecidos como *típicos ou convencionais*. Têm um perfil de efeitos indesejados mais proeminentes que serão comentados mais adiante. Entretanto, eles são bastante eficazes (tanto quanto os mais *modernos*) no tratamento do que chamamos sintomas psicóticos positivos (delírios e alucinações). Podem ser de alta, média e baixa potência. Os de alta potência (ex.: haloperidol) causam mais efeitos motores (*impregnação*); os de baixa potência (ex.: clorpromazina, levomepromazina, tioridazina), tendem a ser mais sedativos e a provocar maior ganho de peso, entre outros problemas.

Os antipsicóticos atípicos, por sua vez, são mais recentes, produzem menos efeitos motores e costumam ser mais bem tolerados. No entanto, vários deles provocam importante ganho de peso. Sua eficácia é semelhante aos típicos em termos de sintomas positivos e sua ação nos sintomas negativos (embotamento afetivo, isolamento) é controversa. Alguns deles (risperidona,

olanzapina e clozapina) estão disponíveis no SUS apenas via programas de medicações excepcionais, que dependem de solicitação específica com justificativa sujeita a análise.

Principais sintomas-alvo

158

Como dissemos, é fundamental ter em mente o que se espera da medicação. Abaixo temos o que se pode esperar de um neuroléptico.

- Ação sobre sintomas psicóticos (delírios e alucinações) primários ou secundários ao uso de substâncias. Cabe aqui uma ressalva: nem todo “escutar vozes” ou “ver vultos” é sintoma psicótico e precisa automaticamente de uma prescrição. Os sintomas psicóticos que respondem à medicação geralmente vêm acompanhados de uma série de mudanças “atípicas” na vida da pessoa e raramente ocorrem isolados. Estes sintomas também dificilmente encontram uma explicação em eventos recentes.

Dona Elisandra perdeu uma irmã há dois dias. Vem à unidade com piora importante nas dores, picos de pressão importantes e conta que ouve a irmã chamando-a. Elas cresceram juntas, passaram por muitas dificuldades. Essa irmã foi quem cuidou de Fernando quando Elisandra precisou ficar hospitalizada. Roberta optou por agendar uma VD e conversar melhor com Filomena. Como o evento era tão recente, Roberta mobilizou a equipe de modo a que todos pudessem oferecer um suporte neste momento de luto.

- Insônia: clorpromazina e levomepromazina – em doses baixas podem ser boas escolhas, mas raramente seriam as primeiras escolhas pela gama de outros efeitos.
- Tiques: o haloperidol em doses baixas tem boa eficácia em quadros crônicos de tiques.
- Dificuldade de controle de impulsos/risco de agressividade ou agitação não reativa/difusa: essas acabam sendo as principais situações onde os neurolépticos são empregados. Funcionam como “contenção química” e muitas vezes são utilizados por longos períodos. A decisão de iniciá-los deve ser bastante cautelosa porque retirá-los pode se tornar bastante difícil, em parte porque os efeitos “terapêuticos esperados” podem acomodar a família e a equipe, silenciando a necessidade do trabalho para que essa agressividade ou agitação possa operar de outra maneira. Um uso bastante comum é na dependência de *crack*, como maneira de se produzir uma contenção química, quase que como uma “internação domiciliar” que evite que o usuário saia de casa nos primeiros dias, quando a abstinência e a fissura podem ser graves.
- Como tranquilizador rápido nas situações de crise grave: os neurolépticos são muito efetivos e seguros no manejo das situações de agitação grave. O haloperidol associado à prometazina pode produzir sedação e contenção em cerca de 20 minutos. É fundamental, entretanto, sempre contar com o profissional que tenha mais vínculo com o usuário na hora de negociar o uso. E sempre vale a pena oferecer inicialmente medicação via oral, mesmo diante de situações que pareçam caóticas.

Durante uma VD a uma família que havia se mudado recentemente, Eliane, a técnica de enfermagem da UBS, ouve gritos e barulhos na casa da esquina. Assustada, vai à porta e vê Fernando jogando pedras na casa e gritando “fora da casinha”. Tenta se aproximar dele, ele faz um olhar ameaçador e ela recua. Coincidentemente, Roberta liga para o seu celular nesta mesma hora, ouve a gritaria, e Eliane conta o ocorrido. Imediatamente Roberta se dirige para o cenário da crise e vê Fernando em franca agitação. Eliane grita: “Doutora Roberta, ele estava usando cocaína dentro de casa, que vergonha!”; Roberta se aproxima, Fernando parece confuso e grita com ela: “Sai daqui, sai daqui, vai cuidar da sua vida”. Roberta não desiste e vai negociando com Fernando. Após longos e intensos 50 minutos, Fernando aceita tomar 2 comprimidos de clorpromazina que tinha em casa. Não foi necessário acionar o SAMU.

Efeitos indesejados

Os mais comuns envolvem “impregnação motora” (efeitos extrapiramidais). Esses efeitos ocorrem porque, explicando de maneira muito simplificada, o sistema de “ajuste fino” da motricidade fica inibido, o que pode causar contrações vigorosas e sustentadas. São chamados efeitos extrapiramidais. É relativamente comum a pessoa que está usando um neuroléptico típico queixar-se de que “o pescoço entortou”, “os olhos viraram pra cima” ou “os dentes trincaram”. O manejo destas situações é bastante simples, sendo fundamental tranquilizar familiares e o próprio usuário de que a distonia não envolve risco de morte (apesar da grave manifestação motora).

A ansiedade é um importante complicador da distonia, portanto, tranquilizar e explicar pode ser “meio caminho andado”. Pode-se lançar mão de medicações com efeitos anticolinérgicos como por exemplo o biperideno (2mg oral ou injetável) ou a prometazina (25mg oral ou injetável).

Outro efeito indesejado é a perda da mímica facial (que pode ser confundida com depressão) e vir acompanhada de:

- Tremor de repouso.
- Acatisia, marcada por uma inquietação motora (a família vai relatar que a pessoa passou a “não parar quieta”, fica “marchando”). Isto pode até ser confundido com baixa resposta à medicação (e com uma equivocada elevação da dose que piora os sintomas de acatisia), mas que pode ser manejada com propranolol 40-80mg/dia ou clonazepam 0,5-2,0mg/dia.
- Discinesia tardia, que se apresenta com movimentos repetitivos e/ou circulares que persistem. Costumam ocorrer em pessoas que usam neurolépticos por longos períodos. Representam um desafio no manejo medicamentoso. Estas situações, felizmente raras, devem ser tratadas em parceria com a equipe da Saúde Mental do território.

Nessas situações, é fundamental reduzir a dose do neuroléptico, “tateando” entre uma dose eficaz e tolerável, ou optar por outro neuroléptico.

Além dos efeitos motores, deve-se estar atento para:

- Efeitos anticolinérgicos, que são bastante comuns: mucosas secas, visão borrada, constipações, retenção urinária.

- Ganho de peso: pode ser muito significativo, sendo necessário monitorar dieta e o peso.
- Efeitos cardíacos: clorpromazina e tioridazina podem apresentar cardiotoxicidade.
- Hipotensão postural: mais comum com os antipsicóticos de baixa potência (clorpromazina, tioridazina, levomepromazina), exigindo orientações para o risco de desmaios e quedas.
- Efeitos endócrinos: aumento na secreção de prolactina, resultando em galactorreia e amenorreia.
- Efeitos sexuais: a anorgasmia e a redução da libido são muito comuns e podem representar impasses importantes na continuidade do uso. Nesses momentos um bom vínculo pode ser precioso na negociação de medicações e dosagens.
- Diminuição do limiar convulsivo para alguns antipsicóticos, sobretudo os de baixa potência e para a clozapina.

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.
Levomepromazina	120	100 – 300	25 – 600	Baixa potência. Evitar o 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).
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 hematológico (semanalmente, nas primeiras 18 semanas, e mensalmente, após esse período).

* referente a 100mg de clorpromazina

Como raciocínio global, vale pensar que os antipsicóticos de alta potência (haloperidol) têm um perfil mais pronunciado de efeitos indesejados motores e os de baixa potência (clorpromazina, tioridazina, levomepromazina) apresentam mais queixas sistêmicas (cárdio, anticolinérgica, convulsões etc.).

10.3 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são os “campeões de audiência” em termos de utilização no Brasil (e colocam o Brasil no topo de *ranking* dos países que mais os consomem). Ambiguamente, são motivo de revoltas e tabus no dia a dia das unidades, com usuários implorando por renovação de receitas e médicos contrariados em fazê-lo. Enfrentar esta pandemia (dada a cronicidade das altas taxas de uso) deve ser tomada como uma responsabilidade compartilhada.

Os benzodiazepínicos conseguiram justamente se popularizar por terem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos⁴. Talvez por isso, ocupam um

⁴ Os barbitúricos foram amplamente empregados desde 1903 como hipnóticos até o aparecimento das benzodiazepinas, na década de 1960. A partir daí, suas indicações restringiram-se. Hoje, alguns deles são úteis como antiepilépticos. Depois que milhares de pessoas já haviam se tornado dependentes, é que surgiram

lugar particularmente importante no imaginário popular e, em algumas práticas cronificadas dos serviços de saúde, podem funcionar como um escape para a impotência do profissional diante das queixas e sintomas subjetivos dos pacientes, sem um equivalente orgânico.

Lamentavelmente, esta prática produz a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos. O uso continuado provoca fenômenos de *tolerância* (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso). Outros efeitos bastante comuns são os déficits cognitivos (perda de atenção, e dificuldade de fixação), que tendem a se instalar no curso da utilização desses medicamentos.

Em si, quando bem indicados, os benzodiazepínicos podem se configurar como ferramentas úteis e confiáveis como indutor de sono em situações de adaptação a estresse, por exemplo. Mas é preciso ter o máximo cuidado na hora de iniciar o uso dessas medicações, colocando sempre um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário a redução gradual. Outra estratégia muito interessante é optar por formulações em gotas (no Brasil temos o clonazepam e o bromazepam) que permitem titulações lentas e praticamente imperceptíveis nos “degraus”. Por exemplo, reduzir uma gota (equivalente a 0,12mg de clonazepam) a cada duas ou mais semanas, parece colocar a redução da medicação em um patamar viável para o usuário. Quando não for possível a suspensão total, é importante repensar a relação do usuário com o “remédio”, com o médico que o prescreve e com a equipe de Saúde.

É fundamental considerar que, para o manejo de longo prazo para queixas crônicas de “ansiedade”, é mais interessante incluir alguma medicação “antidepressiva” (amitriptilina, fluoxetina etc.). Vale a pena esgotar as opções destes “antidepressivos” (substâncias e doses) e resguardar ao máximo o uso dos benzodiazepínicos.

Todos os benzodiazepínicos agem de maneira idêntica: eles ativam o sistema Gaba, que é um sistema inibitório da função neuronal. Daí seus efeitos sedativos, relaxantes musculares e mesmo anticonvulsivantes. Inclusive, é interessante esclarecer que muitos benzodiazepínicos aparecem como “anticonvulsivantes” na bula, o que pode assustar algumas pessoas mais “precavidas” e que gostam de ler a bula.

normas reguladoras que dificultaram a sua aquisição.

Efeitos físicos e psíquicos: São capazes de deprimir (diminuir) várias áreas do cérebro; as pessoas podem ficar sonolentas, sentindo-se menos tensas, com uma sensação de calma e de relaxamento; a capacidade de raciocínio e de concentração também ficam afetadas; com doses maiores, causa sensação de embriaguez (mais ou menos semelhante à de tomar bebidas alcoólicas em excesso), a fala fica “pastosa”, a pessoa pode sentir dificuldade de andar direito, a atenção e a atividade psicomotora são prejudicadas (ficando perigoso operar máquinas, dirigir automóveis etc.). Em doses elevadas, a respiração, o coração e a pressão sanguínea são afetados.

Efeitos tóxicos: Os barbitúricos são drogas perigosas pois a dose que começa a intoxicar as pessoas está próxima da que produz efeitos terapêuticos desejáveis; os efeitos tóxicos são: sinais de incoordenação motora, início de estado de inconsciência, dificuldade para se movimentar, sono pesado, coma onde a pessoa não responde à nada, a pressão do sangue fica muito baixa e a respiração é tão lenta que pode parar (a morte ocorre exatamente por parada respiratória). Os efeitos tóxicos ficam mais intensos se a pessoa ingere álcool ou outras drogas sedativas.

Os barbitúricos levam à dependência, desenvolvimento de tolerância, síndrome de abstinência, com sintomas que vão desde insônia, irritação, agressividade, delírios, ansiedade, angústia, até convulsões generalizadas. A síndrome de abstinência requer obrigatoriamente tratamento médico e hospitalização, pois há perigo de a pessoa vir a morrer.

Dona Matildes, vizinha de dona Filomena, entra na sala de espera furiosa. “O que vocês estão pensando de mim, hein? Que eu dou ataque epilético? Uma ova, uma ova! Eu não sou epilética não! Eu tomei Gardenal quando eu era criança porque eu tinha disritmia, mas não sou convulsiva não! E tá aqui na bula com todas as letras! E aí daquela doutora se passar na minha frente”. Ronaldo, o recepcionista, sozinho na UBS em plena hora de almoço, dedica uns minutos de prosa a Matildes. Com a chegada de Marcela, enfermeira, a situação se esclarece. O clonazepam havia sido prescrito apenas por alguns dias por uma situação pontual. Dona Matildes e Marcela puderam ler a bula juntas.

Os benzodiazepínicos diferem basicamente em termos de meia vida, tempo de absorção e via de eliminação. Por exemplo: alguns têm rápido início de ação e tempo de ação mais curto para insônia inicial (perfil indutor do sono). Outros têm tempo de ação intermediário para pessoas que dormem bem, mas acordam no meio ou no final da noite. Outros, ainda, têm a duração do efeito prolongada para auxílio no tratamento de quadros ansiosos (perfil ansiolítico).

Como dito, seu sintoma-alvo principal é a ansiedade, seja por reação aguda ao estresse, em crises psicóticas ou em quadros “primários” de transtorno de ansiedade. Por seu efeito sedativo e relaxante, também são muito utilizados para insônia. Também podem ser úteis na síndrome de abstinência tanto de álcool quanto de cocaína ou *crack*. Os riscos dos benzodiazepínicos, além da dependência, estão relacionados à sedação secundária (acidentes) e à depressão respiratória quando utilizados em associação com outras drogas sedativas

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.
Bromazepam	8-19	1.5-20	3 mg	Perfil indutor do sono.

Alprazolam	6-20	0.5-2,0	0.5-2 mg	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.

10.4 “Antidepressivos”

Com a entrada da fluoxetina no mercado na década de 1990, com um perfil mais ameno e seguro de efeitos indesejáveis, esta categoria cresceu vertiginosamente em termos de prescrição abusiva e indiscriminada, como panaceia universal para os problemas pessoais, familiares, sociais etc. Medicação de sintomas de tristeza (pertencentes à realidade humana) vem, lamentavelmente, se tornando uma prática corrente e automática no dia a dia das unidades, o que, no entanto, não é sem efeito. O vínculo e a escuta mais uma vez devem figurar como prioridade absoluta em todo e qualquer contato do usuário com a unidade. A equipe deve ter em mente que sintomas depressivos podem também estar presentes em diversos quadros clínicos, demandando uma boa anamnese para diagnóstico diferencial (anemia, hipotireoidismo, desnutrição, etc.).

São medicações de uso relativamente simples e seguro, sobretudo nos episódios depressivos em pacientes neuróticos, sempre observando se há alterações importantes e persistentes do humor ou sentimento vitais, que não responderam à outra abordagem, e com prejuízos significativos para a vida do usuário.

Apesar de não produzir fenômenos biológicos de tolerância e dependência, seu significado para a pessoa que usa pode aprisioná-lo na posição de “doente” ou “deprimido”, com consequências nocivas para sua vida e para suas relações com a equipe de Saúde do seu território. Também está em jogo um importante efeito simbólico da medicação tanto que, nos estudos controlados duplo-cego, vários “antidepressivos” têm eficácia muito próxima ao placebo. Mais uma vez, a equipe deve estar implicada na construção de um plano terapêutico que não inclua somente a medicação, planejando o curso do tratamento como um todo, evitando introduzir por um período de tempo indefinido um fármaco que posteriormente será difícil de retirar.

As informações mais preciosas na escolha são a dosagem e o tempo esperado para efeito. Nunca é demais lembrar que os efeitos “antidepressivos” podem iniciar após 15 dias, mesmo que já haja efeitos indesejados. Também se deve considerar que esteja havendo resposta parcial, sobretudo se considerarmos as formulações manipuladas e/ou de baixa qualidade disponíveis no mercado. Nesses casos, é importante esgotar a faixa de dosagem segura até que se certifique de que não houve resposta terapêutica.

Os critérios para escolha da melhor indicação envolvem diferenças quanto à ação em outros grupos sintomáticos (ansiedade, sintomas obsessivos etc.), características químicas (metabolização, excreção etc.), custo financeiro e, sobretudo, o perfil de efeitos indesejados:

- Para uma resposta adequada é fundamental utilizar dosagens dentro da faixa terapêutica e respeitar tempo mínimo de uso.
- Os efeitos *antidepressivos* desses fármacos só se iniciam após cerca de duas semanas de uso (período de latência).
- Em caso de insônia, utilizar um “antidepressivo” com perfil mais sedativo, ou associar hipnóticos temporariamente.

Uma visão geral sobre os grupos de antidepressivos:

Tricíclicos (ADT)

São os “antidepressivos” mais antigos, bastante eficazes, porém menos tolerados sobretudo pelos efeitos anticolinérgicos (boca seca, constipação), sedativos e tonturas. Um dado importante: *para a imipramina e a amitriptilina, os efeitos antidepressivos só são observados em doses acima de 100mg/dia, podendo a dose máxima girar em torno de 200-250mg/dia, considerando o risco cardiovascular.*

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)

São os “antidepressivos” mais recentes, com o destaque para a fluoxetina. São substâncias mais “limpas”, ou seja, agem sobre poucos sistemas de neurotransmissão, basicamente inibindo seletivamente a recaptação da serotonina. Representaram uma grande explosão de prescrição.

Agem sobre a serotonina, entretanto, paira ainda um tensionamento sobre qual o real papel da serotonina nos sintomas depressivos. Este acaba sendo um discurso ainda bastante divulgado e repetido: “depressão é causada por falta de serotonina no cérebro”. O efeito placebo não pode ser desconsiderado no uso dessas medicações.

Principais sintomas-alvo

- Sintomas depressivos (“tristeza profunda” com alteração do apetite/sono, desinteresse pelo ambiente, sensação de menos valia etc.).
- Sintomas de pânico: é muito importante escutar com calma esta queixa: inúmeras e diferentes queixas chegam à Atenção Básica como sendo “pânico”, desde situações claramente reativas

a eventos traumáticos, passando por sintomas psicóticos até fobia social. Os sintomas de pânico que respondem aos antidepressivos são aqueles episódios intermitentes de sensação iminente de morte, sem precipitador evidente, de duração de alguns minutos a poucas horas com intensa manifestação somática.

- **Sintomas obsessivos-compulsivos:** a presença de ideias intrusivas (“a porta não esta fechada, preciso voltar pra fechar”, “a mão está contaminada, preciso lavar de novo”, entre outros) associada a rituais (“precisa fechar a porta 4, 8, 12 ou 16 vezes”) respondem a doses normalmente mais altas de “antidepressivos”, p. ex. 60-80mg/dia de fluoxetina, raramente com resposta plenamente satisfatória.
- **Sintomas de ansiedade:** nunca é demais lembrar que o tratamento de base de sintomas de ansiedade que se cronificam são os “antidepressivos”, em doses equivalentes às doses para depressão, deixando os ansiolíticos para tratamento sintomático e de curto prazo. Prescrever apenas benzodiazepínicos para queixas crônicas de ansiedade, é iatrogênico;
- **Sintomas de fobia social:** dificuldade de estar entre outras pessoas, com manifestações somáticas, que não se caracteriza como um traço de personalidade (ou seja, os sintomas de fobia social, quando iniciaram, indicaram uma ruptura em relação ao funcionamento anterior).

Roberta decide, num raro momento de folga, revisar o prontuário de Elisandra. Lê com certo sorriso irônico no rosto uma anotação de um colega há 15 anos, quando da “acolhida” de Filomena. “Paciente viciada em Dorflex. Poliqueixosa. Filho hiperativo. Ao exame, BEG, LOTE. Insônia. PA 140x100. Cd: Amitriptilina 50mg/noite. Ao Psiquiatra” Dois meses depois, outra anotação referia melhora parcial dos sintomas de dor, melhora da insônia. Outro registro três anos depois deixa transparecer que dona Filomena quase brigou com um clínico que tentou lhe recusar uma receita de amitriptilina. Ela sorri e lembra de como foi importante investir no vínculo e que hoje a “dependência” parece muito menor.

10.4.1 Os diferentes “antidepressivos”

ANTIDEPRESSIVOS			
DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERAPÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
Tricíclicos: Sempre iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2 – 3 dias até atingir nível terapêutico			

Amitriptilina	150 – 200	50 – 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
Clomipramina	150 – 200	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
Imipramina	150 – 200	50 – 300	Observar interações medicamentosas
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	

Efeitos indesejados mais comuns:

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

- Ansiedade, agitação, cefaleia, insônia (mais frequente) ou sonolência. Em algumas pessoas pode provocar sintomas de irritabilidade – atentar para não considerar como resposta parcial e aumentar a dose do ISRS.
- Anorexia é bastante comum.
- Sexuais: anorgasmia, retardo da ejaculação, tornam o uso um importante impasse na manutenção da medicação em homens.
- Inibição do citocromo P-450, interagindo na metabolização de outras drogas.
- Outros: erupções cutâneas, acne, alopecia.

Algumas dicas:

- A maioria dos antidepressivos usualmente envolve uma única tomada diária.
- Se há risco de tentativa de suicídio, o fornecimento de antidepressivos (principalmente tricíclicos) deve ser feito em pequenas quantidades ou ficar em posse de um cuidador.

- Em idosos, iniciar com doses menores, aumentar a dose mais lentamente e usar doses mais baixas. Os tricíclicos têm perfil de efeitos colaterais desfavoráveis nessa faixa etária. Se não houver melhor opção, porém, optar pela nortriptilina (menor risco de efeitos anticolinérgicos e hipotensão postural).

10.4.2 “Estabilizadores de humor”

Reiterando a questão das classificações dos psicotrópicos, esta “classe” sequer tem um mecanismo de ação comum. Ela agrupa algumas medicações que foram descobertas como capazes de evitar os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, características nos transtornos bipolares. Infelizmente, vivemos em um tempo onde há uma explosão de “autodiagnósticos” de transtorno bipolar... essa tendência ao abuso do diagnóstico de transtorno bipolar leva à prescrição também abusiva de estabilizadores de humor.

Parece haver um equívoco em considerar sintomas de irritação como sintomas de transtorno bipolar. Como efeito deste processo, a rotulação acaba tomando uma dimensão importante para o sujeito, que passa a se apresentar como bipolar, em um quadro de pouco envolvimento das equipes no sentido de desconstruir este diagnóstico.

Antes de encaminhar ou de querer *fechar* o diagnóstico (até porque os diagnósticos sempre devem estar abertos), discuta o caso com a equipe de Saúde Mental.

Basicamente temos o carbonato de lítio, com características bem peculiares, e alguns anticonvulsivantes. O carbonato de lítio permanece como droga padrão, tratando de forma eficaz episódios de mania, hipomania e depressão em pacientes bipolares. Seu uso nas intercrises é reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios, principalmente de elevação do humor.

Principais sintomas-alvo

- Droga de manutenção em longo prazo: mesmo (e principalmente) assintomático.
- Episódios maníacos-depressivos (associados ou não aos antidepressivos).
- Como potencializadores de efeito dos antidepressivos (particularmente o lítio).
- Dificuldade de controle dos impulsos (principalmente os anticonvulsivantes): são *muito* utilizados nessas situações, em crianças, adolescentes e adultos jovens, para a maioria dos problemas *externalizantes*, onde há agressividade, agitação etc. A carbamazepina também pode ser uma escolha na tentativa de diminuir a fissura por uso de *crack*.

Abaixo, algumas informações sobre os estabilizadores.

ESTABILIZADORES DE HUMOR		
NOME DO FÁRMACO	DOSES MÉDIAS	OBSERVAÇÕES
Carbonato de lítio	900-2100	Iniciar com 300mg, 2 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300mg, 3 vezes ao dia, aumentando mais conforme necessidade. Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância. Dosagem sérica: 0,6 a 0,8mEq/l em fase de manutenção; 0,8 a 1,2 mEq/l em fase aguda. Deve ser medida após 5 dias de estabilização da dose oral. Coletar sangue 12 horas após a última tomada.
Carbamazepina	400 –1600	Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais Dosagem sérica: 8 - 12 µg/mL. Coletar sangue 12 horas após a última tomada Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3-4x/dia.
Ácido valproico	750 –1500	Iniciar com 250mg/dia e aumentar 250mg a cada 3 a 4 dias para evitar efeitos colaterais, divididos em 2 a 3 tomadas diárias. Dosagem sérica: 45 e 125µg/ml. Embora a dose máxima proposta seja 1.800mg/dia, alguns pacientes podem precisar de até 3g/dia para atingir níveis séricos terapêuticos. Não ultrapassar 60mg/kg/dia.

Efeitos indesejados:

Lítio

- Acne, aumento do apetite, edema, diarreia, ganho de peso, gosto metálico, náusea, polidipsia, poliúria, tremores finos (que respondem bem a propranolol).
- Monitorizar toxicidade renal e tireoideana.
- O quadro mais preocupante no uso do lítio é o da intoxicação, quando os níveis séricos ultrapassam 1,5mEq/L, que pode ser precipitada por diminuição de dieta hipossódica, uso de diuréticos, desidratação, ou mesmo doses excessivas. Manifestações precoces são disartria, ataxia e tremores grosseiros.

Carbamazepina

- Ataxia, diplopia, dor epigástrica, náusea, prurido, sonolência, tontura.
- Monitoramento alterações hematológicas e hepáticas.
- Múltiplas interações medicamentosas, interferindo no nível plasmático de outros medicamentos.
- Ácido Valproico
- Náuseas, ganho de peso, queda de cabelo (reversível com complementação oral de zinco e selênio);
- Monitorar alterações hematológicas e hepáticas.

10.4.3 Algumas considerações

Alguns medicamentos apontados ao longo do capítulo não se encontram na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME, 2012). São eles:

- Alprazolam
- Bromazepam
- Citalopram
- Clordiazepóxido
- Escitalopram
- Flufenazina
- Levomepromazina,
- Lorazepam
- Paroxetina
- Sertralina
- Sulprida
- Tioridazina
- Trifluoperazina

Como a organização da assistência farmacêutica da Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios, nada impede a indicação de medicamentos além do que consta na RENAME.

Para entender...

Os medicamentos que constam na Rename têm o seu financiamento pactuado pelos três entes federativos, entretanto, nada impede de o município, na elaboração de sua Relação Municipal de Medicamentos (Remume), incluir estes medicamentos, com recurso municipal. Também há possibilidade da inclusão de novos medicamentos na Relação Estadual de Medicamentos (Reme), que precisaria ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite.

A inclusão de novos medicamentos, seja na Rename, Remume ou Reme, deve ocorrer em função de avaliações sobre *custo/benefício*, *custo/eficácia* e *vantagens terapêuticas*.



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

