

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica)

The assistance model of the mental health matrix team in the family health program of the city of São José do Rio Preto (Permanent education and training to the health professionals in basic attention)

Eduardo G. Barban¹; Angélica A. Oliveira²

¹Médico psiquiatra Universidade de São Paulo Ribeirão Preto/SP; ²Psicóloga Universidade Federal de Minas Gerais/BH

Resumo O Programa Saúde da Família (PSF) é um modelo de assistência na atenção básica que vem sendo implantado no município de São José do Rio Preto. As equipes de saúde têm, em suas atribuições, a busca ativa e as visitas domiciliares. Detectou-se a necessidade de assessoria e de capacitação em Saúde Mental dos profissionais da Unidade de Saúde para lidar com os vários problemas que emergem na prática do programa. Neste artigo, buscamos relatar a experiência adquirida nos últimos três anos por dois profissionais de Saúde Mental (psiquiatra e psicóloga), com contrato de trabalho de 20 e 40 horas, respectivamente, pela Secretaria de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto. São fornecidos modelos de atuação e os instrumentos criados para auxiliar no trabalho de assessoria e capacitação dos profissionais da Unidade de Saúde. Na prática, percebemos uma visível diminuição do estresse das equipes. A atuação em co-responsabilidade entre a equipe de Saúde Mental e os profissionais da unidade vem possibilitando a condução dos problemas de saúde mental que até então eram repassados ao serviço secundário, o que, de modo geral, causa a superlotação e a cronificação dos transtornos mentais. Com o estímulo ao trabalho em equipe e à intersectorialidade, vem ocorrendo um processo de transferência da responsabilidade social pelo bem-estar da comunidade para a mesma, diminuindo a sobreposição de atuações e atitudes assistencialistas. Para o profissional da área de Saúde Mental, abre-se um novo campo de atuação na prevenção e no monitoramento dos transtornos mentais na atenção básica.

Palavras-chave Saúde Mental; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Atenção Básica à Saúde; Programa de Saúde da Família; Educação Continuada.

Abstract The Family Health Program (FHP) is a medical care model, which has been introduced in the city of São José do Rio Preto, to improve the efficacy of the primary health care services. The main assignments of the health teams are to perform an active search and home visits. It was detected the need of medical advice, and mental health education and training of the Health Unit professionals to deal with several problems that arouse from practicing the program. In this article, the effective experience acquired by two mental health professionals (a psychiatrist and a psychologist) with a 20 and a 40 hour-employment contract, respectively, at the Department of Public Health and Hygiene of São José do Rio Preto, in the past three years was reported. Delivery models and tools designed to support medical advice and the Health Unit professional training were provided. In practice, we have noticed a visible decrease of the health staffs stress. The performance in co-responsibility between the mental health staff and the professionals of the unit is making possible to successfully manage the mental health problems that until now were reviewed by the secondary services, causing the health units overcrowding and the chronic status of the mental disorders. With teamwork incentive and the intersectoriality, it has been taking place a transference process of social responsibility and well-being to the community, decreasing the overlap of social services performances and policies. It is opened a brand new field of performance on prevention and surveillance of the mental disorders in primary health care to the mental health professional.

Keywords Mental Health; Health Human Resource Training; Primary Health Care; Family Health Program; Continuing Training.

Recebido em 13.10.2006

Aceito em 19.01.2007

Não há conflito de interesse

Considerações metodológicas

Este artigo foi construído com subsídios adquiridos da experiência prática e com a pesquisa bibliográfica sobre o tema. O propósito é servir de referência para os profissionais que pretendam implantar a assistência em saúde mental de forma diferenciada na atenção básica. Para isso, necessitamos manter a especificidade da atenção básica, que se caracteriza pela prevenção e promoção da saúde. Tentamos, em parte, responder à questão: Como prevenir e promover a saúde mental no território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família?

O trabalho descreve os passos da sua construção no que atualmente chamamos de “Matriciamento de Saúde Mental no Programa Saúde da Família em São José do Rio Preto”.

A partir dessas experiências, criamos um modelo que vem se adaptando às várias roupagens ou realidades locais. Citamos quatro situações clínicas como exemplos paradigmáticos. Essa abordagem buscou um olhar multidimensional para as questões complexas relacionadas à saúde mental.

Introdução

A partir de 1994, o governo federal passou a estimular a implantação do Programa Saúde da Família na atenção básica dos municípios. Essa nova estratégia busca enfrentar os problemas de saúde pública, como a centralização e superlotação dos equipamentos especializados (secundários e terciários), a baixa resolutividade e a cronificação das doenças¹.

O Programa Saúde da Família pretende transformar o paradigma dominante da queixa/conduita em busca ativa, prevenção e controle das morbidades na atenção básica. Segundo pesquisas, é possível resolver 85% dos problemas de saúde na atenção básica, o que diminuiria o fluxo intenso de clientes para os setores especializados².

A organização estratégica do programa define a territorialização como o campo que delimita a ação da Unidade de Saúde (espaço e população). Nesse território, é realizado um diagnóstico epidemiológico local, por intermédio das visitas domiciliares mensais, e um trabalho integrado da Equipe de Saúde, com planejamento de ações preventivas e curativas³.

Quando é implantada uma unidade do PSF, a busca ativa é um dos principais responsáveis pelo aumento na incidência das doenças no território, incluindo aí os transtornos mentais. Um em cada três pacientes atendidos no PSF tem transtorno mental, e 50% dos pacientes atendidos pelo generalista sofrem de somatizações⁴.

A Organização Mundial de Saúde vem demonstrando, em pesquisas epidemiológicas que, os transtornos mentais representam um problema de saúde pública em franca expansão no mundo todo. No Relatório de 2001, são apresentadas algumas recomendações para implantar políticas públicas de Saúde Mental nos países, priorizando a atuação dos profissionais de Saúde Mental na comunidade e/ou na atenção primária^{5,6}.

A Capacitação e Assessoria em Saúde Mental das Equipes de Saúde são relativamente recentes no PSF e ainda não

regulamentadas. As demandas das comunidades por tratamento de transtornos mentais são frequentes e a lógica do encaminhamento prevalece, colaborando para o estrangulamento dos serviços. É nessa realidade que iniciamos a experiência da Equipe Matricial de Saúde Mental⁷.

A situação no município

Em São José do Rio Preto, interior de São Paulo, as condições oferecidas pelos serviços públicos para avaliação e tratamento em Saúde Mental ainda apresentam evidências da necessidade de reestruturação**. Há equipamentos que se encontram em condições deficientes e com baixa resolutividade. O investimento se perde na desorganização dos serviços e na precariedade das informações, tanto horizontais como as que transitam entre os diferentes níveis de complexidade (secundário e terciário).

Os serviços especializados encontram-se subdimensionados e inchados pelo excesso de clientes que poderiam se beneficiar do tratamento na atenção básica. Há um hiato na atenção secundária pela incipiente oferta da rede alternativa de suporte à desospitalização psiquiátrica. Para reverter esse quadro, buscase a reorganização dos serviços existentes no município e um novo equilíbrio entre as ações curativas e preventivas⁸⁻¹⁰.

Em maio de 2003, nós autores, iniciamos a elaboração e aplicação prática do “Projeto Saúde Mental no Programa Saúde da Família” (Capacitação e Assessoria em Saúde Mental para as Equipes do Programa Saúde da Família) pela Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto.

Com o apoio dos coordenadores de Saúde Mental (Dr. Carlos Dario) e do Programa Saúde da Família (Enf. Maria Elenice Vicentini), iniciamos contato com cinco equipes existentes em quatro unidades do PSF em Rio Preto:

- USF Renascer – Rua Aníbal Simões, nº 1390 (composta por duas equipes com duas enfermeiras, duas médicas, quatro auxiliares de enfermagem, duas auxiliares administrativas, uma auxiliar de serviços gerais e dez agentes comunitários de saúde – total: 21 pessoas);

- USF Pq. da Cidadania – Rua João Gagliardo, nº 105 (duas enfermeiras, um médico de família, um médico ginecologista - de apoio - dois auxiliares de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã dentista, um ACD - auxiliar de cirurgião dentista - , um aux. de serv. gerais – total: 18 pessoas);

- USF Gonzaga de Campos – Av. Feliciano Sales Cunha, s/n (uma enfermeira, uma médica, uma cirurgiã dentista, uma ACD, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar administrativo, uma auxiliar de serviços gerais e quatro agentes comunitários de saúde – total: 12 pessoas);

- USF Talhado – Praça da Matriz, s/n, Distrito de Talhado (uma enfermeira, um médico, uma cirurgiã dentista, uma ACD, três auxiliares de enfermagem, uma atendente de recepção e sete agentes comunitários de saúde – total: 15 pessoas).

* Secretaria de Estado da Saúde. Fórum de Saúde Mental. Saúde mental 2001/2002. Plano de ação para o Estado de São Paulo. 2001

** DIR – SUS XXII. 2^o. Conferência Regional de Saúde Mental. São José do Rio Preto, São Paulo. 2001.

- Nº TOTAL DE PROFISSIONAIS: 66 PESSOAS

O número de famílias assistidas por essas unidades está em torno de 4.029, com população estimada de 13.746 pessoas, conforme o quadro abaixo:

Unidade de Saúde da Família	Nº de Famílias	População
USF Renascer	1.679	5.664
USF Pq. da Cidadania	1.047	3.789
USF Gonzaga de Campos	513	1.702
USF Talhado	790	2.591
Nº total	4.029	13.746

A orientação do Ministério da Saúde para a composição da equipe é de no mínimo, um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em Saúde Mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliares de enfermagem para, no mínimo, seis e, no máximo, nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes¹¹

Estão previstas a criação de novas unidades nos próximos anos, aumentando a abrangência do Programa Saúde da Família no município. As unidades acima são gerenciadas pelos enfermeiros, e os médicos praticam uma assistência generalista na comunidade. O Agente Comunitário de Saúde do programa é um profissional que deve obrigatoriamente ser morador de um dos bairros onde a Unidade de Saúde faz a cobertura da assistência.

Os contatos iniciais da equipe de Saúde Mental com as equipes de Saúde visavam à apropriação da estratégia do programa na atenção básica e ao estreitamento do vínculo com as Equipes de Saúde da Família - ESF(s). A territorialização é uma ação importante que delimita a área de atuação das equipes onde são realizadas as visitas domiciliares. É uma estratégia de atuação que aproxima a equipe da comunidade e influi nas decisões tomadas pela Unidade de Saúde.

Toda a comunidade do território deve ser visitada mensalmente pelos agentes comunitários e, em menor frequência, pela equipe técnica, de acordo com as ações tomadas pelas equipes nas reuniões diárias que fazem parte da organização do processo de trabalho.

Esse contato estreito com a comunidade foi um dos norteadores do projeto de capacitação. Ele exige das equipes uma resposta às demandas da população, que se constituem em fonte de angústia e expectativa para ambas¹².

Um pouco da história

A inserção da Saúde Mental no PSF de S.J.R.PRETO foi um espaço conquistado. Não havia definição prévia ou mesmo um projeto que direcionasse o trabalho. Éramos (somos) dois profissionais com experiências diversas, interessados em somar e construir um modelo de atenção em Saúde Mental no PSF. A única certeza era a de deveríamos criar algo novo. Buscamos

algumas experiências pioneiras em São Paulo e no Rio de Janeiro¹³. Como seria o “médico pés descalços?”. Foram três meses de reuniões sistemáticas, estudos intensos e criação do projeto. Visitamos as Unidades de Saúde da Família - USF(s) e pesquisamos. E os resultados? Apresentavam angústia, impotência, várias dificuldades na lida com os portadores de transtorno mental e seus familiares. As expectativas das Equipes de Saúde variavam do desejo de ter o atendimento do especialista em Saúde Mental na USF até a necessidade de aprimoramento/capacitação em Saúde Mental.

Na fase inicial do trabalho, buscamos delinear um panorama geral da população; em discussões com as equipes, levantamos as dificuldades mais frequentes no campo dos distúrbios mentais. Foi possível perceber o nível de entendimento dos processos inter-relacionados com o transtorno mental, assim como com o sofrimento psíquico, e também como ocorre na prática a atuação dos profissionais nesses casos.

Utilizamos a pesquisa “Como as equipes do Programa Saúde da Família de São José do Rio Preto lidam com o transtorno mental e o sofrimento psíquico de usuários e familiares?”^{14,15}. Essa pesquisa evidenciou e forneceu subsídios para a elaboração do projeto de capacitação em Saúde Mental.

A pouca afinidade das equipes com os conceitos de saúde e doença mental distancia a unidade das reais necessidades da população nesse campo, e a atitude mais freqüente é o encaminhamento para os serviços especializados. Porém, a realidade dos serviços secundários e terciários especializados em Saúde Mental não permite um seguimento adequado; em muitos casos, encontram-se distantes, fisicamente, e subdimensionados em relação ao excesso de demanda. Tal condição ocasiona a criação involuntária de um circuito de medicalização excessiva. Essa situação, por sua vez, é corroborada com as dificuldades gerenciais e de investimento do poder público, numa conjugação que dificulta e estimula a baixa resolutividade.

A idéia de começarmos pela capacitação ganhou espaço; afinal, a premissa era a inserção da Saúde Mental na atenção básica e a co-responsabilização.

Detectamos que os Agentes Comunitários de Saúde - ACSs - são os profissionais mais expostos aos dramas familiares dos usuários, já que sua principal função é a visita domiciliar. São profissionais com intensa sobrecarga emocional. Muitos deles entram em sofrimento psíquico, sem conseguir separar o pessoal do profissional. São continuamente assediados pelos moradores da microárea que visitam e carregam o ônus de serem moradores da comunidade na qual trabalham.

Pensamos, então, em oferecer espaço maior de reflexão para os agentes. O formato desses encontros era o seguinte:

- reuniões quinzenais só com os Agentes Comunitários de Saúde;
- reuniões quinzenais com toda a equipe (inclusive os Agentes - ACSs).

Os encontros com os ACSs foram dinâmicos, e buscamos promover a integração, o desabafo/reflexão, a vivência psicodramática dos papéis desempenhados e o aprofundamento dos temas trabalhados nas reuniões gerais^{16,17}.

Nas reuniões com toda a equipe, buscamos capacitá-la para trabalhar com o usuário e com o familiar portador de transtorno mental. Buscamos sensibilizá-la para não estigmatizar, a aprimorar o conhecimento e a “ampliar a clínica”. Trabalhamos desde a história da loucura, da reforma psiquiátrica, da psicopatologia e da psicofarmacologia, do abuso de álcool e de drogas, da violência intrafamiliar, da morte até o morrer¹⁸⁻³⁴.

Foi um ano e meio de intensas reflexões com as ESF(s). Os encontros variavam de certa resistência passiva, no início, ao maior entendimento e envolvimento com as questões de saúde mental e, também, do nosso papel e inserção como apoio matricial às ESF(s).

Nesse percurso, além das capacitações propriamente ditas, realizamos assessoria com supervisão, discussão dos casos, visitas domiciliares compartilhadas e consultas compartilhadas. Durante o período, coordenamos a realização de três seminários com as Equipes de Saúde da Família:

- 1º Encontro das Equipes de Saúde da Família de São José do Rio Preto, em 08/11/03;

- 1º Seminário sobre “Trabalhos desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família de S.J.R.Preto, em 13/12/03;

- Transtornos mentais na infância – a importância da detecção e prevenção, em 03/04/04.

Buscamos nos apropriar do território, com certa dificuldade, já que somos uma equipe volante. Os agentes comunitários são nossa maior referência para maior aproximação com a comunidade.

Sabíamos da importância da articulação intersetorial, necessária em muitos casos e situações. Procuramos nos integrar e articular com a rede³⁵.

Com o fim da capacitação teórica, os encontros da equipe matricial com os profissionais das quatro Unidades de Saúde da Família, atualmente, continuam semanais (um período de 4 horas para cada unidade), porém divididos em atividades, da seguinte forma:

- encontros mensais com os Agentes Comunitários de Saúde, nos quais realizamos assessoria dos casos que apresentam dificuldades na condução. Prestamos auxílio na detecção de riscos à saúde mental na comunidade e coordenamos as discussões das questões próprias da atividade profissional (acolhimento);

- encontros mensais com toda a equipe para educação permanente, e assessoria com planejamento de ações dos casos com dificuldades (divisão de tarefas);

- encontros mensais com a “miniequipe” (os ACSs são dispensados), para discussão das questões pertinentes à área de atuação;

- consultas compartilhadas e visitas domiciliares, agendadas de comum acordo nas reuniões.

A estratégia pedagógica

O trabalho desenvolvido pela Equipe Matricial de Saúde Mental nas Unidades de Saúde da Família deve contemplar pelo menos três eixos representativos da problemática enfrentada pelos

profissionais dessas unidades, que são:

- estimular a visão de saúde mental integrada às várias dimensões da vida educativa, cultural, política, econômica, social, psicológica e orgânica na comunidade;

- criar formas de monitoração de clientes psicóticos, viciados em drogas, crianças e adolescentes em situação de risco (violência intrafamiliar, negligência, etc.), auxiliando seus familiares e articulando com os serviços de atenção secundária, terciária e a intersetorialidade;

- auxiliar na detecção de riscos de distúrbios mentais e formular ações de prevenção junto à comunidade.

Nesse novo papel, a priori, não prevemos a criação de espaços de seguimento especializado tradicionais, para não repetir os procedimentos terapêuticos fornecidos pelos outros equipamentos, como ambulatório e hospitais.

O modelo atual de trabalho de Apoio Matricial em Saúde Mental na Saúde da Família em São José do Rio Preto deve considerar a ampliação do PSF na cidade e contemplar a rotatividade dos profissionais nas unidades já capacitadas. Torna-se mais adequado pensar em assessoria com educação permanente para as equipes e profissionais ingressantes, oferecendo um condensado na capacitação com temas básicos:

Forma de atuação atual: capacitação e assessoria das equipes de Saúde da Família.

Capacitação:

Uma programação inicial básica de sensibilização :

- a questão da saúde e da doença mental (o normal e o patológico). Distinções entre sofrimento psíquico e distúrbio mental, consciência crítica com relação à patologização e medicalização da vida;

- a história da loucura e a reforma psiquiátrica na Saúde Pública, o estigma e as propostas atuais de atuação na atenção básica (políticas públicas de Saúde Mental);

- o modelo de assistência (capacitação e assessoria) da Equipe Matricial de Saúde Mental no Programa Saúde da Família em São José do Rio Preto. Instrumentos formulados para o trabalho, planejamento como modalidade do núcleo de atenção integral.

Assessoria

- monitoração dos casos de maior complexidade, em articulação com os serviços especializados do nível secundário e terciário (com referência e contra-referência aprimoradas);

- atendimentos compartilhados em co-responsabilidade, na unidade ou nas visitas domiciliares aos casos prioritários de famílias em risco;

- estímulo à criação de formas de notificação interna para estudo epidemiológico e diagnóstico para ações de prevenção em saúde mental e de impacto na comunidade;

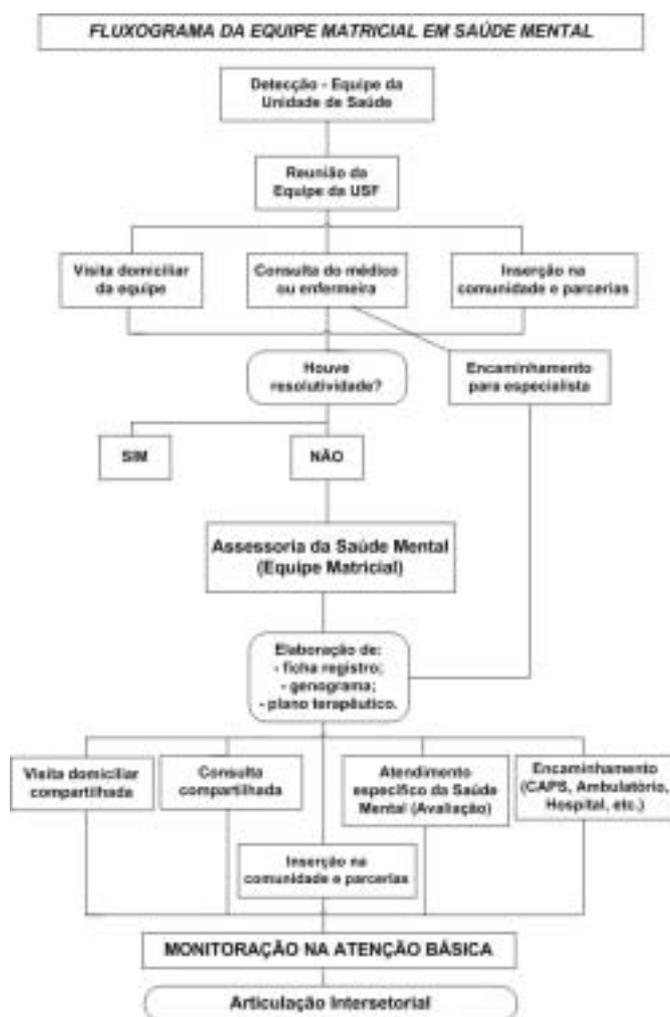
- fomento da intersetorialidade local e com outras instituições, nas questões pertinentes à saúde mental, ampliando as formas

de atuação das equipes;

- intervenção terapêutica na equipe, quando necessária;
- educação permanente, voltada para as práticas das unidades em temas levantados pela equipe no atendimento da comunidade.

Operacionalização

Nas discussões junto às Equipes de Saúde, construímos alguns instrumentos de organização do trabalho. O **Fluxograma** esquematiza a dinâmica de seguimento dos pacientes que necessitam de atenção em saúde mental, a qual é realizada por profissionais da Unidade de Saúde, da Equipe Matricial de Saúde Mental e pelos especialistas nos outros equipamentos.

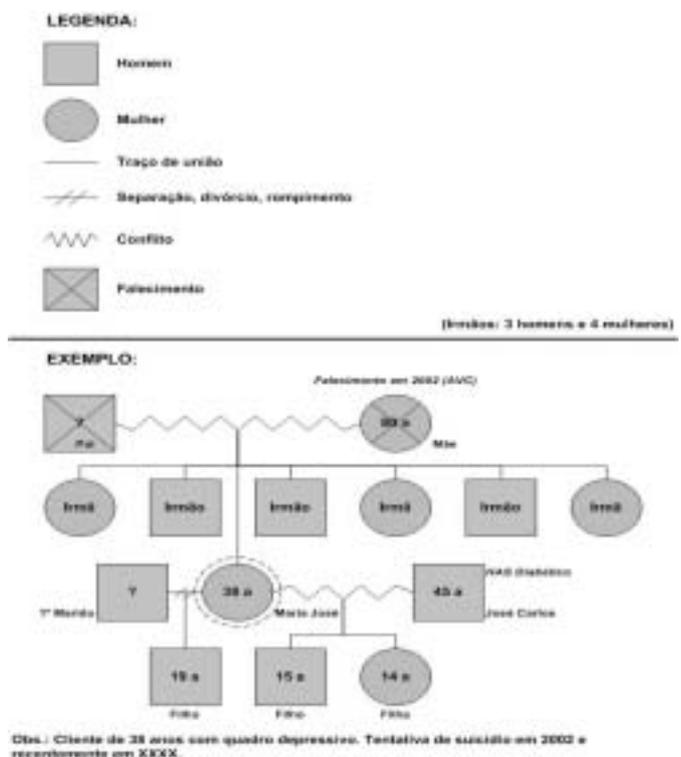


Nos encontros com as equipes nas unidades, são relatadas várias situações que podem ser consideradas de risco de transtorno mental. Essas situações foram agrupadas por serem de difícil condução e causadoras de sofrimento psíquico intenso, como estresse ao cliente e, conseqüentemente, ao profissional da unidade que está próxima dele.

Elaboramos uma “**Ficha de Detecção de Risco e Identificação dos Transtornos Mentais,**” em anexo, na qual são registradas as situações detectadas no território. Identificamos, na ficha, o nome do cliente, que é considerado o emergente (porta-voz) do grupo familiar a ser assistido. Essas famílias devem apresentar um sofrimento intenso ocasionado pelos seus pares que, por exemplo, abusam de drogas ilícitas ou de álcool. Passam por maus-tratos, agressão e negligência intrafamiliar, dramas que terminam por desestruturar a família, como a eclosão de uma doença grave, morte, prisão ou exclusão social.

Essa ficha, anexada ao final deste artigo, também identifica cidadãos que utilizam serviços de Saúde Mental especializados e já têm o transtorno mental diagnosticado, estando em processo de tratamento. Geralmente, é um cliente que frequenta o serviço, assim como sua família, que reside no bairro de abrangência da Unidade de Saúde. Esse tratamento deve ser cooperado pela unidade, por meio da monitoração das prescrições medicamentosas, dentre outras recomendações do serviço especializado e vice-versa.

A ficha de detecção de risco e identificação do transtorno mental pode ser preenchida na unidade por qualquer profissional da equipe que identifique o caso, pois não é uma ficha de diagnóstico. A inclusão dessa ficha no prontuário da família (que entra como folha de rosto na evolução do cliente) somente ocorre após discussão na reunião geral da Saúde Mental, com a presença de todos os profissionais da Unidade de Saúde (trabalho em equipe com divisão de tarefas). O genograma, presente no verso desta ficha, é um instrumento que nos fornece a imagem da estrutura e da dinâmica familiar³⁶⁻⁴¹.



A **ficha-registro** (anexa) é um controle dos casos assessorados e é exclusiva da equipe matricial. Contém um condensado de todas as fichas de detecção, servindo de controle para a monitoração dos clientes e familiares envolvidos. No seu verso, estão algumas abreviações. É importante ressaltar que, como as demais, ela está sendo continuamente aperfeiçoada, para sua adequação à realidade prática.

O **cadastro de entidades** (anexo) corresponde ao registro das instituições presentes na área de abrangência da Unidade de Saúde, sendo utilizado para subsidiar a intersectorialidade e ações na comunidade.

Resultados (dados fornecidos pela ficha de detecção)

Nº de famílias detectadas por unidade:

Unidade de Talhado :	32 famílias registradas
Unidade de Gonzaga de Campos :	41 famílias registradas
Unidade do Renacer :	36 famílias registradas
Unidade do Cidadania :	46 famílias registradas.
Total de famílias:	155

Mais de **30 visitas domiciliares** e **25 consultas compartilhadas**.
Número médio de supervisões para cada família = 3

Principais condições de risco por família:

- em **18%**, há sofrimento devido ao **abuso de álcool**;
- em **10%**, há **abuso de drogas** como principal fator de desestruturação;
- em **43%**, há forte **estresse familiar** com situações frequentes de agressão, negligência e maus tratos em seu ambiente;
- **36%** das famílias estão com um ou mais familiares com **sintomas depressivos e ansiosos pronunciados**;
- **20%** das famílias têm um familiar com **história de internação psiquiátrica**;
- **48%** das famílias relatam o uso de psicotrópicos, mas somente **30%** realizam tratamento psiquiátrico e, **9%**, psicológico.

Exemplos práticos de situações clínicas assessoradas pela Equipe Matricial de Saúde Mental.

Situação I

A questão ética⁴²

Uma questão de suma importância para o nosso trabalho é a questão ética. O sigilo ético, resguardando a privacidade das informações, é fundamental no trabalho do profissional de Saúde Mental. O vínculo com a comunidade depende dessa reciprocidade e solidariedade que salvaguarda a honra das famílias. Mas, e o trabalho em equipe? E a co-responsabilidade? E as discussões de casos? Como ficam?

Quando atuamos conjuntamente em VD (visita domiciliar) ou em consulta compartilhada, os dados e informações do cliente são de domínio da equipe que atua no caso. Esse é o princípio

fundamental para que a equipe possa compreender o cliente e atuar de forma resolutiva.

Os profissionais das unidades detêm uma série de informações da comunidade, muitas delas obtidas com o auxílio dos agentes que pertencem à comunidade. A posição que o Agente de Saúde ocupa na comunidade confere a ele um certo poder, sujeito a desconfiança e outros sentimentos dirigidos a ele. O exercício da função com responsabilidade deve ser constantemente reafirmado. Diante das questões socioculturais, o agente pode se encontrar entre uma posição, como representante da Unidade de Saúde, e outra, de cumplicidade, sem o desejar, com eclosão de conflito pessoal.

Trabalhamos a questão ética, repetidamente, nas reuniões de assessoria à equipe. Deparamos com alguns problemas quanto a essa questão.

Como exemplo, citamos o caso da cliente que tem três agentes comunitários como vizinhos, sendo um deles (Agente X) o responsável pela família. Certa vez, um dos agentes (vizinho) relata, na reunião geral na Unidade de Saúde, que viu e ouviu cenas de violência intrafamiliar (mãe espancando filhos) na casa da cliente. Disse que o fato é constante e que há necessidade de notificação ao Conselho Tutelar.

O agente X, que mora mais distante, não trouxe essa informação. Disse que tem bom vínculo com a referida família e que a mãe gosta e cuida (do seu jeito) das crianças. Criou-se o impasse. Em visita domiciliar na residência da cliente, a agente X “deixou escapar” a informação de que a agente vizinha informara, em reunião da equipe, a respeito de cenas de espancamento na casa da cliente. Esta ficou irada com a agente vizinha e prometeu vingança contra os filhos da mesma. Ao saber do ocorrido, a agente vizinha se sentiu traída e levou para o nível pessoal a discussão ocorrida: saiu do papel profissional de Agente de Saúde.

A gerente da Unidade de Saúde precisou intervir e fez advertência à agente X, que levou dados confidenciais, discutidos em reunião, para a cliente.

Esse caso indica a necessidade de reforçarmos ainda mais a questão ética, o sigilo em relação aos dados obtidos do cliente, como também às informações colhidas durante as reuniões de Saúde Mental com a equipe.

Situação II

O paciente terminal

D. Olinda era uma paciente de 45 anos, com CA generalizado, já em fase terminal, quando a conhecemos. Mãe de três filhos: uma garota de 7 anos, um garoto de 12 e uma jovem de 17 anos. A jovem morava no fundo de sua casa, com o companheiro, e não prestava assistência à mãe.

A agente comunitária trouxe o caso para discussão, com profundo pesar, pois se afeiçoara à paciente e era difícil vê-la, definhando dia a dia. A agente julgava que a paciente não aceitava a doença; sofria ao pensar nos filhos, sozinhos diante da perda iminente da mãe.

Estávamos iniciando o trabalho de apoio matricial e ficamos surpresos com a mobilização de toda a equipe, que pedia auxílio

nesse caso. Pensávamos em abordar casos de pacientes com transtorno mental, e não de pacientes terminais. Na ocasião, preparávamos a programação e o conteúdo da capacitação e incluímos o tema “sobre a morte e o morrer” nas discussões futuras.

A ACS nos informara que a paciente estava acamada e sem cuidador; eventualmente, vizinhos apareciam para ajudá-la na limpeza da casa ou com as crianças. Era alto o nível de ansiedade, angústia e temores na equipe e na ACS em relação ao impacto da morte iminente de Olinda.

Na primeira visita domiciliar, compartilhada pelo psiquiatra e a agente, fomos recebidos pela filha de 7 anos. Ela nos informou que sua mãe havia passado mal e fora internada na noite anterior. Era seu aniversário e a menina mostrou à agente o presente que havia ganhado da mãe. Enquanto falávamos, a ambulância chegou, trazendo D. Olinda de volta. Amparada pelos funcionários da viatura e algumas vizinhas solidárias, ela entrou em casa e foi colocada na cama, onde permanecia a maior parte do tempo devido às fortes dores causadas pelas metástases ósseas; a cena era realmente tocante.

Na segunda visita domiciliar compartilhada (equipe matricial + ACS), convidamos uma assistente social para nos acompanhar. D. Olinda sabia que iríamos e foi receptiva, bem-humorada, apesar de acamada. Os dois filhos menores chegaram da escola e ficaram presentes. Ela agradeceu a visita e nos informou que estava arrumando as coisas para o “pós-morte”. Pouco tempo antes, casara com um rapaz infrator que estava preso no IPA (Instituto Penal Agrícola) e sairia em breve. Esperava que o rapaz, agora seu marido, assumisse sua casa e seus filhos. Não queria ajuda de parentes. Contou que fora abandonada pela família, sentia-se expulsa do ambiente familiar por problemas do passado. Contava com uma vizinha amiga para resolver seus assuntos burocráticos. Passou procuração para a vizinha receber seu benefício da previdência social. Enquanto tinha forças, buscava ajeitar a situação dos filhos. A casa era financiada.

Parecia uma mulher forte e resignada, já no estágio de aceitação da morte iminente. Não parecia angustiada. Recusava-se a tomar medicamentos para dor, não queria ficar dopada. Dizia que suportava bem as dores. Sua fala nos consolava.

A assistente social conversou com vizinhos e pediu mais solidariedade; foi prontamente atendida. Foi sugerido o rodízio de cuidadores.

A paciente parecia resignada. E a equipe?

Sofria pela impotência e pela perda iminente.

Acolhemos e buscamos discutir o fenômeno cultural da morte. Semanas depois, seu marido saiu da prisão e “cuidava” da família. A situação nos preocupava, já que ele não tinha vínculo com os filhos de D. Olinda, apesar de ela informar que os filhos gostavam do padrasto.

Mais tarde, soubemos que ela concordou em informar o telefone de um tio de Brasília-DF. Ele foi contatado e informado do quadro grave da parente. Veio visitá-la e... durante sua visita, D. Olinda faleceu. O tio assumiu o funeral, e os dois filhos menores de D. Olinda foram para Brasília. A filha adolescente já estava grávida

e não acompanhou o tio. Morava com o companheiro nos fundos da casa da mãe. Ficou na casa de D. Olinda, iniciando outra história. Do padrasto não se tem notícia.

O caso de D. Olinda marcou toda a equipe. O vínculo foi profundo e ultrapassou o lado profissional. Refletimos sobre esse fato. Aos poucos, a equipe elaborou a perda de D. Olinda e se mostrou mais “madura” para outros casos de pacientes terminais.

Ela nos deu uma lição de vida, dinâmica e criativa, bem-humorada, mesmo diante da morte iminente.

Situação III

A violência intrafamiliar⁴³

Lucas é um garoto de 9 anos que nos chegou com queixa de agressividade e distúrbio de comportamento. A agente comunitária se queixa, em reunião, de que esse é um caso difícil, que Lucas é vítima de violência física e negligência por parte dos pais. Lucas está fora da escola, pois foi expulso.

Chamamos a família para conversar, em consulta compartilhada, e o quadro que se configura é o seguinte: o pai é metalúrgico, trabalhador por escalas e não pode faltar ao serviço, senão perde o emprego. É depressivo crônico, obeso, hipertenso, faz uso de medicamento. Quando está de folga em casa, só quer descansar e dormir. Não suporta a agitação do filho e não tem tempo para brincar com Lucas.

A mãe já teve crises psicóticas (delírios, alucinações) e está relativamente compensada, com crises eventuais. Faz tratamento psiquiátrico, toma antipsicóticos, porém faz tempo que não passa por uma consulta. Não consegue “controlar” o Lucas. Às vezes, se descontrola e o agride fisicamente e também é agredida por ele. Não tem autoridade positiva.

Lucas é rejeitado na escola, pois agrediu colegas, tendo sido expulso após jogar um tijolo na cabeça de um deles; na rua onde mora, pois os vizinhos não permitem que seus filhos sejam amigos dele; na família, pois o pai “não tem tempo” disponível para ele, a mãe não o agüenta mais e até a avó prefere cuidar de outros netos, pois o Lucas tumultua o ambiente.

Fizemos algumas intervenções terapêuticas com esta família. Ao primeiro encontro, vieram todos: mãe, pai e Lucas.

Ao segundo encontro, o pai não compareceu, alegando cansaço, pois trabalhara a noite toda. Nesse encontro, Lucas contou que o pai o havia agredido fisicamente. A mãe contou que o pai bateu no filho com fio de TV para que o menino ficasse quieto e não o incomodasse: Lucas queria que o pai brincasse com ele e o pai queria dormir.

Após o relato, Lucas parecia cansado e dormiu, a princípio no colo da mãe; depois, o colocamos em uma maca e ele dormiu profundamente. Prosseguimos a consulta só com a mãe. Marcamos nova consulta com a presença do pai.

No terceiro encontro, só veio a mãe, pois Lucas foi para o futebol e se recusou a comparecer. O pai ficou em casa, vendo TV. O detalhe é que havíamos combinado o horário de acordo com as folgas do pai. Nesse encontro, buscamos sensibilizar a mãe para maiores cuidados com Lucas, que necessita de tratamento, com urgência, no CAPS-CRIA - (Centro de Atenção Psicossocial

para Crianças).

Lucas iniciara avaliação no CAPS e não quis retornar; a mãe não conseguia levá-lo, e o pai não achava tal tratamento necessário. Sugerimos para a mãe que fosse pedida ajuda ao Conselho Tutelar (notificação).

Notificamos o Conselho Tutelar e, depois, fizemos contato telefônico, sugerindo reunião intersetorial para propormos conduta terapêutica a ser adotada com essa família. O membro que atendeu nos informou que o conselheiro responsável pela família estava de férias e teríamos de aguardar seu retorno. Fizemos contato com outras instituições que atuavam no “caso Lucas”: o CAPS-CRIA, a escola de futebol, a escola onde estudara, a Unidade de Saúde, profissionais do CRAMI (psicólogo e assistente social) que atuam em casos de maus-tratos à infância.

É importante ressaltar que os pais de Lucas resistiam a toda e qualquer orientação e encaminhamento. Colocavam obstáculos (falta de passes de ônibus, falta de tempo) para adesão ao tratamento do filho. E Lucas reagia, negativamente, a essa negligência. A mãe pedia ajuda, mas não aderiu ao tratamento proposto.

Um dia, a mãe compareceu à Unidade de Saúde, preocupada, pois o Conselho Tutelar estivera em sua casa. Fizemos contato telefônico com o conselheiro (que já voltara de férias) e discutimos o caso, informando-o do nosso acompanhamento familiar. Houvera certo desencontro de orientações à família. A idéia inicial era conversarmos intersetorialmente e elaborar estratégias conjuntas de atuação.

No dia da reunião intersetorial, a família compareceu, por condução do ACS, que “não agüentava mais essa família”... O ACS informou a eles o objetivo da reunião intersetorial e os pais ficaram preocupados e quiseram participar. Fomos apanhados de surpresa! Fizemos conversa prévia com as diversas instituições presentes e, em seguida, foram chamados os pais de Lucas. Foi um “grande encontro”. Pudemos trabalhar com os pais, no “aqui e agora”, sua resistência à adesão aos tratamentos propostos. Reorientamos o pai a cuidar de si, da pressão alta, da “depressão”, proporcionando-se mais lazer, caminhadas e a dar atenção e cuidados ao filho. Para a mãe, retomamos a orientação de retornar ao médico psiquiatra, tomar a medicação corretamente, participar de grupo de reflexão, coordenado por psicólogo e assistente social do CRAMI, na escola onde Lucas voltara a estudar. A mãe aceitou. O pai se comprometeu a levar Lucas ao CAPS-CRIA e reiniciar a avaliação e tratamento.

O Conselho Tutelar não estava presente à reunião, mas comparecia de forma velada no imaginário dos pais, que receavam perder a guarda do filho.

Após alguns meses, marcamos novo encontro com a família. Lucas estava se vinculando às atividades no CAPS e a mãe participava do grupo de reflexão. Ele mostrava-se mais sociável com os colegas da rua. Voltou a freqüentar as aulas na escola. Foi necessário orientar o pai, pois estava “preocupado” (desconfiado) com a maneira de as psicólogas trabalharem as situações que a esposa traz para o grupo.

Essa família carece de acompanhamento contínuo da Equipe de Saúde, da Equipe Matricial de Saúde Mental e do grupo intersetorial.

Situação IV

O paciente de difícil acesso⁴⁴

Há pacientes com transtornos psiquiátricos graves, residentes, com suas famílias, na área de abrangência da Unidade de Saúde; são acompanhados pelos serviços especializados como os CAPS, hospitais psiquiátricos, pronto-socorro, etc. (nível secundário e terciário de atenção).

A articulação do serviço de Saúde básico com os outros mais especializados deve ser intensificada, para possibilitar a monitoração do tratamento na comunidade. Deve-se ter em vista que o contato da unidade com esse paciente e sua família é geralmente mais intenso e inevitável. Porém, muitas vezes, tal contato vem funcionando somente como entreposto para os outros níveis de atendimento, não havendo outro compromisso com o tratamento do paciente. Além disso, há clientes que se recusam a fazer tratamento psiquiátrico, por falta de adesão, de ascendência familiar sobre o mesmo, ou outras contingências próprias dos transtornos mentais^{45,46}.

Na assessoria, com a equipe da Unidade de Saúde do Distrito de Talhado, distante 15 quilômetros de Rio Preto, conhecemos a história da família do Sr. Nílton (47 anos). Essa família, que compreende também a mãe (74 anos), e o irmão (52 anos), reside na região periférica do distrito, onde existe um loteamento com várias chácaras.

A equipe havia sido informada sobre a situação familiar por meio do agente comunitário, que recebeu as queixas da mãe de Nílton. Ele tem antecedentes psiquiátricos de longa data, com várias internações em hospitais psiquiátricos. Não adere ao tratamento ambulatorial, que ocorre em Rio Preto, não aceita a medicação prescrita pelo hospital psiquiátrico no pós-alta e recusa-se a comparecer à Unidade de Saúde.

Segundo o relato da equipe, o Sr. Nílton, que já foi pastor numa igreja evangélica, agora vive isolado da mãe e do irmão, num quarto à parte no terreno da família. Encontra-se em atitude persecutória, rechaça qualquer contato, inclusive da família. Chama a mãe de “falsa profeta”, não dirige a palavra ao irmão, e anda “armado” com lanças de ferro amarradas na cintura. Fica trancado no seu espaço em meio a grande entulho.

O agente comunitário comenta com a equipe sobre a dificuldade de contato com o cliente, que se recusa a recebê-lo, e que, de vez em quando, manda recados ameaçadores ao médico da unidade, responsável por sua última internação num hospital psiquiátrico. Segundo o agente, há risco de conflito com a vizinhança, pois, recentemente, o Sr. Nílton, com receio de ser atacado por supostos inimigos, colocou madeiramento com pregos na estrada em frente, estragando os pneus dos carros. A mãe considera que o problema dele é espiritual e o irmão é de pouca fala e não se envolve, certamente para se proteger.

A gerente da unidade havia pedido providências para o atendimento em Saúde Mental e solicitou que a aprimoranda em Saúde da Família (psicóloga) fizesse uma avaliação em visita

domiciliar. Isso aconteceu de forma compartilhada, porém sem sucesso, pois ele recusou diálogo.

Em assessoria com a equipe matricial, foi marcada uma visita domiciliar compartilhada (agente comunitário e equipe matricial). No acesso por estradas de terra batida, chegamos à residência do Sr. Nílton. Na entrada do terreno, vários arames farpados impedem o trânsito das pessoas. A chácara tem duas casas rebocadas, uma delas inacabada, terreno com mato, árvores e entulho, dois veículos parados há muito tempo, um com os pneus murchos, e o outro, um caminhão, sem as rodas. Os cachorros nos recebem.

A mãe de Nílton, uma senhora idosa e simples, aparece. Pedimos para chamar o filho e ele vem. Identificamo-nos como Equipe de Saúde da Secretaria, que dá um “curso na unidade”. Omitimos os títulos de psiquiatra e psicólogo, para evitar atitudes preconceituosas.

O encontro é relativamente rápido. O Sr Nílton, do outro lado da cerca, visivelmente desconfiado, não segue uma coerência verbal na tentativa de diálogo. Não atende às perguntas, diz que “bandidos” moram nas vizinhanças e planejam algo contra ele. Pergunta se somos religiosos, faz críticas às religiões que têm parte com o diabo, fica incomodado com sua mãe, que conversa com a psicóloga da equipe no outro canto da cerca, e nos abandona, dizendo que preparou um veneno para dar ao médico da unidade (mostra uma garrafa pet com um líquido marrom).

Retornamos à unidade e discutimos a situação com toda a equipe. Qual seria nossa capacidade de resolução?

Consideramos que o Sr. Nílton não tem antecedentes de heteroagressão. Não nos agrediu; apesar de perturbado, até permitiu algum contato. Refletimos: qual o impacto que uma possível internação forçada provocaria? Como ficaria o vínculo com a equipe? Qual seria o benefício no pós-alta? Concluimos que estaríamos repetindo o ciclo infundável de reinternações e que, provavelmente, ele retornaria às condições que se configuravam naquele momento, com a agravante da piora do vínculo com a unidade.

Decidimos pela estratégia da aproximação lenta.

Na semana seguinte, fomos novamente e, dessa vez, o Sr. Nílton não apareceu, não quis nos receber. Conversamos longamente com a mãe e o irmão, procurando orientá-los nos cuidados com o Sr. Nílton; trabalhamos os aspectos culturais, sem tentar demovê-los de suas convicções religiosas, mas procurando mostrar a necessidade de tratamento médico complementar.

Na terceira tentativa, quinze dias depois, procuramos um jovem rapaz, vizinho nas proximidades, com quem, segundo o agente, o Sr. Nílton mantinha diálogo. Era a única pessoa com quem ele vinha mantendo um certo contato até então. O rapaz foi conosco. Dessa vez, ele nos recebeu, trocou algumas palavras, mas nos deixou. Na quarta tentativa, fomos novamente com o rapaz e, além do agente, o médico da unidade nos acompanhou. Junto com o médico, que conhece muito bem a comunidade, entramos no terreno, passando por debaixo dos arames. Como era esperado, ele não nos recebeu e se refugiou no seu quartinho, colocando escudos de ferro na porta. Ficou nos observando,

enquanto conversávamos com sua mãe e seu irmão. Incentivamos o comparecimento da família à unidade, para que pudéssemos ajudá-los. Foi feita a orientação da saúde da família pelo médico da unidade.

Dez dias depois, sem o nosso conhecimento e sem que soubéssemos a causa, o Sr. Nílton foi levado pela polícia e internado no hospital psiquiátrico. Pensamos na possibilidade de um contato da unidade com o hospital, para avaliar a possibilidade de iniciar medicação de depósito (injetável, que substitui o uso via oral). Esses serviços não se conhecem, e foi difícil estabelecer um diálogo a tempo. O Sr. Nílton recebeu alta e a família não conseguiu a medicação em comprimidos receitada pelo hospital, pois jogou fora as receitas.

Para nossa surpresa, procurou a unidade para tratamento dentário. A dentista e a auxiliar, que haviam participado das discussões do caso, conseguiram um vínculo com ele. De início, o Sr. Nílton comparecia com sua mochila, na qual, segundo as profissionais, ao colocá-la no chão, dava para ver um facão e outros instrumentos perfuro-cortantes. Logo depois, passou a deixá-la fora do consultório e retomou o diálogo com o agente comunitário. Consertou seu caminhão e vem utilizando-o. Está há mais de seis meses sem medicação e, mais sociável.

Consideramos correta nossa estratégia, apesar dos obstáculos. Estaria o Sr. Nílton num momento entre as crises?

A monitoração deve continuar.

Quanto ao rapaz amigo que nos ajudou, soubemos que, até este momento, estava preso por porte de arma e furto.

Considerações finais

Este é um momento histórico para a política de Saúde Mental, na cidade de São José do Rio Preto. A Secretaria da Saúde vem apoiando este trabalho, ao oferecer subsídios técnicos por meio de cursos, textos do Ministério da Saúde, suporte dos secretários, disponibilizando computadores, xérox e veículos para transporte aos locais mais distantes.

Algumas reflexões que formulamos, a seguir, compõem os bastidores do trabalho e ajudam a formar-lhe a base.

O perfil do profissional para a prática do matriciamento é um deles. Entendemos que esse profissional deve estar preparado para lidar com grupos heterogêneos, incentivar a intersetorialidade e, portanto, ser capaz de dividir saberes e poderes, considerar a complexidade dos transtornos mentais, principalmente ao criar ações multidisciplinares de promoção e prevenção dos mesmos.

Necessitamos, por parte do município, de uma política de incentivo para evitar que locais mais distantes, periféricos e carentes não sejam meros locais de passagem dos profissionais da saúde, ocasionando grande rotatividade dos mesmos, perda dos vínculos formados e, por conseguinte, a necessidade constante de capacitação e sensibilização da equipe para a Saúde Mental. O conceito de equidade do SUS é a referência norteadora dessa política.

A Faculdade de Medicina e a Secretaria da Saúde devem procurar adequar a formação dos estudantes às realidades da saúde pública, buscando compatibilizar interesses e benefícios

mútuos tanto para a faculdade quanto para a secretaria, com a formação de recursos humanos mais adequados à realidade do SUS, que é o grande empregador para a maioria desses profissionais.

O município formalizou a prática de reuniões intersetoriais. Nessas reuniões, que acontecem entre as instituições atuantes no território (instituições do município e do estado, ONGs, serviços religiosos e outros), são elaboradas algumas ações na comunidade, esses desdobramentos geram uma diversidade de propostas, de acordo com a realidade local, e muitas envolvem a equipe de Saúde Mental e novas formas de atuação.

Outras ações vêm acontecendo paralelamente ao nosso trabalho:

- Fórum de discussão dos Agentes Comunitários de

Saúde – ACS: espaço de discussão que permite a reflexão do agente comunitário, enquanto sujeito desse processo, capaz de intervir nas situações observadas, a partir das visitas domiciliares, levando às Unidades de Saúde seu olhar, enquanto profissional da área da Saúde e morador da comunidade. Esse fórum também é utilizado como espaço de capacitação em temas específicos, a partir das necessidades dos profissionais. O ACS é o único profissional da Equipe de Saúde da Família que não tem uma formação anterior na área da Saúde e, dessa forma, o fórum de discussão do ACS se converte em espaço de troca de experiências entre as diferentes Unidades de Saúde, com aprofundamento nas discussões sobre organização do processo de trabalho, trabalho em equipe, atribuições específicas e, ainda, para compartilhar sentimentos que emergem no desenvolvimento do trabalho cotidiano.

Coordenação das atividades: enfermeira coordenadora da Saúde da Família, psicóloga da Faculdade de Medicina de SJ Rio Preto – FAMERP e apoio da aprimoranda de Psicologia da Saúde - FAMERP.

Os encontros mensais têm 8 horas de duração.

- Atividades de desenvolvimento de equipes - enfoque no trabalho em equipe:

- realizadas a partir de diagnóstico situacional e com acompanhamento sistemático, de acordo com o processo de desenvolvimento e reorganização do método de trabalho das equipes;

- reuniões de equipe semanais, quinzenais e mensais, conforme programação pactuada entre equipe de coordenação e Equipe Saúde da Família;

- coordenação das atividades: coordenadora da Saúde da Família, psicóloga da Faculdade de Medicina de SJ Rio Preto - FAMERP

O nível secundário está sendo ampliado com mais dois CAPS, um infantil e um adulto, a partir da reorganização dos serviços de Saúde Mental do município.

Somos atores e protagonistas dessa transformação. O modelo de Equipe Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica está sendo proposto na reorganização da atenção básica, no

município de São José do Rio Preto. É a Saúde Mental no SUS, na busca de um novo modelo.

FICHA DE DETECÇÃO DE RISCO E IDENTIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

DATA: ____ / ____ / ____

MATRÍCULA (prontuário/microárea): _____

A) Identificação do cliente

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

B) Identificação do risco

() Abuso de drogas ilícitas: _____

() Abuso de álcool: _____

() Uso de psicotrópicos (calmantes e outros): _____

Tipo: _____

Há quanto tempo: _____

Motivo: _____

() Violência doméstica (maus-tratos, agressão, negligência, etc.):

Qual? _____

() Estresse familiar máximo (doenças graves, exclusão social, morte, prisão, etc.):

Qual? _____

() Internação em hospital psiquiátrico ou outros:

Data da última internação: ____ / ____ / ____

Local: _____

() Tentativa de suicídio.

() Outros: _____

SINTOMA ATUAL: (A) depressivo (B) ansioso (C) agressivo (D) confuso (E) outros

C) Formas de tratamento

() Psiquiátrico: _____

() Psicológico: _____

() Outros: _____

() Nenhum.

D) Observações

Assinatura/rubrica: _____

(verso da página)

GENOGRAMA

E) Plano terapêutico – pedagógico:

FICHA REGISTRO DE RISCO E IDENTIFICAÇÃO DO
TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Unidade: _____ Data: ____/____/____

Nº	MATR./ DESACR.	NOME / IDADE / SEXO	DATA / ASSESSORIA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Tent. de suicídio	Tentativa de suicídio
Susp. de depressão	Suspeita de quadro depressivo
Int. hosp. psiq.	Internação em hospital psiquiátrico
Viol. Intraf.	Violência intrafamiliar (VI.)
Obs.: V.I. física	Violência intrafamiliar física
V.I. Psic.	Violência intrafamiliar psicológica
V.I. Ab. Sex.	Violência intrafamiliar abuso sexual
V.I. Negl. C.	Violência intrafamiliar negligência com criança
V.I. I.	Violência intrafamiliar negligência com idoso
V.I. D.	Violência intrafamiliar negligência com deficiente
Estresse famil. máx.	Estresse familiar máximo (EFM)
Obs: DG	Doença grave
Pr	Prisão
F	Falecimento
Hom	Homicídio
Uso de psicotr.	Uso de psicotrópicos
Obs.: ADT	Antidepressivo tricíclico
ADS	Antidepressivo serotoninérgico
AP	Antipsicótico
BZD	Benzodiazepínico
ANC	Anticonvulsivantes
Trat. Psq.	Tratamento psiquiátrico
Trat. Psicol.	Tratamento psicológico
VD	Visitas domiciliares compartilhadas
Ccp	Consultas compartilhadas
Nº de sup.	Número de supervisões
Data do Reg.	Data do registro
Matr.	Número de matrícula

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da unidade de saúde da família: caderno 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa saúde da família. Rev Saúde Pública 2000;34(3):316-9.
4. Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: Part I. Practical diagnosis. Am Fam Physician 2000;61(4):1073-8.
5. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva; 2001.
6. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Caracas. Aprovado em 14 de Novembro de 1990, Caracas, Venezuela. [citado 2006 out 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107
7. Lancetti A, organizador. Saúde loucura nº 2. São Paulo: Hucitec; 1990.
8. Breda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno

- psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2001;6(2):471-80
9. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. p.143-93.
10. Cardoso CL. A inserção do psicólogo no programa saúde da família. Psicol Ciênc Profissão 2002;22:2-9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.
12. Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. O trabalho em equipe. In: Santana JP. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Belo Horizonte: UFMG/NESCON; Brasília (DF): OPAS; 2000. p.45-9.
13. Pinto JCSG. A abordagem aos transtornos mentais graves na atenção básica. In: I Oficina de Capacitação em Saúde da Família; 2002; Itaipava: Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
14. Oliveira AA. Como as equipes do Programa Saúde da Família de São José do Rio Preto lidam com o transtorno mental e o sofrimento psíquico de usuários e familiares? [trabalho de conclusão de curso]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2003.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa

- qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
16. Bion WR. Experiências com grupos. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: EDUSP; 1975.
17. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
18. Bock AMB, Furtado O, Teixeira ML. Saúde ou doença mental: a questão da normalidade. In: Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva; 1999. p.346-60.
19. Cardia N. Primeira pesquisa sobre atitudes, normas culturais e valores em relação à violência em 10 capitais brasileiras. Brasília(DF): Ministério da Justiça; 1999.
20. Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Xenon; 1989.
21. Cunha MCP. O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
22. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
23. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Juquery: encontros com a arte. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
24. Stone M. A cura da mente: a história da psiquiatria da antiguidade até o presente. Porto Alegre: Artmed; 1999.
25. Szasz TS. A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
26. Vasconcelos MPC. A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiátrica na cidade de São Paulo – 1885 a 1923 [dissertação]. São Paulo: PUC; 1992.
27. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial União 2001 Abr. 9;Seção 1:2.
28. São Paulo. Lei Complementar nº 791, de 09 de março de 1995. Estabelece o Código de Saúde do Estado de São Paulo. Diário Oficial Estado 1995 Mar 10;47(Seção 1).
29. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
30. Dalgalarro P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
31. Stahl SM. Psicofarmacologia: base neurocientífica e aplicações práticas 2ª ed. Porto Alegre: MEDSI; 2002.
32. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Associação Médica Brasileira. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo; 2003.
33. Oliveira AA. Violência institucional: “sociedade e família” [trabalho de conclusão de curso]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.
34. Varella D. Por um fio. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
35. Morin E. Ciência com consciência. Portugal: Europa-América; 1990.
36. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; 1994.
37. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.
38. Palazzoli MS. Os jogos psicóticos na família. São Paulo: Summus; 1998.
39. Richter HE. A família como paciente. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
40. Cerveney CMO. A família como modelo: desconstruindo a patologia. Campinas: Editorial PSY II; 1994.
41. Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo-Corigliano A. Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
42. Chauí M. Convite à filosofia. 11ª ed. São Paulo: Ática; 1999.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília (DF); 2001.
44. Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MI, organizador. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p.47-56.
45. Barban E. Projeto oficinas: conexões arte-cultura-saúde mental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2001.
46. Campos RHF. Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes; 1998.

Correspondência:

Eduardo Galvão Barban
Rua José Felipe Antonio 303 ap. 23, Bloco 08
15090-430 – São José do Rio Preto - SP
Tel.: (17)9116-0389
e-mail: ebarban@uol.com.br
