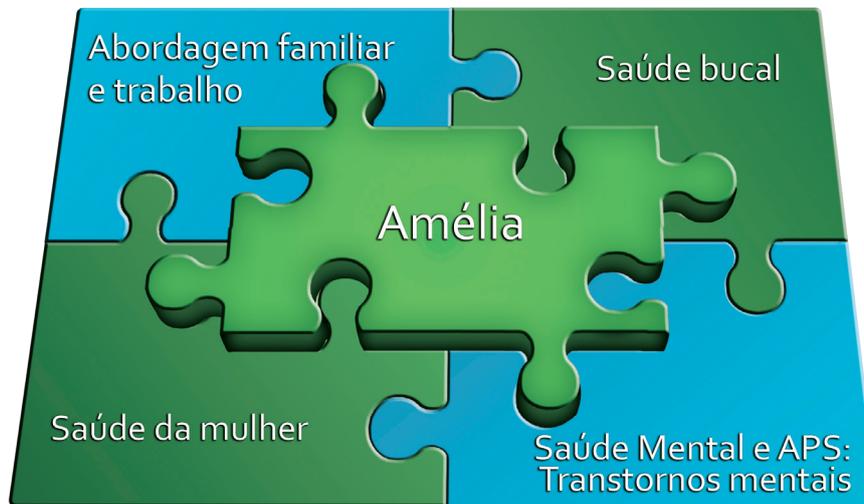


Amélia

Sumário

Amélia.....	2
Saúde integral e sexualidade	7
Saúde bucal	9
Saúde da mulher	11
Saúde Mental e APS: Transtornos mentais graves.....	13

Amélia



O médico Marcelo terminou a residência médica em Medicina de Família e Comunidade no ano passado e trabalha há dois meses na UBS Ilha das Flores, no município de Cachoeira da Serra. Na última reunião de equipe, abordou o tema Saúde Mental com a enfermeira Elza, os auxiliares de enfermagem, a cirurgiã-dentista Juliana e os agentes comunitários de saúde:

– As pessoas que têm sofrimento mental não são somente aquelas que vêm ao posto e se queixam de tristeza ou ansiedade. Muitas que têm dificuldade de se relacionar com outras, não saem de casa ou ficam perambulando na rua podem ser portadoras de algum transtorno mental. Geralmente, essas pessoas não procuram a Unidade de Saúde – comenta Marcelo.

E dirigindo-se aos agentes comunitários de saúde:

– Vocês conhecem alguém assim nas suas áreas? – questiona.

– Eu conheço, sim! – responde a ACS Roberta. – Aliás, doutor, todo mundo conhece! Ela é a doidinha do bairro! – diz, rindo. – A Amélia estava internada no hospital e voltou há duas ou três semanas. Ela quase não sai de casa, mas às vezes tem uns ataques e fica agressiva. Ela nunca machucou ninguém, mas o povo tem medo. A família, quando não aguenta mais, interna. Já deve ter ido umas 15 vezes pro hospital. Quando volta, ela fica um tempo bem, mas parece dopada. Depois começa a enlouquecer de novo.

A enfermeira Elza, que está fazendo curso de especialização em Saúde da Família, aprendeu recentemente a classificar Risco familiar. Para isso, pede para a ACS Roberta alguns outros dados da ficha A.

– Sim, na casa tem saneamento básico. Tem três cômodos e moram três pessoas. A mãe da Amélia é analfabeta, hipertensa e diabética. Todos na casa estão desempregados – responde Roberta.

– Ótimo, assim consigo classificar o risco pela Escala de Coelho – diz Elza. – Acho legal irmos até a casa fazer uma visita. Daí conseguimos fazer uma abordagem familiar. Vou tentar fazer um genograma. Você me ajuda, Dr. Marcelo?

– Claro! Ótima ideia fazermos uma visita – responde Marcelo.

A equipe então decide o melhor dia para fazer uma visita à Amélia, que está com 34 anos e mora com a mãe de 58 anos e o irmão de 32.

Chegando lá, a enfermeira, a agente de saúde e o médico entram no quarto, que é bem pequeno e tem as paredes cobertas por fotografias de artistas de TV.

Amélia fala sobre a medicação:

– De manhã tomo um Haldol®, um Amplictil® e um Fenegan®. De tarde, outro Amplictil® e de noite outro Haldol®, outro Amplictil® e o diazepam... Mas às vezes eu não tomo os da tarde. Às vezes tomo só o diazepam e o Fenegan®...

A mãe, Dona Maria da Luz, diz que tem dificuldade em ajudar a filha, pois não sabe ler. Conta que Amélia era uma criança normal, frequentava a escola, mas não tinha muitos amigos. Lá pelos 15 anos, ela começou a não querer mais sair do quarto e ficava isolada a maior parte do tempo. Achava que tinha alguém a perseguindo e que ouvia mensagens secretas pela televisão. Via vultos e ouvia vozes. Então ficava agitada e quebrava as coisas em casa. Só se acalmava quando ia para o hospital e tomava remédios. O único tio paterno tinha um problema parecido. Morreu no hospício. O tio materno faleceu de “tanto beber”. O pai de Amélia abandonou a família quando os filhos ainda eram crianças. Nunca mais apareceu. A mãe de Dona Maria da Luz, avó de Amélia, era alcoólica e morreu muito nova. Parece que tinha uma deficiência mental ou loucura. O avô, homem trabalhador, morreu de derrame aos 55 anos. O irmão de Amélia, Antônio, é separado, tem duas filhas e tenta fazer uns bicos para sustentá-las. Não tem problema de saúde, gosta muito de Amélia e sempre que pode ajuda nos cuidados.

A mãe informa ainda que toda vez que a filha menstrua, fica muito mais nervosa e se queixa de muitas cólicas e dor nas mamas. Chega a falar que Amélia tem um caroço na mama esquerda. Dona Maria da Luz tem pavor disso, pois tem uma irmã que ainda sofre com o tratamento para câncer, tendo tirado uma das mamas, além da tia que a criou após falecimento de sua mãe, que morreu de câncer de mama ainda jovem.

Marcelo examina a paciente, constatando de fato uma nodulação QSD, fibroelástica, móvel. Solicita uma mamografia e prescreve anti-inflamatório próximo ao período menstrual. Discute o caso com o psiquiatra que vai mensalmente à Unidade e faz ma-



triciamento das equipes. Assim, a medicação oral foi substituída por decanoato de haloperidol intramuscular.

Na semana seguinte, a equipe retorna à casa de Amélia. A mamografia apresentou resultado Bi-Rads 0, e foi sugerida a realização de uma ultrassonografia de mamas. A essa altura, Dona Maria, muito nervosa, já achava que a filha estava com câncer de mama. Também morria de medo que Amélia tivesse o mesmo fim que o seu cunhado, falecido num manicômio.

A enfermeira Elza fez o genograma e observou alguns padrões de adoecimento e sofrimento familiar, além do entendimento do ciclo familiar e das crises. Soube por Roberta dos medos de Dona Maria. Resolveu então fazer uma conferência familiar para conversar sobre seus achados (risco + genograma) e problemas familiares. Na reunião que ocorreu no domicílio, muito foi conversado sobre câncer, transtornos mentais, cuidados necessários à saúde de todos e benefícios previdenciários. Todos ficaram muito satisfeitos, em especial a enfermeira, que aprendeu e praticou a importância de vínculo, acolhimento, esclarecimento e suporte para a consolidação do apoio terapêutico. Nessa conversa se dispôs também a apoiar Amélia no que diz respeito à saúde da mulher. Planejou e realizou algumas visitas e consultas para explicar melhor sobre o ciclo menstrual e como usar medicamentos, além de providenciar o encaminhamento à ginecologia/mastologista e uma agenda para a paciente vir ao posto tomar a injeção de Haldol®.



Amélia contou que sentiu menos cólica perto da menstruação, mas a mastalgia persistiu. Comentou que, apesar de ter medo de agulha, sentia-se melhor com a injeção porque ficava menos “travada”.

Nas visitas seguintes, Marcelo e Elza continuaram conversando com Dona Maria da Luz e com Amélia a respeito da esquizofrenia. As duas disseram o que entendiam da doença, quais eram suas dificuldades e puderam expressar seus sentimentos em relação ao preconceito vivenciado por elas na comunidade. Roberta se dispôs a tentar conversar com os outros moradores do bairro para diminuir o preconceito. Amélia e Maria da Luz ficaram muito felizes.

Amélia queixou-se com Natália, Técnica de Saúde Bucal (TSB), de que tinha dores nos dentes, às vezes isoladas ou quando comia alimentos frios ou quentes. Ao examinar sua boca, afastando os lábios com espátula de madeira, a TSB

detectou alguns dentes em mau estado de conservação, com lesões de cárie cavitadas, indicando, assim, o agendamento na UBS com a cirurgiã-dentista Juliana.

No final do terceiro mês, Amélia via em Roberta uma amiga e aceitou seu convite para dar uma volta pelo bairro. Elas começaram a caminhar diariamente. Os moradores do bairro não tratavam mais Amélia como a “doidinha do bairro”. Com o tempo, passou a se consultar regularmente na UBS. Coletou exame preventivo e foi ao ginecologista, que analisou a ultrassonografia de mama e disse que o nódulo era benigno. Marcou também uma agenda de acompanhamento pelo risco de câncer. Amélia e Dona Maria da Luz já entendiam um pouco melhor a doença e se fortaleceram com isso. Amélia não pensava mais em deixar de tomar os medicamentos.

Amélia marcou consulta com a dentista na UBS para avaliar as dores nos dentes. A cirurgiã-dentista Juliana realizou anamnese, exame clínico e índice de placa bacteriana.



Foram detectadas restaurações de amálgama classe I e II com fraturas, trincas, perda de anatomia e infiltração marginal, e recidiva de lesão de cárie pelo exame clínico e/ou radiográfico nos elementos 26, 34 e 46, além de: lesões de cárie cavitadas na oclusal dos elementos 14, 16, 36, com diferentes graus de profundidade; lesões de cárie não cavitadas nos elementos 17, 24 e 47; e lesões de cárie ativas na cervical da face vestibular dos elementos 11, 13, 22, 33, 36, 44, 45, 27 e 36, ou em processo de inativação na cervical dos elementos 14, 16 e 45 observadas clinicamente, havendo alto risco de exposição pulpar nos elementos 34 e 46 devido à profundidade das lesões e à proximidade da polpa, detectadas pela radiografia.

A equipe odontológica formada por Natália e a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) Fátima trabalhou em conjunto com Juliana. A paciente apresentava alto índice de placa bacteriana e foi submetida a profilaxia, orientação de higiene e motivação, fluoroterapia e adequação do meio bucal através do Tratamento Restaurador Atraumático (ART). Em um segundo momento, foram avaliadas a vitalidade pulpar e as condições de suas restaurações insatisfatórias, foram também providenciados protocolos de encaminhamento necessários.

Natália ressaltou a importância da educação e da motivação da paciente quanto a seus hábitos de dieta e higiene, buscando uma melhor qualidade de vida e saúde bucal e geral, além do agendamento periódico e da presença nas consultas na UBS.

Amélia sentiu-se segura para frequentar o grupo de artesanato do posto e fez com ele alguns passeios a lugares onde jamais tinha ido, como ao cinema e ao teatro. Lá conheceu o Célio, e eles estão começando a namorar.

Quando essa informação foi trazida por Roberta à reunião de equipe, todos ficaram muito contentes, porém a enfermeira Elza lembrou que seria necessário conversar com Amélia sobre anticoncepção. Agendou uma consulta e pediu que Roberta avisasse Amélia e que também convidasse Célio. Nessa altura, Elza já era especialista em Saúde da Família e se sentia segura para fazer abordagem familiar.

Amélia agendou as consultas com a equipe odontológica da Estratégia Saúde da Família, iniciando e dando continuidade ao tratamento odontológico, recebendo orientações de higiene da ASB e submetendo-se à limpeza e à motivação dadas pela TSB, sentindo-se com o passar do tempo motivada ao tratamento odontológico e apresentando melhora das condições bucais.

No dia agendado, os três (Elza, Amélia e Célio) conversaram não apenas sobre métodos anticoncepcionais, mas também sobre o uso de preservativo e outras questões relativas à sexualidade.



Abordagem familiar e trabalho em equipe

Ana Lucia Horta e Daniel Almeida Gonçalves



A família de Amélia é composta pela mãe, Dona Maria da Luz, e por mais um filho, Antônio. É mencionado um tio paterno na tentativa de encontrar um “motivo” ou “causa” para o aparecimento da esquizofrenia de Amélia. Há ainda a descrição de outros membros da família que tiveram câncer de mama.

Observa-se ainda uma rede de apoio muito forte da equipe da UBS Ilha das Flores, que está interessada não só no aspecto de entendimento da doença e no tratamento de Amélia, mas também nas questões de higiene, cuidado com o corpo e saúde bucal, cuidados específicos da saúde da mulher em geral e na socialização (caminhadas, inclusão em grupo de atividades e possibilidades de ampliar os espaços sociais, como ir ao teatro e ao cinema). Isso resultou em ações da equipe para atividades específicas de cuidado e na ampliação da rede social com encontros com outras pessoas e até a possibilidade de namoro com Célio.

Isso só foi possível pelo trabalho realizado pela equipe da UBS, entendendo e vendo Amélia além da esquizofrenia e das recaídas que teve, buscando em lócus conhecer as condições de moradia. Também Dona Maria da Luz, apesar da dificuldade de leitura, é preocupada e cuidadosa e solicita ajuda para atender a filha da melhor forma possível.



Destaque

A equipe teve um papel muito importante na sua conduta de agir “como equipe”, integrando saberes e habilidades, preocupando-se em acompanhar literalmente essa família, dando informação de forma adequada para facilitar no tratamento e, ao mesmo tempo, cuidando do estabelecimento do vínculo com Amélia para que pudesse olhar para si, acreditar nas propostas de tratamento tanto físico como mental, tendo como resultado melhora da autoestima à medida que aceitou cuidar inclusive da saúde bucal. Outro resultado que demonstra essa evolução é o encontro com outras pessoas, atividades e ter um namorado.

Além do cuidado físico, a equipe da UBS foi muito feliz ao pensar nas questões de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção, incluindo Célio nessa conversa como coparticipante desse momento e contexto de casal. Conversar sobre assuntos relativos à sexualidade envolve entender como “vivem” a sexualidade tanto individual como em casal. Isso pode se realizar por meio de inventário sexual de cada um e dos dois e da facilitação de espaço para que possam falar e perguntar sobre dúvidas, vontades, expectativas e necessidades. O tema da sexualidade e da integralidade é aprofundado na Fundamentação teórica.

O processo de tratamento da esquizofrenia de Amélia implica ter parceria não só para dar apoio à continuidade do tratamento, mas também para entender sem julgamento ou culpa as limitações inclusive quanto à sexualidade,

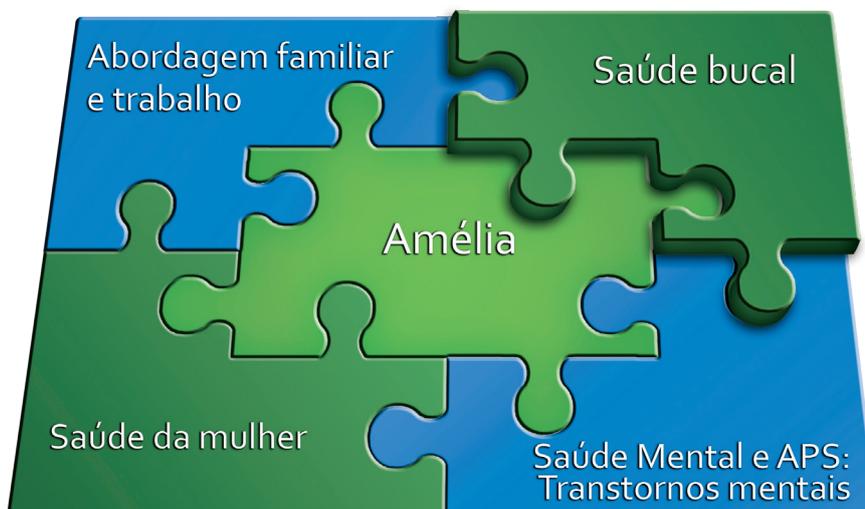
que podem envolver falta de libido, desejo e excitação, e observação quanto à alteração do comportamento, seja pela necessidade de regulação da medicação, seja pelos seus efeitos, que podem levar a dificuldades sexuais com sintomas relativos à própria patologia e interferir na sexualidade.

Considerando a situação de Amélia ainda em relação às dores e desconfortos com a menstruação e a investigação quanto ao nódulo de mama, é importante ajudar o casal a identificar possibilidades de cuidado para que não haja desconforto nem repulsa no caso de essas zonas erógenas serem tocadas.

Ainda é importante que os familiares e Célio ajudem Amélia e a incentivem quanto à sua independência, capacidade e continuidade dos tratamentos propostos pela equipe da UBS.

Saúde bucal

Daniella Ferraz Cerqueira



Neste texto, abordaremos a área da saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família e o contexto do caso apresentado.

No caso em questão, nos deparamos com a jovem Amélia, que apresenta um distúrbio esquizofrênico, dismenorreia, nódulos de mama e mastalgia, questões sobre sexualidade e problemas odontológicos que nunca foram tratados adequadamente. Após adequação da medicação, melhora do quadro psiquiátrico e abordagem das questões do estigma e dos preconceitos sobre o tratamento e o diagnóstico psiquiátrico, houve a possibilidade de tratar a paciente dos demais problemas.

Assim, Amélia relatou à Técnica de Saúde Bucal (TSB) Natália queixa de dor em vários dentes, e esta constatou que alguns deles apresentavam restaurações deficientes e algumas cavitações. A TSB Natália encaminhou-a, então, para a cirurgiã-dentista Juliana, na Unidade Básica da Saúde (UBS).

Os dados coletados apontam para a ocorrência da doença cárie na paciente. Diante desse fato, qual a conduta a ser seguida pelos membros da equipe odontológica para que possam estabelecer diagnóstico e tratamento corretos, além do encaminhamento adequado, se necessário?

Após uma discussão do caso com a equipe de saúde responsável pelo atendimento para entender melhor o contexto social e emocional de Amélia, a dentista deve fazer um exame clínico completo (composto de anamnese – coleta de sintomas e exame físico), anotar sempre todas as alterações sistêmicas do paciente, a queixa principal, a história da doença atual, a história dental, a história familiar e os hábitos alimentares.



Destaque

Como a queixa principal de Amélia são as dores de dente, devemos nos indagar na anamnese: como são essas dores? Provocadas ou espontâneas? Apareceram há quanto tempo? São dores que a impossibilitam de executar as tarefas diárias? Impossibilitam a mastigação ou o sono?

Após a realização do exame extrabucal, a dentista deve fazer o exame intrabucal para avaliar toda a cavidade bucal da paciente. Entre as ações a serem realizadas, deve-se avaliar o índice de placa para descobrir como está a higienização da paciente. Esse exame clínico possibilitará também elaborar um correto diagnóstico da atividade e revelar o estágio de progressão das lesões da doença.

O exame realizado em Amélia constatou as seguintes condições dos elementos dentais:

Restaurações de amálgama classes I e II com fraturas, trincas, perda de anatomia e infiltração marginal, e recidiva

de lesão de cárie nos elementos 26, 34 e 46, ou seja, recidiva da doença cárie acometendo as estruturas esmalte e dentina;

Lesões de cárie cavitadas na oclusal dos elementos 14, 16 e 36, com diferentes graus de profundidade, ou seja, lesões ativas em dentina;

Lesões de cárie não cavitadas nos dentes 17, 24 e 47 e lesões de cárie ativas na cervical da face vestibular dos dentes 11, 13, 22, 33, 36, 44, 45, 27 e 36, ou seja, lesões ativas incipientes em esmalte em faces lisas de dentes anteriores e faces oclusais de dentes posteriores;

Lesões de cárie em processo de inativação na cervical dos dentes 14, 16 e 45, ou seja, lesões inativas em esmalte.

Diante desse diagnóstico de doença cárie ativa na paciente em diversos estágios de progressão, qual seria o plano de tratamento adequado para ela? O plano deve contemplar as seguintes fases:

1. Fase sistêmica: aqui são abordadas as questões sistêmicas do paciente que podem influenciar nas condições odontológicas. Nesse caso, a paciente já teve seu quadro sistêmico controlado, possibilitando a mudança para a próxima fase.

2. Fase preparatória: esta fase contém duas etapas:

2.1- Etapa preventiva:

O caso já nos relata que a paciente apresenta alto índice de placa bacteriana. Portanto, devem-se instituir medidas como profilaxia profissional, higiene bucal supervisionada, orientação sobre as técnicas de escovação e motivação. Essas ações podem ser realizadas pela ASB ou pela TSB. O controle adequado da placa é fundamental para o sucesso do tratamento. Caso contrário, a paciente entrará no ciclo restaurador repetitivo, exemplificado pelas restaurações de amálgama com infiltrações e recidiva de cárie.

Análise do diário e orientação de dieta para controlar um dos fatores etiológicos da doença cárie.

Aplicação tópica de flúor: para pacientes sem atividade da doença, os dentifrícios fluoretados devem ser implementados. Para pacientes com atividade da doença, devem-se instituir dentifrícios fluoretados associados à aplicação tópica profissional de flúor (gel, verniz, espuma), para que haja remineralização das lesões ativas.

2.2- Etapa de adequação do meio bucal: esta etapa visa ao controle dos focos de infecção na cavidade bucal. Pode ser realizada por meio de Tratamento Restaurador Atraumático (ART).

Outras ações incluem exodontias, se necessário, e drenagens de abscessos, caso existam.



Destaque

Todo esse processo dependerá da abordagem que a profissional receber no primeiro contato com Amélia, pois deve-se tentar criar uma relação de confiança e acolhimento devido à sua história de saúde mental, bem como a avaliação cuidadosa e criteriosa da real necessidade dos procedimentos.

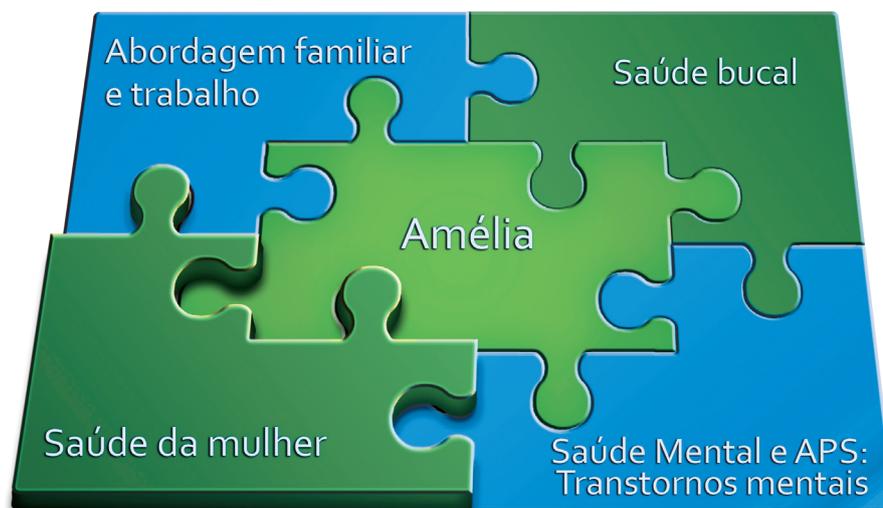
Como a paciente possui dois elementos dentários com lesões de cárie profundas e proximidade com a polpa, devem ser realizados exames de vitalidade pulpar. Caso ela apresente um quadro de pulpíte reversível, há a possibilidade de se restaurar o dente pela técnica do ART. Caso tenha um quadro de pulpíte irreversível, deve ser referenciada para um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) para a realização do tratamento endodôntico, e novamente contrarreferenciada para a UBS para as restaurações definitivas.

3. Fase restauradora: o tratamento reabilitador só deve ser iniciado quando o paciente estiver preparado para recebê-lo, consciente da sua necessidade e colaboração. Esta fase contempla a realização das restaurações definitivas, cirurgias programadas, confecção de próteses, entre outras. O objetivo é recuperar forma e função dos dentes.

4. Fase de manutenção: nesta fase pós-tratamento, motivação de higiene oral e dieta, reavaliação do diário alimentar, profilaxia e higiene bucal se tornam imprescindíveis.

Saúde da mulher

Ivaldo Silva e Maria Cristina Gabrielloni



O tema Saúde da mulher é tratado em destaque por aspectos didáticos, sendo que a forma com que a equipe abordou o caso, integralmente, é ideal.

No que se refere à saúde da mulher, podemos listar os seguintes problemas de Amélia:

dor em cólica/dismenorreia;

dor nas mamas;

nervosismo quando menstrua;

anticoncepção inadequada;

nódulo em mama esquerda com história de câncer de mama na família (irmã e tia).

Discutiremos, então, cada problema por etapas.

Quando a paciente apresenta dor em cólica quando menstrua, podemos chamar de dismenorreia. A dismenorreia pode ser classificada como primária (quando as dores aparecem desde a primeira menstruação) ou como secundária (quando ocorre após algumas menstruações sem dor). Porém, antes de diagnosticar o quadro como dismenorreia, devemos, por meio de exame ginecológico e exame de imagens, ter certeza de que não há outros problemas que também possam causar essas dores.

Antes da menstruação, devido às alterações hormonais (principalmente por causa da progesterona), as mulheres podem apresentar dor nas mamas, mas se a dor ficar importante, devemos procurar outras causas. Sempre que há queixas, é preciso examinar as mamas e, se houver a palpação de nódulos, há a necessidade de complementação com exames de imagem como mamografia e ultrassonografia de mama. No nosso caso, após a descoberta do nódulo, foi pedida a mamografia, que apresentou como resultado Bi-Rads 0. Bi-Rads é uma classificação internacional de mamografia (modelo adotado pelo Colégio Americano de Radiologia – Breast Imaging Reporting and Data System), segundo o qual podemos classificar as mamografias como (resumidamente):

Categoria zero: quando imagens adicionais são necessárias;

Categoria 1: significa mamografia negativa = normal;

Categoria 2: significa mamografia negativa, com achados benignos;

Categoria 3: resultado é “provavelmente benigna”;

Categoria 4: “provavelmente maligna” – lesão suspeita, lesões na mama que necessitam de avaliação histológica ou citológica adicional;

Categoria 5: câncer de mama.

Voltando ao nosso caso, a nossa paciente teve mamografia com classificação de Bi-Rads 0, sendo complementada por uma ultrassonografia de mama que apresentou imagem benigna. Como ela tem caso de câncer de mama na família, devemos seguir esta paciente anualmente, junto com a citologia oncológica (exame preventivo).

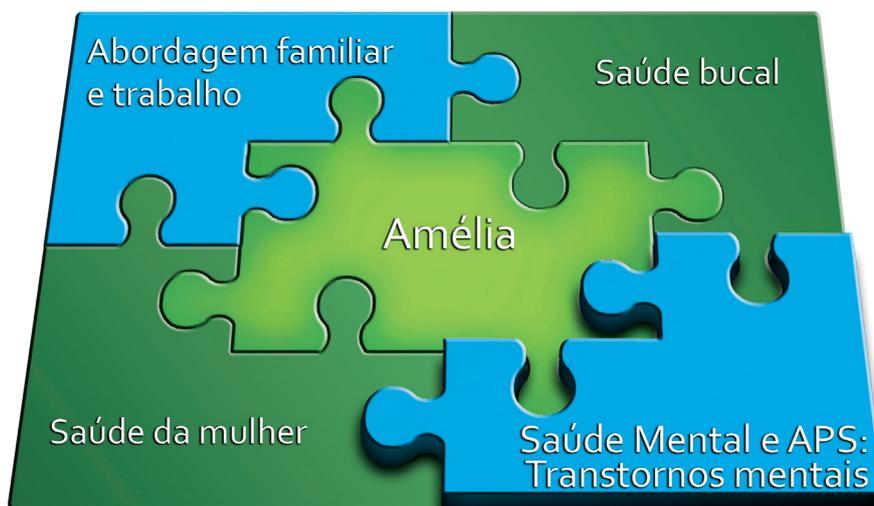
A mastalgia foi inicialmente tratada e deve ser acompanhada pelas características cíclicas. A ciclicidade (relação com os ciclos menstruais) é um dado de anamnese importante e nos leva à benignidade do quadro.

Outro ponto relevante deste caso refere-se ao início do namoro de Amélia. Por ter 34 anos e estar na fase reprodutiva, é imperiosa a orientação sobre a prevenção de uma gravidez, bem como de doenças sexualmente transmissíveis; portanto, a abordagem sobre o sexo seguro com uso de preservativo e a adequação de um método anticoncepcional também devem ser consideradas de suma importância. De certa forma, é melhor evitar a prescrição de um método contraceptivo hormonal com componente estrogênico, em decorrência do histórico atual de Amélia do nódulo de mama. Nesse caso, o mais indicado, além de um método de barreira, é a contracepção hormonal à base de progestágenos, preferencialmente na via injetável, devido Amélia ter transtorno mental e talvez não se adaptar ou fazer uso irregular de pílulas anticoncepcionais. Assim, temos de lhe oferecer o método à base de acetato de medroxiprogesterona, um injetável trimestral cujas ações no organismo poderão ser explicadas pela enfermeira, especialmente a irregularidade menstrual de início e a amenorreia no período em que estiver utilizando. Assim, tanto a família quanto a equipe poderão ficar mais tranquilas no que refere à proteção anticonceptiva de Amélia, pois se trata de um método seguro e que deve ser ministrado a cada 90 dias na própria Unidade Básica de Saúde após prescrição médica.

Todavia, para condução adequada de qualquer caso, são fundamentais o conhecimento e o tratamento individualizado, a fim de garantir a efetividade da Atenção Primária. O vínculo e a consequente confiança mútua são primordiais para o sucesso. Essas medidas asseguram a prevenção primária e secundária.

Saúde Mental e APS: Transtornos mentais graves

José Cássio do Nascimento Pitta e Daniel Almeida Gonçalves



Os problemas relacionados à saúde mental são muito comuns na rotina de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Como já vimos em nosso curso, os transtornos mentais comuns podem atingir em torno de 50% dos usuários. Existem também os transtornos mentais graves (TMG), que são menos prevalentes, porém muito impactantes para pessoas, famílias e equipes de referências. Uma característica desses transtornos é a perda significativa de funcionalidade social, que pode ser breve, mas em alguns casos pode durar para o resto da vida (quando esses transtornos também são denominados persistentes).

Seja qual for o problema de saúde mental, o profissional especialista em Saúde da Família deve se sentir seguro em abordar estes quadros. Para tanto, é muito importante que esteja habilitado para a realização do exame do estado mental. Analogamente, para diagnóstico de quadros gripais ou de cáries, é fundamental o domínio da propedêutica respiratória e bucal. O exame do estado mental pode (e deve) ser um tema desenvolvido nos encontros matriciais. Resumidamente (há diferentes padronizações), os seguintes tópicos são avaliados:

- Consciência, e expressa o nível de funcionamento do sistema nervoso;
- Funções cognitivas (orientação, atenção, memória, inteligência, linguagem);
- Funções mais sofisticadas da dupla cérebro-mente, como a sensopercepção (alucinações, por exemplo), o pensamento (delírios), o humor e sua expressão através do afeto;
- Juízo crítico, ou a capacidade de avaliar segundo a realidade.

Voltando aos TMG, podemos considerar, como uma divisão didática e necessariamente simplificada, que há quatro tipos de transtornos mentais graves: transtornos **psicóticos**, **afetivos**, **espectro impulsivo-compulsivo** e **da personalidade** (GONÇALVES, 2011). O quadro abaixo resume as principais classificações dos TMG.

- Transtornos afetivos graves
 - Transtorno Afetivo Bipolar: alternância entre quadros de depressão e de aceleração (euforia ou irritabilidade)
 - Tipo I: alternância afetiva com a presença de pelo menos um quadro psicótico;
 - Tipo II: alternância afetiva sem sintomas psicóticos.
- Depressão recorrente grave: quadro depressivo cíclico, frequentemente sem desencadeante psicossocial evidente (antigamente chamada “depressão endógena”)
 - Não psicótica;
 - Psicótica.
- Transtornos do espectro impulsivo-compulsivo: transtornos mentais ligados ao controle de obsessões, impulsos e/ou compulsões (habitualmente classificados em diversas categorias nas nosografias psiquiátricas oficiais)
 - Transtorno obsessivo compulsivo: classificado como transtorno ansioso, pode ser leve, mas habitualmente necessita de cuidados especializados pelas frequentes perdas sociais. Caracterizado por ideias obsessivas sobre as quais o indivíduo não tem controle e compulsões que o indivíduo tem que realizar diante das obsessões;
 - Transtornos alimentares: comportamentos alimentares restritivos e/ou purgativos com ou sem episódios de ingesta alimentar exagerada (episódios bulímicos);
 - Outros transtornos de controle dos impulsos.
- Transtornos de personalidade: conjunto de alterações comportamentais que afetam o estilo de funcionamento completo do indivíduo (personalidade), em geral estabelecidos desde o início da vida adulta e, em geral, com resposta modesta ao uso da medicação; em geral são de diagnóstico difícil e necessitam de avaliação abrangente para o seu diagnóstico; citamos a seguir alguns dos transtornos de personalidade mais conhecidos:
 - Transtorno de personalidade emocionalmente instável: caracterizado por traços de personalidade instável, episódios “micropsicóticos”, explosões de disforia e comportamentos;
 - Transtorno de personalidade histriônica: caracterizado pela necessidade constante de ser o centro das atenções, por vezes realizando comportamentos de autoexposição e, com frequência, sintomas pseudoneurológicos;
 - Transtorno de personalidade dependente: seus portadores são pessoas com extrema incapacidade para a vida independente, estando sempre sob a necessidade de outrem para tomar suas decisões ou mesmo realizar tarefas simples;
 - Transtorno de personalidade antisocial: caracterizado pela impossibilidade de sentir empatia ou pena pelos semelhantes, muitas vezes levando a comportamentos sociopáticos;
 - Outros transtornos de personalidade.

No entanto, o mais importante nestes casos é entender que os profissionais da APS exercem um papel fundamental no cuidado e que há enorme necessidade da articulação com serviços ou profissionais especializados em Saúde Mental. Devido à complexidade comum às situações que envolvem pessoas portadoras de TMG, como o caso de Amélia, por exemplo, é frequente a necessidade de intervenções psicossociais. Essa é uma via de duas mãos: a equipe da Saúde Mental tem muito que se beneficiar das informações e intervenções que a APS pode prover, desde que esse diálogo esteja firmado. Nesse sentido, as equipes de apoio matricial exercem importante papel. No caso, ainda que apresentado brevemente, o colega psiquiatra apoiou o médico Marcelo para a decisão terapêutica farmacológica.

Os transtornos mentais graves mais comuns e desafiadores na APS são as psicoses e os transtornos afetivos graves. O caso da Amélia exemplifica um quadro de psicose. A hipótese diagnóstica a partir dos dados relatados é esquizofrenia provavelmente residual. O quadro clínico iniciou na adolescência, de forma insidiosa, com marcada alteração do comportamento e do desempenho social.

Amélia frequentava a escola. Não temos dados sobre seu desempenho escolar, se foi reprovada em algum ano durante o período que frequentou a escola e qual foi seu rendimento comparado às outras crianças, principalmente do ambiente familiar.

A paciente não tinha muitos amigos, mas seu isolamento social é significativo após o início do transtorno mental. As alterações psicopatológicas descritas principalmente no início do quadro clínico – como ideias provavelmente delirantes de perseguição e alterações da sensopercepção, com manifestações que sugerem alucinações ou pseudoalucinações auditivas e visuais, além de agitação psicomotora e agressividade, evolução com deterioração psíquica nas esferas volitiva, afetiva e cognitiva, sem sintomas sugestivos de transtorno do humor ou decorrente de abuso de substâncias psicoativas – direcionam para o diagnóstico de esquizofrenia. Além disso, cabe ressaltar que a comorbidade associada a condições clínicas gerais é muito frequente em pacientes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia.

A dismenorrea, a alteração funcional da mama e o prejuízo do estado de conservação dos dentes já estão em processo de avaliação e planejamento terapêutico. A avaliação de outras possíveis disfunções sistêmicas, tais como cardiovasculares, pulmonares, gastrintestinais, endocrinológicas, doenças infecciosas (incluindo as sexualmente transmissíveis), deve ser incluída por meio da história clínica, de exame físico e de exames complementares. Pacientes com esquizofrenia apresentam taxas mais elevadas de doenças clínicas e mortalidade em comparação à população geral (GREEN, A. R. et al., 2003). O estilo de vida relacionado a dietas inapropriadas, sedentarismo, obesidade, tabagismo e promiscuidade aumenta o risco de doenças cardiovasculares, endocrinológicas e infecciosas.

A comorbidade com condições clínicas pode contribuir com a diminuição da expectativa de vida desses pacientes, que é 20% menor em comparação à população geral (NEWMAN; BLAND, 1991). Além disso, vários estudos apon-

tam que os profissionais de serviços de Atenção Primária têm maior dificuldade em valorizar sintomas clínicos em pacientes com esquizofrenia, o que dificulta o diagnóstico e tratamentos de condições clínicas gerais. A irregularidade do tratamento prejudica o prognóstico e aumenta a probabilidade do número de internações, assim como internações mais prolongadas.

Dessa forma, a indicação do decanoato de haloperidol, que será administrado pela equipe de saúde, se torna fundamental, considerando que no presente momento a paciente e sua mãe demonstram dificuldades em administrar a medicação antipsicótica adequadamente. O início de intervenções psicossociais também é primordial para a melhora do prognóstico desse transtorno mental.

Referências

GONÇALVES, Daniel et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 1. 236 p. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/70063697/Guia-Pratico-de-Matriciamento-em-Saude-Mental>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

GREEN, A. R. et al. The pharmacology and clinical pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, “ecstasy”). **Pharmacol Rev**, v. 55, p. 463-508, 2003.

NEWMAN, S. C.; BLAND, R. C. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. **Can J Psychiatry**, v. 36, n. 4, p. 239-245, 1991.