



Telessaúde
UFSC



apresentam

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

Lucas Rennó Vinicius

Transtornos Mentais Comuns (TCM)

Definição

O TMC é caracterizado por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas. Manifesta-se como uma mistura de sintomas somáticos, ansiosos e depressivos, porém sem preencher critérios formais suficientes para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-V.

Transtornos Mentais Comuns (TCM) Prevalência

Em estudos brasileiros, a prevalência de TMC varia entre 17% e 35%

A prevalência de TCM foi maior no gênero feminino, divorciado ou separado, cor da pele amarela, idade de 18 a 59 anos, ocupação do lar, com filhos, com quatro a sete anos de estudo, renda de até um salário mínimo e residindo em moradia emprestada ou doada.

Transtornos Mentais Comuns (TCM)

Dificuldades no cuidado

- Aspectos da formação
- Falta de ferramentas
- Alta correlação com os determinantes sociais

ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON MALESTAR EMOCIONAL

RELACIONADO CON
CONDICIONANTES SOCIALES EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Transtornos Mentais Comuns (TCM)

Dificuldades no cuidado

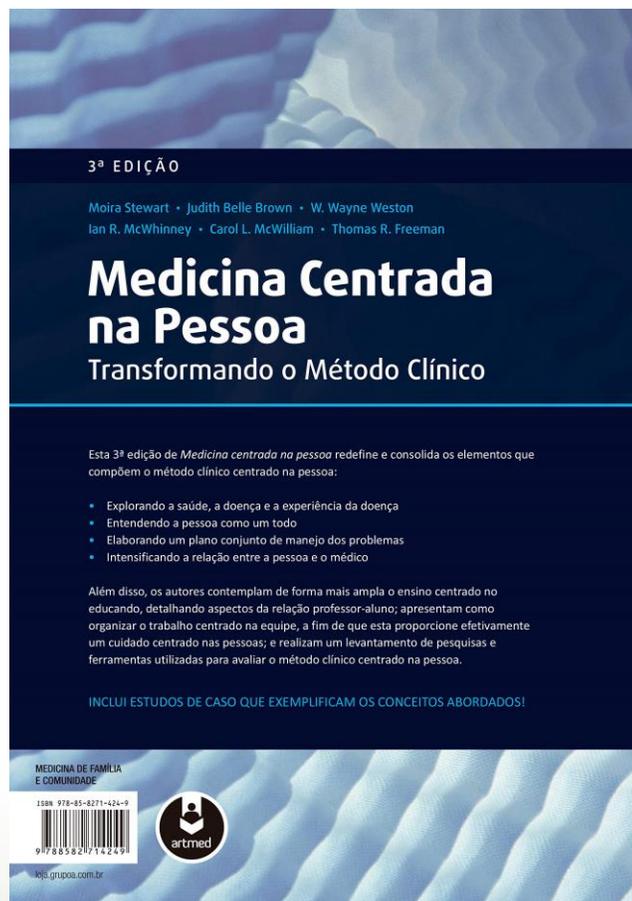
- Aspectos da formação
- Falta de ferramentas
- Alta correlação com os determinantes sociais

TMC

Possibilidades para o cuidado e ferramentas

- Método Clínico Centrado na Pessoa
- 7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS (Leandro David Wenceslau)
- eTACCT
- Breve Planejamento de Ação
- Terapia de resolução de Problemas
- Ferramentas tecnológicas /aplicativos

Método Clínico centrado na Pessoa



Os quatro componentes do Método Clínico centrado na Pessoa

Método Clínico centrado na Pessoa

- 1º Componente - Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.
- 2º Componente - Entendendo a pessoa como um todo — o indivíduo, a família e o contexto.
- 3º Componente - Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.
- 4º Componente - Intensificando a relação entre a pessoa e o profissional de saúde.

Método Clínico centrado na Pessoa

- 1° Componente - Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.
- 2° Componente - Entendendo a pessoa como um todo — o indivíduo, a família e o contexto.
- 3° Componente - Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.
- 4° Componente - Intensificando a relação entre a pessoa e o profissional de saúde.

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

- Passo 1 – Abordar ativamente o sofrimento emocional
- Passo 2: Escuta ativa da experiência de sofrimento mental do paciente
- Passo 3 (ou em momento oportuno): Avaliar a gravidade da experiência de sofrimento e indícios diagnósticos:
- Passo 4: Fase exploratória: explorar a pessoa e seu contexto, suas dificuldades em saúde mental e suas fontes de bem estar e resiliência emocional:
- Passo 5 (ou em momento oportuno) Fase de pactuação de problemas (pode incluir um diagnóstico):
- Passo 6: Fase resolutiva
- Passo 7: Encontros de acompanhamento com fase exploratória e resolutiva ; encerramento

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 1: Em toda consulta, identificar e abordar a experiência da doença (pensamentos, sentimentos e comportamentos envolvidos no adoecimento ou na procura de atenção médica à saúde), respondendo com empatia às emoções do/da paciente.

a) Explorar a experiência da doença – SIFE /**AIPFES**

b) Responder com empatia às emoções emergentes - Nomear (Refletir), Legitimar (Expressar compreensão), Valorizar (Respeitar) e Oferecer suporte (NURS)

“Você acha que pode te ajudar se a gente conversar mais sobre o que está acontecendo? ‘Você gostaria de conversar mais sobre o que você está sentindo (vivendo /experimentando)?”

Passo 2: Escuta ativa da experiência de sofrimento mental do paciente

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

AIPFES

Perguntas Amplas (A): “Conte-me mais sobre... “Como é esse/essa....?” “Como isso começou? Como tem sido/tem estado nos últimos dias?”

Ideias (I): “o que você acha que pode ter causado isso?” “algo aconteceu com você, na sua vida, que você acha que tem a ver/pode ter causado esse problema?”

Preocupações (P): “tem algo nesse problema que está te preocupando mais?” “se está acontecendo desde, o que te fez buscar ajuda médica hoje?”

Funcionalidade (F): “como isso vem te atrapalhando no seu dia a dia?”

Expectativa (E): “e como você espera que eu possa te ajudar hoje quanto a esse problema?”

Sentimentos e afetos (S): “como você se sente em relação a esse problema?” “como ele tem te afetado?” “Como tem mexido com você?”

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 3 (ou em momento oportuno):

Avaliar a gravidade da experiência de sofrimento e indícios diagnósticos:

- PHQ-2 (PHQ-9)
- GAD-2 (GAD-7)
- Avaliação de mania e sintomas psicóticos
- Avaliação de risco de suicídio
- Cartão Babel – mini mental, exame do estado mental, abuso de substâncias.

Cartão Babel

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia Mês Ano Dia da semana Horas

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) Local (geral) Bairro
Cidade Estado

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:
carro vaso tijolo

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série descendente de 100-7:
93 86 79 72 65
ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:
O D N U M

EVOCAÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:
carro vaso tijolo

LINGUAGEM (0-9 pontos)

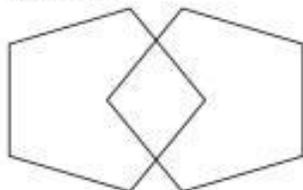
6- Denominar um relógio de pulso e uma caneta
7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"
8- Atender ao comando: "peque um papel com a mão direita , dobre-o ao meio e coloque-o no chão"
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS

10- Escrever uma frase completa

PRAXIA (0-1 ponto)

11- Copiar o desenho



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

analfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOLUCCI, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7. 1994.

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;
- II- Oscuidades são influenciadas pela comunidade;
- III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;
- IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.

Disponível em www.agnf.org.br/aba/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

- 1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);
- 2- Entendendo a pessoa como um todo;
- 3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
- 4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;
- 5- Intensificando a relação profissional - pessoa;
- 6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso) (referência/ contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais
- 2- Transtornos de estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológica;
- 2- Abordagens psicossocial e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 4: Fase exploratória- explorar a pessoa e seu contexto, suas dificuldades em saúde mental e suas fontes de bem estar e resiliência emocional

“Conte-me mais sobre você”, “como você se descreveria?”

- Exploração das dificuldades: CAEME – Contexto, Afeto, Efeito, Manejo e Empatia (BATHE)
- Família e rede social (genograma e ecomapa), trabalho, lazer, espiritualidade/religião, autocuidado.
- Exploração das fontes de resiliência/bem-estar

CAEME

Contexto – Como tem andado a vida? O que tem acontecido?

Afeto – Como você se sente com isso, como tem te afetado?

Efeito – Que tipo de problemas e dificuldades essa situação traz para você? O que mais te incomoda nessa situação?

Manejo – Como você tem lidado com isso? Como você tem manejado esse problema?

Empatia – Manifestar o reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelo paciente e do seu desconforto, sofrimento emocional. “Eu percebo que você está enfrentando um momento (bastante) difícil.” Continuar com outros passos do NURS

.

(BATHE – Background, Affect, Trouble, Handle, Empathy)

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 5

Fase de pactuação de problemas (pode incluir um diagnóstico ou não):

- Ter um diagnóstico pode contribuir para esse paciente? O que ele pensa sobre essa questão?
- Comunicar o diagnóstico usando ETACCT, incluindo Psicoeducação sobre o diagnóstico ou problema proposto.

eTACCT

- e**: Levantar a compreensão básica que o paciente possui do problema.
- T** (tell): dizer ao paciente a mensagem central.
- A** (ask): perguntar pela compreensão que o paciente possui da condição e sua reação.
- C** (care): Cuidar por responder ao impacto emocional - NURSE
- C** (counsel): Aconselhar o paciente sobre detalhes da mensagem
- T** (tell-back): Pedir ao paciente para relatar de volta os detalhes principais da mensagem

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 6: Fase resolutiva

- Colocar em prática um plano: “a partir do que conversamos, tem algo que você gostaria de fazer (acha que deve fazer) para cuidar melhor da sua saúde e do seu bem estar emocional, mental OU para lidar melhor com essa experiência/situação/momento?”
- Caso uma pessoa querida estivesse na mesma situação, o que você aconselharia para ela?
- Se tem dificuldade ou não se consegue estabelecer um plano, responder a perguntas da fase exploratória como tarefa de casa (por memória, por escrito ou desenhos)

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 6: Fase resolutiva

- Princípios gerais do “Plano Breve de Ação”
- Princípios gerais de “Ativação comportamental” (Behavioural Activation for Depression: Guide for Primary Care)
- Resolução de problemas: terapia de resolução de problemas (TRP)
- Técnicas de respiração e relaxamento

7 passos para a abordagem do sofrimento mental comum na APS

Passo 7:

Encontros de acompanhamento com fase exploratória e resolutive;
encerramento

- Acompanhar com encontros subsequentes, sempre reavaliando os problemas e os componentes do plano.

Manejo Colaborativo

Breve Planejamento de Ações

1. Extrair ideias de mudanças
2. Planejamento comportamental inteligente
3. Suscitar a declaração de compromisso
4. Escala de confiança
5. Organizar a prestação de contas
6. O menu comportamental
7. Solução de problemas
8. Acompanhamento

Ex.: existe alguma coisa que você gostaria de fazer para a sua saúde nas próximas semanas?

Caso clínico 1

Marcia, 46 anos, ensino fundamental incompleto, dona de casa, moradora da periferia de Fortaleza, há 4 meses vem sentindo cansaço, fraqueza, insônia, falta de ânimo para as atividades diárias as quais realiza a duras penas. Mantém prazer nos poucos encontros que ocorrem com os amigos. Procurou o seu Centro de Saúde e conseguiu ser consultada no mesmo dia. Chorou durante a entrevista, relatou saudades do filho que não vê há cinco meses, empobrecimento importante da sua vida social que anteriormente a pandemia era extremamente ativa e problemas com o marido que perdeu o emprego há seis meses e que voltou a beber demais. Nega ideação suicida. Refere que estava resistente em buscar a consulta, pois o médico anterior só a “mandava andar” quando ela apresentou sintomas parecidos há cerca 10 anos após o falecimento do seu pai.

Manejo Colaborativo

Breve Planejamento de Ações

1. Extrair ideias de mudanças
2. Planejamento comportamental inteligente
3. Suscitar a declaração de compromisso
4. Escala de confiança
5. Organizar a prestação de contas
6. O menu comportamental
7. Solução de problemas
8. Acompanhamento

Ex.: existe alguma coisa que você gostaria de fazer para a sua saúde nas próximas semanas?

Quatro atributos essenciais do Breve Planejamento de Ações

- 1)** O plano é centrado no paciente. O plano é o que o paciente quer fazer, não o que o médico diz ao paciente para fazer ou quer que o paciente faça.
- 2)** O plano é muito concreto, claro, específico e mensurável. (Não é geral ou vago, como "Perca peso" ou "Faça algum exercício físico").
- 3)** A confiança do paciente no plano deve ser 7 ou mais em uma escala de 0 a 10.
- 4)** O plano está associado com o acompanhamento específico.

Caso clínico 2

Alberto, 32 anos, vendedor de planos telefônicos por telemarketing. Há 3 meses tem apresentado diariamente sensação de opressão torácica durante o horário de trabalho, aumento da sensação de nervosismos e piora do padrão do sono. Busca consulta por medo de “ter um treco”. Durante a entrevista relata que os sintomas iniciaram após ser motivo de chacota por parte dos colegas de trabalho e da chefia por não ter conseguido atingir a sua meta de vendas. Apresenta a crença de que não tem competências para realizar o seu trabalho tão bem como os outros colegas. Tem conseguido manter rotina de trabalho, apesar de muita vezes ter desejado não ir para o mesmo e sentir que os sintomas tem aumentado ao longo do tempo.

Terapia de Resolução de Problemas (TRP)

1. O profissional apresenta o conceito da TRP e seus estágios
2. O paciente identifica o problema a ser tratado. O profissional pode fazer perguntas para esclarecer a natureza do problema
3. O paciente determina a meta que deseja alcançar
4. O paciente faz um brainstorming de possíveis soluções para o problema que tem potencial para atingir seu objetivo
5. O paciente é encorajado a considerar os prós e contras de soluções potenciais e escolher as suas próprias solução
6. O paciente implementa sua solução
7. O resultado é revisado com o profissional de saúde e o paciente considera outras ações, se necessário.

Terapia de Resolução de Problemas (TRP)

01 - Problemas:

A.....

B.....

C.....

02 - Objetivos:

.....

.....

.....

03 - Seu Objetivo é?

Específico []

Mensurável []

Possível []

Pertinente []

Oportuno []

Selecione um para discussão

[]

[]

[]

04 - Soluções

Possíveis:

Selecione um deles.

1.....[]

prós e contras

2.....[]

prós e contras

3.....[]

prós e contras

05 - Solução em
ação:

Primeiro Passo:

.....

Segundo Passo:

.....

Terceiro Passo:

.....

Ferramentas tecnológicas /aplicativos



Outras estratégias e ferramentas

- Indicação de não tratamento – proposta de intervenção de prevenção quaternária em saúde mental (Alberto Ortiz Lobo)
- Abordar os ciclos viciosos dos sintomas ansiosos e depressivos
- Ativação comportamental
- Abordagem pensamentos disfuncionais – exame de evidências

Perguntas e respostas