



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS / DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA **O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS**

INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

ÍNDICE

- 1. INTRODUÇÃO: DIRETRIZES GERAIS**
- 2. BREVE HISTÓRICO**
- 3. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**
 - 3.1 APOIO MATRICIAL DA SAÚDE MENTAL ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA**
 - 3.1.1 *Como Organizar as Ações de Apoio Matricial*
 - 3.1.2 *Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica*
 - 3.2 FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA DA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**
 - 3.2.1 *Formação Profissional*
 - 3.2.2 *Como Financiar a Formação*
 - 3.3 INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA**
 - 3.3.1 *Inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*
 - 3.3.2 *Revisão dos sistemas de informação da AB, incorporando indicadores relacionados à Saúde Mental*
 - 3.3.3 *Indicadores Propostos*
- 4. REFERÊNCIAS**

1. INTRODUÇÃO: DIRETRIZES GERAIS

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatorios e da atenção básica (AB) em qualquer uma de suas formas.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS mas sempre em direção à comunidade.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do MS, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma **rede** de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo MS, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir a atenção básica.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).

Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas. Para essa população específica, vemos que o sistema assistencial ainda vigente (mas em processo contínuo de revisão e reversão de seu modelo) privilegia as pessoas mais acometidas, nos dispositivos de atenção hospitalar. A essas unidades, chegam os usuários vitimados por um longo processo de adoecer, no qual o tempo médio entre a detecção de problemas relacionados ao uso de álcool e a busca efetiva por cuidados pode chegar a cinco anos, evidenciando consequências diretas / indiretas da falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou da ausência de efetividade das mesmas. Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores destas substâncias. Portanto, é mais útil pensar em “problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas” do que em “dependência”.

Todos esses dados revelam a amplitude do problema a ser enfrentado. O que existe aí, epidemiologicamente falando? Sem contar com nenhum estudo recente, estimamos que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidos na atenção básica (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc).

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”.¹ Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. **Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.**

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa.

Nessa compreensão, baseamos a idéia de que urge estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento

2. BREVE HISTÓRICO

Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na atenção básica, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu os seguintes eventos:

- Março de 2001
Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, com a presença do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM)/MS e alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica
- Abril de 2002
Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado através de parceira MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard

¹Levantamento do Departamento de Atenção Básica, apresentado em Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária - Opas/MS/Universidade de Harvard/UFRJ, abril de 2002.

- Julho de 2003

Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do DAB, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE, Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país

A partir dos subsídios produzidos por essas Oficinas, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propõe as seguintes diretrizes:

3. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

3.1 APOIO MATRICIAL DA SAÚDE MENTAL ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos² como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local

3.1.1 Como Organizar as Ações de Apoio Matricial

a. Onde houver Caps, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências

a.1 . No caso de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial (conforme item b) e/ou planejar a expansão do número de CAPS.

b. Onde não houver serviços de saúde mental: criação de equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por 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 6 e no máximo 9** equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes.

² Exemplos de situações de risco:

- Situações de exclusão social (pacientes egressos de hospital psiquiátrico, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social etc.);
- Transtornos mentais severos e persistentes (graves);
- Suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens;
- Violência intrafamiliar;
- Problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas;
- Abuso e dependência de benzodiazepínicos.

Fonte: Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, março de 2001.

b.1) No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.

A Coordenação de Saúde Mental tem recomendado que os municípios com menos de 20 mil habitantes organizem sua atenção em saúde mental sem os CAPS, trabalhando com a lógica de apoio matricial proposta anteriormente.

As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação.

3.1.2 *Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica*

As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas:

- a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- b. Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;
- d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- e. Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc);
- g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

3.2 FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA PARA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação destas equipes

3.2.1 *Formação Profissional*

Os pólos de Saúde da Família, bem como os pólos de saúde mental, já vinham desenvolvendo capacitações específicas em suas áreas, porém, de forma desarticulada. Na atual gestão, esses pólos deverão se adequar às novas diretrizes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, discutindo propostas conjuntas.

A Coordenação de Saúde Mental, em seu Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica, prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento no interior dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses núcleos estão se constituindo com representantes de SMS, SES, unidades acadêmicas envolvidas, etc. São, portanto, instrumentos de apoio/cooperação para os municípios que estiverem realizando ações de saúde mental na atenção básica no sentido de qualificar a rede e o cuidado, e de repensar as estratégias de formação.

Os Cursos a serem oferecidos podem ser voltados para as equipes da rede básica: médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, incluindo propostas de atualização em Saúde Mental (temas afins), de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, é primordial que sejam desenvolvidas capacitações voltadas à promoção da autonomia dos usuários, e a participação da família como parceira no tratamento.

A Coordenação de Saúde Mental/DAPE propõe conteúdos básicos a serem abordados nesses cursos, podendo ser modificados de acordo com as demandas e necessidades locais. Há também a disponibilidade para o suporte e a orientação técnica aos núcleos em formação e aos gestores locais.

Visando o estímulo para a formação permanente e não somente para capacitações pontuais, a estratégia de capacitação a ser desenvolvida pelos núcleos se entrelaça com a da implantação das equipes de apoio matricial, pois essas podem trabalhar na linha da formação continuada e em serviço, discutindo casos e textos junto às equipes da atenção básica.

3.2.2 *Como Financiar a Formação*

De acordo com o contexto local, o financiamento pode se dar através dos recursos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), de recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTE) para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da Coordenação Geral de Saúde Mental, e das parcerias entre gestores locais e estaduais.

3.3 **INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA**

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) está em processo de reformulação, sendo estratégico para a avaliação e planejamento em saúde

3.3.1 *Inclusão de indicadores da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*

Está em discussão a introdução, no SIAB, de indicadores de monitoramento baseados no conceito de território, problema e responsabilidade sanitária, para evitar a exclusão do cuidado de casos graves na atenção básica e seu encaminhamento para a institucionalização.

3.3.2 *Revisão dos sistemas de informação da AB, incorporando indicadores relacionados à Saúde Mental*

3.3.3 *Indicadores Propostos*

AÇÃO	INDICADORES
1- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool	Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo
2- Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas	Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo
3- Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente	Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo
4- Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica	Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo
5. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia)	Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária

Outros indicadores sugeridos:

6- Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos	Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo
7. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio	Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população)

4. REFERÊNCIAS

- 1 Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, 2001
- 2 Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, 2002
- 3 Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, 2003

Coordenação Geral de Saúde Mental
DAPE/SAS/MS

(061) 315 2313/2684 Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br

Coordenação de Gestão da Atenção Básica
DAB/SAS/MS

(061) 315-2898 226-2693/Endereço eletrônico: socorro.matos@saude.gov.br