

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA – CEABSF
POLO CORINTO**

**DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO BÁSICA**

DANIELLE ALVES DE CARVALHO

CORINTO / MG

2010

DANIELLE ALVES DE CARVALHO

**DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Monografia apresentada à UFMG -Pólo de
Corinto – MG como requisito parcial à
obtenção do título de conclusão de Pós-
Graduação do Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família–
CEABSF.

Orientador: Prof. Alexandre Pereira

CORINTO/MG

2010



DANIELLE ALVES DE CARVALHO

**DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Monografia apresentada à UFMG -Pólo de Corinto – MG como requisito parcial à obtenção do título de conclusão de Pós-Graduação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família– CEABSF.

Orientador: Prof. Alexandre Pereira

Prof. Alexandre Pereira Orientador

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida

Aos meus pais, Elza e Edmar, e meus irmãos, que me incentivaram e torceram por mim, por mais essa fase de aprendizado.

Em especial ao meu esposo, Alexandre, pela compreensão e carinho.

A minha tutora Silmeyre Angélica Teixeira, pela paciência e os novos ensinamentos.

RESUMO

Este estudo objetiva compreender e analisar, através de uma revisão qualitativa, o cuidado prestado em saúde aos portadores de transtorno mental na atenção básica em saúde. Os profissionais de saúde assim como as famílias têm reproduzido em algumas situações a lógica do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental em alguns municípios. O Programa de Saúde da Família, neste caso, não tem sido capaz de mudar a lógica da atenção centrada no modelo biomédico e, sua forma de cuidar em saúde não combina com os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Sua penetração nas redes sociais é tímida e a dinâmica das ações é passiva e individual.

Palavras-chaves: Cuidado em saúde, saúde mental, Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aims to understand and analyze, through a qualitative review, the health care provided to patients with mental disorders in primary health care. Health professionals and families have played in some situations, 's logical, which is reinforced by the inadequacy and inefficiency of public mental health care in some counties. The Family Health Program in this case has not been able to change the logic of the attention focused on the biomedical model, its way of health care does not match the principles of the Health Reform and Psychiatry. Their penetration is shy in social networks and the dynamics of individual actions is passive and.

Keywords: Health care, mental health, Primary health care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1 Aspectos históricos	09
2.2 Política Nacional de Saúde Mental	11
2.3 Conceitos	16
2.4 Diretrizes Gerais	17
2.5 Saúde mental e atenção básica – o vínculo necessário	21
2.6 Inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica	25
3 CONCLUSÃO	27
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

Em 1989, a Organização Pan-Americana de Saúde alertava para o fato de que América Latina enfrentava uma pandemia de transtornos psiquiátricos¹. Pesquisas recentes evidenciam a dependência crescente e cada vez mais precoce de álcool e de drogas entre os jovens brasileiros, acarretando perda da produtividade, mortes prematuras e gastos substanciais com tratamento². De acordo com dados do Ministério da Saúde³, a implantação dos serviços de atenção diária, nas diversas modalidades (CAPS I, II, III, infanto-juvenil e álcool/drogas) tem mudado visivelmente o quadro de atenção à saúde mental pública no Brasil. Ao final de 2002, a rede de atenção em Saúde Mental contava com 382 serviços implantados e em funcionamento, que atendem aproximadamente 120.000 pacientes necessitados de cuidado regular e contínuo. Além destes, 42 CAPS ad, modalidade totalmente nova de atenção a uma clientela grave e desassistida, foram implantados de abril a dezembro de 2002, em 14 estados brasileiros.

A expansão da rede em questão obedece aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, sempre buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental – ainda predominantemente hospitalocêntrico – por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares.

Além disso, a situação torna-se mais preocupante caso se considere o crescimento absoluto de habitantes, o impacto psiquiátrico causado pela crescente concentração de renda e a diminuição do acesso aos bens e serviços distribuídos pelo Estado, que em última instância, caracterizam-se num processo destrutivo da qualidade de vida e saúde¹. O resultado mais drástico desse modelo econômico tem sido a desigualdade social que divide o país em regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas. Essa situação desafia aos pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, órgãos formadores e usuários dos serviços de saúde do estado e do município. Cabe a eles, portanto, de forma democrática e pactuada, articular saberes e desenvolver estratégias de mudanças no modelo assistencial e na legislação em saúde mental para que, aos poucos, se observem mudanças culturais secularmente enraizadas na sociedade. Esta situação tem se alterado em pequena escala, o que não muda muito a situação atual.

Diante dessas questões, espera-se uma maior legitimidade social do modelo, até mesmo pelo pequeno envolvimento com outras organizações da sociedade. A implementação de uma nova política pública, com as implicações socioculturais da proposta da reforma psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos

dos doentes mentais. Este estudo pretende analisar e compreender a relação entre a saúde mental e a atenção básica.

OBJETIVO

- Analisar os desafios e a relação entre a saúde mental e a atenção básica.

REVISÃO DE LITERATURA

ASPECTOS HISTÓRICOS

A história da psiquiatria no Brasil se confunde, assim como em outros países ocidentais, com o funcionamento do primeiro hospital psiquiátrico. O Hospício de Pedro II, nome do então Imperador, foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, capital do Império. O hospício era vinculado a um hospital geral, a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, dirigido por uma instituição religiosa católica. O tratamento era o da época, de natureza moral, tendo na disciplina a sua sustentação⁴.

Ainda antes da queda do Império o hospício já estava em crise, pois o número de pacientes era maior que sua capacidade. Os médicos pressionavam para assumir a direção e já propunham, antes do final daquele Século, a criação das Colônias de Alienados, grandes hospitais localizados fora do núcleo urbano das capitais, tendo sido as primeiras da América Latina, as de São Bento e de Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro. Várias delas proliferaram por todos os estados, já na recém implantada República, dominando a assistência psiquiátrica durante a primeira metade do Século XX. Quase todas se tornaram tristemente famosas, como a de Juqueri, em São Paulo e a Juliano Moreira, no Rio de Janeiro⁵.

A psiquiatria foi legitimada no início da República com a promulgação de uma lei específica que organizava a assistência aos alienados. Em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, cuja carta de princípios estabelecia um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas.

O autor⁵ ainda destaca que a psiquiatria, com seu instrumento privilegiado de intervenção, o hospício, era dirigida e organizada para os pobres. A prática no interior dos hospícios continuou sendo o tratamento moral até a década de trinta, com o advento das novas práticas, aqui sob influência da psiquiatria alemã: a eletroconvulsoterapia, os choques insulínicos ou cardiazólicos e as lobotomias. A partir da década de sessenta, já em plena ditadura militar, com a industrialização, a migração da população para os grandes centros urbanos e o crescimento da

população de classe média, foi progressivamente substituída pelos hospitais psiquiátricos privados, contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social, que foi montado no país por meio de um processo autoritário de unificação.

“Este período, que ficou conhecido na assistência psiquiátrica como o da Indústria da loucura; apresentou um crescimento absurdo do número de leitos privados contratados em psiquiatria⁶.

Em 1987 aconteceu na cidade de Bauru o 2º Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde foi estabelecida a palavra de ordem: por uma sociedade sem manicômios⁷. Essa palavra de ordem, após alguns anos, se transformou em bandeira de fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O movimento teve e tem forte influência na formulação das políticas públicas de saúde mental em quase todos os estados da federação, além de ter sido importante instrumento de pressão na opinião pública e nos parlamentos para a aprovação da Lei nacional e das Leis estaduais.

Finalmente, também em 1987, começou a funcionar na cidade de São Paulo, a mais populosa do país, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial CAPS, que se tornou modelo do que se convencionou denominar clínica ampliada: atenção integral a portadores de transtornos mentais graves, em regime de hospital-dia, com equipe multiprofissional, articulando em torno do serviço recursos comunitários e sociais, além de programa intensivo de apoio às familiares dos usuários do programa⁷.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Desde então, a atenção aos portadores de transtornos mentais foi sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos. A oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país e deixou vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. A partir dos anos 70, iniciaram-se experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo hospitalocêntrico de atenção. Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental⁸.

A partir da década de 90, o Ministério da Saúde, consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), define uma nova política de saúde mental que redireciona aos poucos os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Esses serviços oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado⁹.

A expansão da rede especializada de cuidados em saúde mental/álcool e drogas segue alguns critérios objetivos:

1. População do município ou micro-região a ser atendida;
2. Ausência de recursos assistenciais, configurando baixo acesso ao atendimento;
3. Maior risco/vulnerabilidade, em função de indicadores epidemiológicos e sociais;

4. Existência de hospital psiquiátrico, e conseqüente programa de desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de pacientes de longa permanência hospitalar.

De acordo com o documento³ “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” é afirmado que realmente, os problemas mentais, mesmo aparecendo no imaginário social e sanitário como sempre graves, dramáticos e visíveis – geralmente são silenciosos, mortificantes e invisíveis aos olhos. O dispositivo do CAPS, fazendo um uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, realiza uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, representando uma eficiente ação de prevenção secundária dos transtornos mentais severos e persistentes.

Um CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando³:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatoriais de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e

dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;

8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Além disso, os CAPS também podem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber:

1. Quando são “a porta de entrada” da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação;
2. Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas;
3. Devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território;
4. Devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental.

**Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes
Brasil – 31 de janeiro de 2009**

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS /100.000 hab
Paraíba	3.742.606	26	9	2	7	5	49	0,99
Sergipe	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,9
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
R. G. do Sul	10.855.214	56	33	0	11	15	115	0,8
Ceará	8.450.527	34	27	3	5	13	82	0,79
S.Catarina	6.052.587	36	13	0	6	7	62	0,73

Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Paraná	10.590.169	32	25	2	7	18	84	0,65
Bahia	14.502.575	88	25	2	4	11	130	0,60
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	65	41	8	8	8	130	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	30	37	0	12	15	94	0,50
São Paulo	41.011.635	50	68	16	23	46	203	0,45
Pernambuco	8.734.194	14	17	1	4	10	46	0,45
Espírito Santo	3.453.648	5	7	0	1	3	16	0,39
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Tocantins	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
Pará	7.321.493	14	11	1	1	4	31	0,33
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22

Amazonas	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
Brasil	189.612.814	618	382	39	101	186	1326	0,55

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Parâmetros : Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

CONCEITUANDO SAÚDE MENTAL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental (ou sanidade mental) é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. Na perspectiva da psicologia positiva ou do holismo, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida¹⁰.

“Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário”¹¹.

Os seguintes itens foram identificados como critérios de saúde mental¹²:

1. Atitudes positivas em relação a si próprio
2. Crescimento, desenvolvimento e auto-realização
3. Integração e resposta emocional
4. Autonomia e autodeterminação
5. Percepção apurada da realidade
6. Domínio ambiental e competência social;

DIRETRIZES GERAIS DE ATUAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

De acordo com o Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”¹³, 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 ambulatórios 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 freqüentam. 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. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental³. Nesta mesma linha de raciocínio⁸, complementa que 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 ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS mas podem ter, segundo a à 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 cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas. Para essa população específica, vemos que o sistema assistencial ainda vigente, em processo contínuo de revisão e reversão de seu modelo, privilegia as pessoas mais acometidas nos dispositivos de atenção hospitalar. 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 estão sendo atendidos na atenção básica: queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc¹³.

O período atual caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 1323 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2009, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 57% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental. Um CAPS considera obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; devendo ocorrer o mesmo em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social³. Poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas atendendo às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos.

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental; estando interligados de forma consistente.

Portanto, se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido.

O atendimento dos CAPs deve ser diário¹³, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex: internação domiciliar, discussão comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

É importante que os CAPs atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelem de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Os CAPs oferecem atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em

grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Em todo o mundo, a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos tem apresentado resultados positivos, e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. Desta forma, os CAPS devem se utilizar dos recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários³.

Um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção, caracterizam a prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPS ad, e outros não-especializados.

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA – O VÍNCULO NECESSÁRIO

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, frequentemente se deparam com problemas de “saúde mental”: 63% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental em 2009. 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 psíquico³. 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 básica¹⁴.

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 seguir o 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.

A finalidade de reduzir-se o tempo de internação era basicamente a de afastar o paciente de sua rede social, por um curto período, e dar continuidade ao tratamento em nível ambulatorial.

A proposta da organização da assistência ambulatorial, a partir dos centros de saúde, tinha como pressuposto a inserção da saúde mental na área mais ampla da saúde geral, visando a dar-lhe um caráter de serviço preventivo e de atenção integral, mas atribuindo-lhe ao mesmo tempo a missão de atender os pacientes graves, egressos de hospitais psiquiátricos, evitar a internação e contribuir para a reabilitação psicossocial dos mesmos. Na verdade, o que ocorre é uma dissociação entre os propósitos e os meios, ou seja, a competência das equipes da rede básica para assistir a esta clientela do estudo não existia, ficando as diretrizes bastante gerais e sem um detalhamento para sua operacionalização.

Cada uma destas unidades possui objetivos e resultados esperados bem definidos, tomando como referencial as necessidades de cada usuário e estruturando seu processo de trabalho para dar concretude às diretrizes institucionais: evitar o afastamento do doente do seu meio social, contribuir para ampliar esta rede de relações sociais, profissionalização, oferta de trabalho protegido, estabelecimento de vínculo com o serviço, respeito aos direitos de cidadania. O modelo de gestão pressupõe o trabalho em equipe com grande autonomia na sua organização, a interdisciplinaridade e a participação dos profissionais na definição das diretrizes. Existe uma circulação de pacientes entre as diferentes unidades, segundo a mudança nas suas necessidades e seus ganhos de autonomia para a vida diária. Algumas vezes o paciente com alta da unidade de internação é encaminhado para o Hospital-dia ou para o Núcleo de Oficinas de Trabalho.

Fica claro o abandono do paradigma que buscava a cura da doença mental para se buscar a "reinvenção da saúde" e a "reprodução social do paciente". Assim, não se valoriza de maneira absoluta o diagnóstico psiquiátrico e as causas das perdas pelas quais estaria passando o paciente em relação às suas funções psíquicas. Valoriza-se como objeto de intervenção a "existência-sofrimento dos pacientes" e suas formas de expressão dentro de cada contexto social⁸.

Em 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154. Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (SF). Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O núcleo de apoio ao S.F. é norteado por alguns princípios¹⁴, sendo:

- Responsabilidade compartilhada entre SF e o NASF, fazendo uma revisão da prática do encaminhamento.
- Estímulo à transdisciplinaridade.
- Um profissional da área de saúde mental para cada NASF.

Além disso, o autor ainda descreve algumas ações determinadas: Elaborar projetos terapêuticos individuais que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários. Os NASF devem integrar-se a Rede de Saúde mental existente, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de SF.; identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, as atividades as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; o público prioritário a cada uma das ações; Atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos; Acolher os usuários e humanizar a atenção; Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos

Locais e/ou Municipais de Saúde; elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação; avaliar em conjunto com as equipes de SF e Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos; elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

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

De acordo com o Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, (2002), foi colocada 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. incorporando indicadores relacionados à Saúde Mental.

QUADRO 01 - 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)

Fonte: Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, (2002)

No campo da saúde pública, além das atividades de prevenção e de assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias entorpecentes e psicotrópicos, se faz necessário o controle das drogas lícitas utilizadas em medicina, compreendendo a sua fabricação, distribuição, prescrição e venda, bem como o estabelecimento de padrões para o funcionamento de serviços voltados à prevenção e recuperação.

CONCLUSÃO

O modelo assistencial atual apresenta várias dificuldades operacionais, com dispersão de recursos, demanda de gerenciamento bastante competente para articular vários serviços de baixa complexidade tecnológica e com a missão abrangente de atender demandas espontânea e referenciada.

Os CAPS 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.

O planejamento de ações voltadas para minimizar os efeitos adversos do uso de álcool e drogas deve identificar fatores de risco e proteção; desta forma, deve contemplar práticas que favoreçam a minimização dos fatores de risco para o consumo destas substâncias, de forma paralela ao reforço de fatores de proteção.

Será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também, e sempre, produção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - LEVAV I *et al.* 1989. Salud mental para todos en América Latina y e Caribe: bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de La Oficina Sanitaria Pan-Americana*, n. 107:196-219. [[Links](#)]
- 2 - BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde *Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental* Brasília 2001.
- 3 - MINISTÉRIO da Saúde - *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, 2ª edição revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília – DF- 2004
- 4 - COSTA, Nilson R. e TUNDIS, Silvério A. - *Cidadania e Loucura : Políticas de Saúde Mental no Brasil* - Vozes - Petrópolis/RJ - 1987.
- 5 - AMARANTE, Paulo-(Org.)- *Loucos pela Vida : a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil*- PanoramaEnsp - Rio de Janeiro - 1995.
- 6 - CERQUEIRA, Luiz - *Psiquiatria Social : Problemas Brasileiros de Saúde Mental* - Livraria Atheneu - Rio de Janeiro e São Paulo - 1984.
- 7 - ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BURNELLO, E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Poro Alegre). *Rev. ABP-APAL*, **14**: 93-104, 1992. [[Links](#)]
- 8 - OLIVEIRA, Jaime A. e TEIXEIRA, Sônia Fleury - *(Im)previdência Social : 60 anos de história da Previdência no Brasil* - Vozes - Petrópolis/RJ - 1986.
- 9 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília 2001.
- 10 - GONÇALVES, R.B.M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Fac. Med. USP, 1992 [no prelo]. [[Links](#)]
- 11 - AMARAL, Márcia A. do *Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial* Departamento de Medicina Preventiva e Social da

Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP – Brasil
Resumo da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 2005

12 - BRÊDA, Mércia Zeviani O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde (2004)

13 - MINISTÉRIO Da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - *Saúde Mental em Dados*- Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ano 1, Nº 1, Esplanada dos Ministérios, Brasília – DF – Maio -2006

14 - BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil – Edição Número 84, p. 20-24. Brasília, DF, de 4 de maio de 2006a.

AMARAL, Márcia A. do *Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial* Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP – Brasil Resumo da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 2005

BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE - Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Coordenação de Saúde Mental/MS - Brasília - 1994.

CAMPOS, G.W.S. *Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde. Campinas. Fac. de Ciências Médicas da UNICAMP, 1994*

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas; o caso da saúde. In: Cecílio, L.C.O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

. MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, IPEA, 1993. [[Links](#)]

Departamento De Ações Programáticas Estratégicas /Departamento De Atenção Básica - Coordenação Geral De Saúde Mental Coordenação De Gestão Da Atenção Básica

PEREIRA, Alexandre de Araújo, Saúde Pública – NASF (2010)

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990. [[Links](#)]

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. [[Links](#)]