

Entrevista para a Revista Tempus

Karime da Fonseca Porto¹

Tempus - O que fundamenta a estratégia de inclusão das ações de saúde mental na atenção primária?

Karime: Primeiramente é preciso destacar que a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde tem sido um importante desafio colocado à agenda da saúde pública. Nesta perspectiva, há mais de 30 anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os sistemas de saúde devem ter como base a atenção primária. Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, diversos países no mundo se comprometeram no avanço da reorientação do modelo assistencial, antes centrado na atenção hospitalar para uma organização a partir da concepção da atenção primária. Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a atenção primária se constituiu em um das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) implantou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia política para organizar as ações de saúde nos municípios, a partir da atenção primária.

1. Karime da Fonseca Porto é psicóloga, formada pela Universidade de Brasília em 1997. cursou Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Mental, pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal - SES/DF. É assessora técnica da equipe da Coordenação Nacional de Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde desde 2001. Seu trabalho atualmente focaliza a organização das diretrizes das práticas de saúde mental na atenção básica/Saúde da Família.

Nesta política, a diretriz é de que a atenção primária deve ser a principal porta de entrada do sistema, a organizar as demandas de saúde no território, considerando que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível de atenção, segundo a OMS.

Esta reorientação do modelo assistencial em saúde, a partir da atenção primária, traz uma nova concepção do processo de produção de saúde, com ênfase na concepção de sujeito visto na sua integralidade. A Política Nacional de Atenção Básica prevê então que as equipes devem trabalhar com a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

No campo da saúde mental, desde a década de 90, também houve uma reorientação do modelo assistencial - de um modelo hospitalocêntrico para serviços abertos, de atenção territorial. A partir de 2001 este processo se acentua, com base nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e na Lei 10.216.

O modelo da atenção primária tem muito em comum com o modelo da saúde mental, preconizado pela Reforma Psiquiátrica: cuidado no território, vinculação com o usuário, articulação dos recursos comunitários, trabalho com a família, articulação em rede, entre outros.

A ampliação do acesso ao cuidado, nesta perspectiva, traz a necessidade de reinvenção das formas de cuidar e de produzir saúde. Não se trata de operar apenas um deslocamento do lugar do cuidado - do hospital psiquiátrico para os serviços de base comunitária - mas de trabalhar com um novo paradigma de atenção – a atenção psicossocial, que inclui diversos aspectos da vida do paciente, no processo de reinserção social.

Tempus - Qual a potência das práticas de saúde mental a serem constituídas no âmbito da atenção primária, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Karime: Em contextos onde há cobertura assistencial de equipes de Saúde da Família/atenção básica, este nível de atenção tende a ser o primeiro contato da população com a rede de saúde e de saúde mental. Em função de sua acessibilidade mais direta com a população, as equipes que trabalham na atenção básica estão mais propensas a ter mais contato com os pacientes que sofrem de transtornos mentais. Estas equipes oferecem cobertura para mais de 50% da população brasileira e estão em todos os cantos do país: dos pequenos municípios no interior até os grandes centros urbanos.

Se consideramos que a integralidade deve tratar da indissociação mente-corpo, e que, todo problema de saúde traz um componente de saúde mental, estamos dizendo que existe um componente de sofrimento associado a toda e qualquer doença e que tratar este componente subjetivo do adoecimento pode ser um importante vetor na produção de saúde.

É claro que isto não significa que as equipes de Saúde da Família devem atender a todos os casos de saúde mental, mas podem se qualificar para atender, com o apoio de especialistas em saúde mental, os casos de transtornos mentais leves, bem como fazer importantes intervenções de saúde com pessoas com transtornos mentais graves, com boa resolutividade. Diversas experiências no Brasil mostram a eficácia destas ações.

Outra questão importante para a priorização das ações de saúde mental é o fato de que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento na atenção primária. Pessoas com doenças crônicas ou recorrentes, tradicionalmente vistas como o trabalho principal na Atenção Primária, com frequência têm taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral. Além disto, pessoas com transtornos mentais graves têm maiores taxas de morbidade e mortalidade do que a população em geral (esquizofrênicos apresentam taxas de mortalidade duas vezes maiores que a população geral, além de estarem mais propensos a fumar e ter uma dieta pobre).

Há ainda um número significativo de pacientes com sintomas médicos inexplicáveis que consultam frequentemente a atenção primária e que muitas vezes têm problemas significativos de saúde mental. Segundo levantamento do Departamento de Atenção Básica, de 2001, 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de saúde mental”.

São altas as prevalências de transtornos mentais na atenção primária. Não há estudos de prevalência de transtornos mentais em

âmbito nacional. E ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Porém os estudos realizados em municípios brasileiros apontam a dimensão do problema: de 25 a 38 % de pessoas com transtornos mentais na atenção primária. E este dado é relativamente semelhante a outros estudos internacionais.

As altas prevalências e o fato de que a maioria dos sistemas de saúde ofertam cuidados apenas na atenção primária, sem acesso (e sem necessidade) a serviços especializados, reforçam a importância de fortalecimento e expansão das ações de saúde mental na atenção primária.

Além disto, estudos mostram que os fatores mais determinantes para a evolução dos transtornos mentais seriam as condições ambientais (contexto), o funcionamento social do indivíduo, o contexto familiar e a densidade e homogeneidade da rede social. Todos estes componentes têm forte relação com a intervenção da atenção primária.

Para finalizar, a OMS define 6 vantagens na inclusão da saúde mental na atenção primária: redução do estigma, melhora no acesso ao cuidado, redução da cronificação e melhora na integração social; proteção dos direitos humanos dos pacientes; melhores resultados para pessoas com transtornos mentais tratadas na atenção primária e promoção da capacitação dos profissionais para atender saúde mental.

Tempus - Assegurar o acesso e a continuidade do cuidado em saúde mental ainda é um desafio para o SUS. Como está o cenário da assistência em saúde mental no

país e as perspectivas de ampliação das ações de saúde mental na atenção primária?

Karime: Sem dúvida, a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental ainda se coloca com tarefa importante do SUS. Aliás, este desafio é mundial. Em 2009 a OMS lançou uma estratégia mundial para a redução da lacuna assistencial em todo o mundo, chamada Mental Health Global Action Programme (MhGAP).

Mas o cenário da saúde mental brasileira tem apontado avanços significativos e os dados mostram isto claramente. A cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país passou de 22% em 2002 (com 424 CAPS) para 60% em 2010 (com 1467 CAPS).

Além disto, houve uma reversão na proporção de gastos hospitalares X extra-hospitalares: em 2002, 75,24% dos gastos estavam concentrados na área hospitalar e somente 24,76% na área extra-hospitalar. Em 2008, observa-se uma importante inversão desta proporção: 34,46% de recursos na área hospitalar e 65,54% de recursos investidos na área extra-hospitalar, com aumento, mesmo que tímido, de recursos para a área de saúde mental no nível federal.

A rede de saúde mental ainda é composta de diversos outros serviços: 860 ambulatorios, 2600 leitos em hospitais gerais, 550 residências terapêuticas, 393 experiências de geração de renda, (projeto Saúde Mental e Economia Solitária, que beneficia cerca de 6.000 usuários) e 51 centros de convivência. Além disto, foi criado, por lei federal, o Programa de Volta para Casa, para egressos de longas internações psiquiátricas. Hoje são

3445 beneficiários, que recebem o auxílio-reabilitação psicossocial de R\$ 420,00.

Foi criada também, pelo governo federal, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que prevê serviços e ações específicas voltadas para esta população.

Com isto, hoje temos uma rede de atenção em saúde mental muito mais robusta para dar retaguarda às equipes de Saúde da Família.

Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que devem dar apoio especializado em diversas áreas, às equipes de Saúde da Família, para aumentar sua resolutividade.

A lógica do trabalho dos NASF, já apontada na Política Nacional de Saúde Mental desde 2004, é a do apoio matricial. Este apoio dos especialistas deve se dar por atendimentos conjuntos, discussão de casos, visitas domiciliares e supervisão continuada. O apoio matricial é um potente dispositivo de educação permanente, quando as equipes de Saúde da Família constroem suas estratégias de intervenção e os projetos terapêuticos dos usuários conjuntamente com a equipe de saúde mental.

Hoje, 30% dos profissionais contratados pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família são de saúde mental, entre psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Isto sem dúvida, amplia as possibilidades de atuação das equipes de Saúde da Família, em relação à saúde mental.

Além disto, os CAPS têm como atribuição esta função de apoio à atenção primária e deve potencializar esta estratégia

para maior resolutividade da rede de saúde mental como um todo. Porém, muitos CAPS ainda fazem matriciamento e é preciso entender melhor o que porquê destas dificuldades.

Um dos problemas que tem ocorrido na oferta de especialistas à atenção primária é o da “ambuladorização”: ao invés de ser construído o apoio matricial, que qualifica e amplia o potencial das equipes de Saúde da Família ao atender conjuntamente com profissionais de saúde mental, se constrói uma agenda de ambulatório de saúde mental, onde o especialista assume, sozinho, os casos. Isto gera uma certa desresponsabilização pelo cuidado em saúde mental na atenção primária.

A atenção fragmentada e centrada nas especialidades ainda é uma prática hegemônica no país, e mesmo em outros países ricos e industrializados.

Tempus - Que estratégias de formação e educação permanente o Ministério da Saúde tem adotado para ampliar a capacidade resolutiva das equipes de Saúde da Família e dos CAPS frente aos problemas de saúde mental nas comunidades?

Karime: O Ministério da Saúde tem adotado diversas estratégias de formação continuada da rede de saúde mental, com ações específicas voltadas também para a atenção primária. Dentre elas estão o apoio a cursos de especialização e atualização em saúde mental para profissionais da rede de saúde. Especificamente voltados para os NASF e para as equipes de Saúde da Família foram realizados cursos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília, para a região norte e centro-oeste, pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), para todo o estado do Piauí, pela Universidade

Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), para diversos municípios da região sul, e pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), para municípios da Bahia, dentre outros.

Também foram criadas novas vagas e novas residências de psiquiatria e multiprofissionais em saúde mental, sobretudo, a partir de 2009. Há também apoio técnico e financeiro para cursos à distância na área de saúde mental, como, por exemplo, o curso SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento) para profissionais da Atenção Primária, organizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com o apoio do Ministério da Saúde.

Além disto, existem novas tecnologias utilizadas no SUS, como por exemplo, o Telesáude, que podem ser melhor exploradas pela Saúde Mental, para matriciamento de equipes de Saúde da Família ou de outros serviços da rede de saúde (como os hospitais gerais). Há poucas experiências nesta área, porém com excelentes resultados na qualificação das equipes para atenderem os casos de saúde mental, com boa resolutividade.

Há também duas publicações produzidas pelo Ministério da Saúde (parceria do Departamento de Atenção Básica com a Coordenação Nacional de Saúde Mental) que devem servir de apoio às equipes de Saúde da Família. Uma delas é o Caderno dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que conta com um capítulo específico sobre Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. No capítulo introdutório do Caderno, o Apoio Matricial foi enfatizado como estratégia fundamental dos NASF. Esse caderno está

voltado para os profissionais dos NASF e foi lançado em dezembro de 2009.

Outra publicação é o Caderno de Atenção Básica da Saúde Mental – CAB/Saúde Mental, com a participação de assessores técnicos e consultores do Departamento de Atenção Básica e da Coordenação Nacional de Saúde Mental. O CAB específico sobre Saúde Mental, Álcool e outras Drogas será um material importante para qualificar os profissionais da Atenção Básica, principalmente as ESF. A previsão para publicação é para o segundo semestre de 2010.

O apoio matricial é por excelência uma estratégia de educação permanente, que qualifica as equipes de Saúde da Família, no fazer conjunto com os profissionais de saúde mental. Nesta co-responsabilização do cuidado, ambos se beneficiam nas suas respectivas atuações, pois o trabalho na atenção primária é bem distinto do trabalho em um serviço como o CAPS ou mesmo um ambulatório.

Este cuidado “a céu aberto” impõe uma série de novas atitudes às equipes, sem o enquadre que um serviço oferece. Além disto, há diferenças na forma de diagnosticar, de intervir, É um verdadeiro desafio para as equipes, no sentido de superar estigmas, preconceitos e formas cristalizadas de atuar.

Há inúmeras experiências brasileiras que tiveram êxito na ampliação das ações de saúde mental na atenção primária. Nestes municípios houve um importante investimento da gestão local na estratégia do apoio matricial e, sobretudo, investimento em processos de formação continuada.