

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

Tópicos

1. Introdução
2. Cenário Atual
3. Saúde Mental na Atenção Primária: diretrizes e prioridades
4. Articulação das equipes de Saúde da Família com a rede de serviços de Saúde Mental

Introdução

A mudança do modelo de atenção em Saúde Mental tem como principal objetivo:

A ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços comunitários, com base no território.

O que essencialmente muda?

No novo modelo, a atenção hospitalar deixa de ser o centro, como era antes, tornando-se complementar. Trata-se de mudança fundamental na concepção e na forma como deve se dar o cuidado: mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/ adoecimento.

Aliado a isso, adota-se a concepção de que **a produção de saúde é também produção de sujeitos**. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, onde os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

A **Política Nacional de Saúde Mental do SUS**¹ tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a **desinstitucionalização** de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de Saúde Mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidado.

Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em Saúde Mental, a desinstitucionalização pressupõe também **transformações culturais e subjetivas** na sociedade.

A expressão “**reabilitação ou atenção psicossocial**” é utilizada para indicar que:

Devem ser construídas, com as pessoas que sofrem transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem.

¹http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

A rede de Saúde Mental, segundo essa perspectiva, deve ser composta por diversas **ações e serviços de Saúde Mental**:

- Ações de Saúde Mental na Atenção Primária;
- Centros de Atenção Psicossocial – CAPs;
- Ambulatórios;
- Residências terapêuticas;
- Leitos de atenção integral em Saúde Mental (em CAPs III e em hospital geral);
- Programa de Volta para Casa;
- Cooperativas de trabalho e geração de renda;
- Centros de convivência e cultura, entre outros.

Considerações

Deve-se levar em conta que existe um componente de **sofrimento subjetivo** associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que:

“Todo problema de saúde é também – e sempre – mental.

Toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.”

Nesse sentido será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária/Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental

Há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental:

- Atuação a partir do contexto familiar;
- Continuidade do cuidado;
- Organização em rede - que deve se articular para a produção de cuidados em Saúde Mental no território.

É primordial, então, incluir ativamente nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Primária, as ações de Saúde Mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.

Assumir esse 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, efetivando os princípios do SUS.

As equipes de Saúde da Família (SF) precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de Saúde Mental. Precisam ter competência para atuar nas questões de saúde mental pertinentes ao seu nível de atenção.

O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais. (SARAIVA e CREMONESE, 2008)



CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

Qualificação do trabalho das equipes em Saúde Mental

Como já estudado anteriormente, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para ampliar, qualificar e aumentar a resolutividade do trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Porém, os NASF não constituem a única opção para a qualificação do trabalho das equipes em Saúde Mental. Os gestores locais, juntamente com as equipes de saúde, podem identificar meios possíveis para melhorar o conhecimento dos profissionais nessa área.

Opções para levar conhecimento e qualificação em Saúde Mental aos trabalhadores das equipes Saúde da família:

- Escolas Técnicas do SUS – ETSUS;
- Telessaúde;
- Equipes de matriciamento formadas a partir dos recursos humanos disponíveis;
- CAPs.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) reforça que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária é um passo fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em Saúde Mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos.

Cenário Atual

Segundo dados de prevalência internacionais, adotados pelo Ministério da Saúde:

- 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos;
- Mais 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do país, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2006).

Quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de **álcool e de outras drogas**, estima-se que as dependências de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem cerca de **6% da população**.

Se considerarmos apenas o álcool, entre os 12 e 65 anos de idade, de 9% a 11% de pessoas são dependentes, de acordo com pesquisas realizadas no Brasil, pela UNIFESP (Carlini e col, 2007).

Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores destas substâncias. Para a maioria dos casos é mais útil pensar em “**problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas**” do que em “dependência”, uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, sua família e seu meio.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

As diferentes formas de sofrimento psíquico são importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A realidade das equipes de Saúde da Família 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”** (OPAS/MS, 2002).

Entre os pacientes atendidos pela Atenção Primária, uma proporção grande apresenta transtornos mentais. Não há estudos que representem os índices de prevalência de problemas mentais no âmbito nacional, sendo necessário recorrer a várias pesquisas. Alguns estudos realizados nas comunidades atendidas pela Saúde da Família verificaram prevalências de transtorno mentais comuns² (Goldberg & Huxley, 1992) que variam de 22,7% a 38% (Maragno, Lima, 2006).

Estudos desde a década de 80 demonstram que, entre os pacientes que procuram as Unidades de Atenção Primária, uma grande proporção apresenta transtornos mentais, revelando que entre 33% a 56% dos pacientes atendidos, nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns (Mari, Vilano, Fortes, 2008).

Um estudo da OMS (WHO, 2001) levantou a coexistência de depressão e ansiedade como um dos problemas psicológicos mais frequentes na Atenção Primária. Outras evidências apontaram (Who, 2001; Araya et al., 2001; Fortes et al., 2008) que os sintomas físicos persistentes, sem explicação médica, também podem estar associados a questões de saúde mental.

Diante dessas prevalências, é preciso, portanto, qualificar a Atenção Primária para o atendimento adequado de tais problemas.



Uma das principais estratégias para ampliação do acesso ao cuidado em Saúde Mental é a priorização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Experiências municipais

Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o **apoio matricial** em Saúde Mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. Um levantamento preliminar de 2006, realizado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 12 estados da federação (Brasil, 2006), constatou que 16,3% dos municípios pesquisados realizam **ações sistemáticas** de Saúde Mental na Atenção Primária.

No entanto, são referidas dificuldades pelos profissionais de Atenção Primária para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais.

² A definição de transtornos mentais comuns (TMC) utilizada em algumas das pesquisas citadas refere-se a indivíduos que apresentam queixas que podem ou não preencher os critérios para os diagnósticos de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações psiquiátricas, mas que apresentam sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas, que podem trazer incapacidades iguais ou piores do que as dos quadros crônicos já estabelecidos.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a **Associação Mundial de Médicos de Família**³ (Wonca), recentemente apontaram as principais razões para a integração de Saúde Mental na Atenção Primária (Who/Wonca, 2008):

- Relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais;
- Necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e de Saúde Mental;
- Altas prevalências de transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento;
- Aumento do acesso aos cuidados em Saúde Mental, quando realizados na Atenção Primária;
- Maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos;
- Redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes;
- Bons resultados para a integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.

Saúde Mental na Atenção Primária: diretrizes e prioridades

Diretrizes gerais

Diante do cenário apresentado, consideramos que a inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Primária deve ser prioridade na organização das redes de saúde.

Para o melhor manejo da Saúde Mental na Atenção Primária propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF através do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental.

O que é o apoio matricial?

O Apoio Matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma **lógica de co-responsabilização** entre as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde (Campos e Domitti, 2007).

O Apoio Matricial tem duas dimensões:

1. Suporte assistencial, que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;
2. Suporte técnico-pedagógico, que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

Ao aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da Atenção Primária. A co-responsabilização pela demanda – tanto a equipe de Saúde da Família como a equipe de Saúde Mental são responsáveis por determinado território –, leva à desconstrução da lógica de referência e contra-referência, que favorece a desresponsabilização e dificulta o acesso da população. (Brasil, 2004; Saraiva E Cremonese, 2008).

O **cuidado compartilhado** prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como **eixo central** o sujeito e seu processo de saúde/doença. O locus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Primária, nos serviços especializados ou em ambos. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade (Pereira, 2007).

³<http://www.globalfamilydoctor.com>

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

A responsabilização compartilhada pelos casos visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a **interdisciplinaridade** e a **aquisição de novas competências** (BRASIL, 2004). Esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento.

No planejamento e organização destas ações devem ser consideradas as seguintes diretrizes gerais:

Deve-se identificar, acolher e atender as demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em Saúde Mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.

Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).

As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.

É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar;

As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre Saúde Mental e equipes de Saúde da Família.

O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial;

A Educação Permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de Saúde Mental na Atenção Primária.



Geralmente, as **necessidades complexas** expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas sim, exigem:

- Esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares;
- Mobilização de recursos institucionais e comunitários;
- Recursos materiais e subjetivos, que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, pactuados com o usuário e sua rede social significativa (SMS, Aracaju, 2003).

As particularidades da Saúde Mental na Atenção Primária e a necessidade de “ampliação da clínica” (Goldberg, 1996) devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano das equipes de Saúde Mental que trabalharão junto às equipes de Saúde da Família.

Busca-se evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

Situações de riscos e definição de prioridades

As equipes da Atenção Primária se deparam com **situações de risco psicossocial** que exigem intervenção urgente, tais como:

- Cárcere privado, abuso ou negligência familiar;
- Suspeita de maus tratos, abuso sexual de crianças e adolescentes;
- Violência intrafamiliar;
- Situações de violência entre vizinhos;
- Situações de extremo isolamento social;
- Situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua, etc);
- Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar;
- Uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- Crises psicóticas;
- Tentativas de suicídio;
- Crises convulsivas e conversivas.

Determinantes sociais do sofrimento psíquico

As **doenças crônicas não transmissíveis**, em especial **hipertensão** e **diabetes mellitus**, muitas vezes exige escuta ampliada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Frequentemente, casos considerados de difícil atenção estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais. Essa situação também pode ocorrer na relação mãe-bebê e no cuidado ao desenvolvimento da criança, pois, muitas vezes, crises do ciclo vital não raramente são acompanhadas de sofrimento mental, o que gera prejuízos ao efetivo cuidado da criança.

Por atuarem no território, as equipes de Saúde da Família se deparam cotidianamente com a **violência**, que apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional são formas de violência presentes cotidianamente na vida de grande parte dos brasileiros e brasileiras – todas elas, com um importante componente de sofrimento psíquico. O entranhamento do **racismo** e da **homofobia** na cultura brasileira e a persistente situação de **desigualdade das mulheres** na sociedade, sendo alguns dos determinantes da violência, são também determinantes sociais do sofrimento psíquico.

As ações de saúde pública são sempre práticas sociais e o entendimento dos determinantes sociais são fundamentais para entender os processos de adoecimento (Onocko Campos & Gama in Campos e Guerreiro, 2008). Dessa forma, as equipes da Saúde da Família, na medida em que reconhecem estes determinantes sociais do sofrimento, são estratégicas para a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação social e da exclusão social.

Muitos usuários da Atenção Primária frequentemente apresentam vários problemas simultaneamente (problemas psicológicos, físicos e sociais) e alto grau de comorbidade. Geralmente, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Isso aponta para a necessidade de aumentar a detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde. **Para tanto, faz-se necessário:**

- Ampliar as ações de saúde mental na Atenção Primária;
- Qualificar as equipes de Saúde da Família, juntamente com as equipes dos NASF e dos serviços de Saúde Mental.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

Articulação das equipes de Saúde da Família com a rede de serviços de Saúde Mental

A articulação com os serviços especializados, principalmente com os CAPs, dentro da lógica matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de Saúde Mental de maior complexidade, permanecem na Atenção Primária por questões vinculares, geográficas e sócio-econômicas, o que reforça a **importância das ações locais** de Saúde Mental.

O **CAPs** é um serviço de referência para **casos graves**, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção das equipes de Saúde da Família e das intervenções conjuntas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Saúde da Família (Saraiva e Cremonese, 2008). A Atenção Primária deve buscar uma integração permanente com o CAPs de seu território, levando em conta que também é tarefa do CAPs realizar ações de apoio matricial para a Atenção Primária.



Destaca-se a importância da integração entre as equipes de Saúde da Família e o CAPs, com a organização de espaços coletivos de trocas, discussões de casos, construções de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas entre as diferentes equipes, tendo como foco a singularidade de cada situação de saúde mental.

Além dos serviços específicos de cuidados em Saúde Mental, das equipes de Saúde da Família e dos NASF, que viabilizam a construção de uma rede de atenção, estes dispositivos devem estar **articulados à rede de saúde em geral e também a outros recursos intersetoriais e da comunidade**. Como exemplo, podemos citar os Centros de Convivência e Cultura, que existem em alguns municípios brasileiros, constituídos na intersectorialidade (saúde, ação social e cultura), que configuram-se como dispositivos importantes de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, assim como outros dispositivos e experiências de promoção da Saúde Mental, criados na diversidade sócio-cultural brasileira a partir das necessidades de cada realidade local.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

Bibliografia consultada

1. Araya, R; Rojas, G; Fritsch, R; Acuña, J; Lewis, G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates.
2. Bower, P; Gilbody, S; Richards, D; Fletcher, J; Sutton, A. Collaborative care for depression in primary care: Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry*, 189(6): 484-493, 2006.
3. Brasil, Ministério Da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 mar. 2008. Seção 1, p. 38/42.*
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional Saúde Mental: Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2006
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.
7. Campos, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
8. Campos, G.W.S. & Domitti, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, nº 2, pp.399-407, fev., 2007.
9. Campos e Guerrero (Org.) Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.
10. Carlini Ea, Noto Ar, Nappo Sa. II Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005). São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2007.
11. Classificação De Transtornos Mentais E De Comportamento Da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.
12. Cohen, A. (Org.). Delivering mental health in primary care. And evidence-based approach. Royal College of General Practitioners. Londres, 2008.
13. Fortes, S; Villano, La; Lopes, C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1): 32-37, 2008.
14. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saber necessário à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
15. Goldberg Dp; Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992.
16. Goldberg, J. Clínica da Psicose. Um projeto na rede pública. TeCorá Editora/IFB: Rio de Janeiro, 2ª. edição, 1996.
17. Gonçalves, D; Kapcsisnki, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7):1641-1650. <http://www.mentalneurologicalprimarycare.org>; http://www.who.int/mental_health/policy/Integrating%20MH%20into%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf. Acesso em 20 de dez. 2008.
18. Kessler, Rc; Nelson, Cb; Mcgonagle, Ka; Liu, J; Swartz, M; Blazer, DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168 supplement (30):17-30, 1996.
19. Kirmayer Lj; Robbins Jm. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and socio-demographic characteristic. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(11):647-55, 1997.
20. Lancetti, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: SaúdeLoucura: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2000.
21. Lima, Ars. O desafio do apoio matricial em saúde mental feito às equipes de saúde da família em Aracaju. *Cadernos IPUB*, vol. XIII, 24: 101-108, 2007.
22. Lima, Mcp. Transtornos Mentais Comuns e Uso de Álcool na População Urbana de Botucatu: um Estudo de Comorbidade e Utilização de Serviços. Tese de Doutorado no Programa de PG da Medicina Preventiva (USP), em andamento 2003.
23. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais. 4ª ed. Texto Revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

24. Maragno, L; Goldbaum, M; Gianini, Rj; Novaes, Hmd; César, Clg. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 22(8):1639-48, 2006.
25. Mari, Jj. Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. Soc. Psychiatry Epidemiol. , 22: 129-138, 1987.
26. Marl, Jj; Iacoponi, E; Williams P; Simões O; Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 21 (6): 501-7, 1987.
27. Mathers, Cd; Loncar, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2020. PLoS Med, 3:e442. doi:10.1372journal.pmed.003004424, 2006.
28. Pereira, A.A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. Cadernos IPUB, vol. XIII, nº 24, 2007, p. 101-108, 2007.
29. OPAS/ministério Da Saúde. Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard. Mimeo, 2002.
30. Saraiva, Sl; Cremonese, E. Implantação do Modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Florianópolis, SC. Anais dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 37-48, 2008.
31. Secretaria Municipal De Saúde Integração saúde mental na Atenção Básica. Aracajú, 2003.
32. Üstun, Tb; Sartorius, N. Mental illness in general health care: an international study. John Wiley & Sons: Chichesser, England, 1995.
33. Villano, L.A. Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. Tese de Doutorado da Universidade Federal de São Paulo/EPM. São Paulo, 1998.
34. World Health Organization. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. mhGAP. Mental Gap Action Programme. Genebra, 2008.
35. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, 2008.
36. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the Who European Ministerial Conference. Denmnark: Who Regional Office for Europe, 2005.
37. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

Atividades**Teste seu conhecimento**

1. Sobre a mudança no modelo de atenção em saúde mental é **ERRADO** afirmar que:
 - a) Esta mudança tem como objetivo a ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais.
 - b) O cuidado deve ser o mais próximo possível da rede familiar, social e cultural do paciente.
 - c) De acordo com este novo modelo, a atenção hospitalar passa a ser o centro da rede de serviços em saúde mental, onde são tratados os casos de transtornos mentais comuns e graves e depois encaminhados para reinserção na comunidade.
 - d) Valoriza a subjetividade do indivíduo portador de doença mental, pressupondo um potencial para viver em comunidade apesar da doença.
 - e) Visa tornar os serviços de saúde mental mais acolhedores, de modo a fortalecer os vínculos entre usuários e a equipe de saúde.
2. Por que é importante integrar as equipes de Saúde da Família (SF) e Saúde Mental (SM)?
 - a) Porque 16% dos municípios têm ações de saúde mental em serviços especializados, e o SUS pressupõe que os cuidados mais complexos devem ser ampliados para melhorar o acesso da população.
 - b) Porque a equipe de saúde da família deve reportar os casos de doença mental na comunidade à equipe de saúde mental, para que esta possa tratar dos casos.
 - c) Porque são os mesmos profissionais que atuam em ambos os serviços.
 - d) Para favorecer o encaminhamento dos doentes mentais aos hospitais.
 - e) Para articular a produção de cuidados em saúde mental no território e garantir o cumprimento dos princípios de equidade e integralidade do SUS.
3. As alternativas abaixo apresentam situações de risco psicossocial. Leia atentamente e assinale a alternativa que **NÃO ESTÁ DE ACORDO** com as prioridades de atendimento pelas equipes de Atenção Primária.
 - a) Morte de parente próximo (mãe, pai, etc.), faltas frequentes no trabalho e ansiedade.
 - b) Crises psicóticas, violência intrafamiliar e tentativas de suicídio.
 - c) Crises convulsivas, violência entre vizinhos e uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica.
 - d) Suspeita de maus tratos, abuso sexual de crianças e adolescentes e cárcere privado.
 - e) Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas.



CAPÍTULO 5: Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Elisabeth Wartchow

4. Leia com atenção as seguintes afirmativas sobre os serviços de saúde mental:

1. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentro da lógica matricial, são responsáveis por organizar o fluxo de atendimento e também o processo de trabalho dos cuidados em saúde mental.
2. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são constituídos por profissionais de diversas áreas do conhecimento e visam compartilhar tecnologias em saúde, inclusive de saúde mental, com as equipes de saúde da família.
3. Os serviços de saúde mental mais importantes em uma rede são aqueles onde são realizados os tratamentos e reinserção social dos usuários. Esses serviços garantem que a prevalência de doenças mentais na população geral permaneça sob controle.
4. São exemplos de serviços que compõem a rede de saúde mental: ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios, residências terapêuticas, leitos em hospitais psiquiátricos ou em hospitais gerais, Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura, festas e eventos culturais da comunidade, etc.

Agora responda:

- () a) Somente as afirmações 1 e 4 estão corretas.
- () b) Somente as afirmações 1 e 3 estão erradas.
- () c) Somente a afirmação 4 está correta.
- () d) Somente a afirmação 3 está errada.
- () e) Todas as afirmações estão corretas.