

O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira

The current profile of mental health in brazilian primary care

Franciane Gonçalves Lima¹
Camila Casimiro Siciliani²
Luciana Balestrin Redivo Drehmer³

¹Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, Brasil.

²Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, Brasil.

³Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, Brasil.

Correspondência

Luciana Balestrin Redivo Drehmer.
Avenida Ipiranga, 6681. Prédio 11. Secretaria da Faculdade de Psicologia.
luciana.redivo@pucrs.br

Recebido em: 31/julho/2012
Aprovado em 19/09/2012

RESUMO

Com objetivo de avaliar mais precisamente a atual situação da saúde mental na atenção primária no Brasil, considerando o trabalho proposto pelo Programa de Educação para o Trabalho (PET Saúde Mental) realizou-se uma revisão bibliométrica, propondo-se responder ao seguinte questionamento: Qual o status da produção científica nacional em saúde mental na atenção primária? Foi realizado um levantamento de artigos científicos em diferentes bases de dados por dois acadêmicos e um tutor integrantes do PET - Saúde Mental, de diferentes áreas da saúde, para responder à pergunta do estudo. Os descritores utilizados foram **mental health** e **primary health care**. Os artigos encontrados foram analisados individualmente de acordo com critérios de inclusão e exclusão, e, após, qualitativamente para a então formulação da produção científica final. Os resultados mostram que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas no caminho entre o modelo de atenção primária em saúde mental idealizado pelo Ministério da Saúde e o que tem sido praticado na saúde pública. Por consequência, o que foi preconizado pela reforma psiquiátrica ainda não foi implementado de forma satisfatória na atenção primária brasileira. Tem-se como os principais motivos para este desencontro entre a teoria e a prática da atenção à saúde mental na rede básica a falta de capacitação dos trabalhadores da rede básica, além de problemas na articulação entre os serviços de atenção básica e suas redes de apoio o que acaba ocasionando a valorização da assistência especializada perpetuação do modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicalizante.

Palavras-chave: Atenção primária; Saúde mental; Política de saúde

ABSTRACT

In order to assess precisely the current situation of mental health in primary care in Brazil, and considering the work proposed by the Educational Program for Health Work (PET – Mental Health), a bibliometric review was carried out to answer the following question: what is the status of national scientific production about mental health in primary care? A survey of scientific articles was made by two students and a tutor, members of the PET – Mental Health, in different databases and areas of health to answer the question of the study. The descriptors used were mental health and primary health care. The articles were analyzed individually according to inclusion and exclusion criteria, and then in a qualitative way. The results show that there are still many gaps to be filled in the path between the model of primary care in mental health planned by the Ministry of Health and what has been practiced in public health. Consequently, what was recommended by the psychiatric reform has not yet been satisfactorily implemented in primary care in Brazil. As the main reasons for this mismatch between theory and practice of mental health care, we can point the lack of training of workers in the basic health and the problems in the relationship between primary care services and their support networks, leading to the appreciation of expert assistance and perpetuation of the biomedical, hospital-centered and medicine-based models.

Keywords: Primary health care; Mental health; Health policy

INTRODUÇÃO

O modelo de atendimento em saúde mental vem passando por transformações em sua estrutura e ideologias, as quais têm sido embasadas, principalmente na reforma psiquiátrica. Essa mudança de política de saúde nacional propõe à desinstitucionalização de pacientes com sofrimento psíquico, sendo um dos principais marcos brasileiros deste movimento o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), do ano de 1989, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país¹.

No Brasil, tem-se como modelo de atendimento em saúde mental a atenção com base comunitária e territorial que objetiva a diminuição de internações e atendimentos na atenção terciária, priorizando os serviços de atenção primária. Para exemplificar essa busca de novos horizontes no atendimento à saúde mental no Brasil pode-se citar “O SUS de A a Z”, material produzido pelo Ministério da Saúde², que teve o objetivo de es-

clarecer à população brasileira alguns conceitos sobre a política de saúde:

A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS. (Ministério da Saúde, 2009, p.348)

Percebe-se assim que no Brasil tem-se como ideal o atendimento ao portador de transtorno psíquico realizado prioritariamente no serviço de atenção básica, o que leva a refletir sobre a importância deste serviço na saúde pública. Como se sabe a demanda de atendimentos em saúde mental é grande – cerca de 10 a 12% da população necessita de cuidados em saúde mental e em torno de 3% da população necessita de cuidados contínuos nesta

área. Sendo esse o serviço prioritário para assistir estes pacientes fica a dúvida se está suficientemente desenvolvido de forma a alcançar o atendimento pleno e satisfatório dessa população³.

Com objetivo de avaliar mais precisamente a atual situação da saúde mental na atenção primária no Brasil, considerando o trabalho proposto pelo Programa de Educação para o Trabalho (PET Saúde Mental), realizou-se uma revisão bibliométrica propondo-se responder ao seguinte questionamento: Qual o status da produção científica nacional em saúde mental na atenção primária?

MÉTODOS

Um levantamento de artigos científicos em diferentes bases de dados foi realizado por dois acadêmicos e um tutor integrantes do Programa PET Saúde Mental, de diferentes áreas da saúde, para responder à pergunta do estudo. Os descritores utilizados foram escolhidos de acordo com os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo eles: **mental health** e **primary health care**. Analisando as bases de dados Pubmed, Medline, ScienceDirect e PsycInfo foi encontrado um grande número de produções científicas totalizando 131.199 artigos, porém identificou-se poucos resultados que abrangessem a linha de pesquisa proposta por este estudo. Desta forma, na tentativa de selecionar melhor os resultados, o recurso utilizado foi de procurar os descritores somente no título dos artigos resultando em 676 produções como busca final. Percebendo ainda que muitos resultados não se relacionavam com o foco da pesquisa, foi adicionado mais um descritor a ser perscrutado no título dos artigos: **health policy**, encontrando assim um total de dois artigos. Comparando a pesquisa inicial com esta última etapa, foi concluído que pesquisar descritores apenas no título havia restringido o estudo em demasia. Desta maneira, realizou-se uma nova etapa, quando estes três descritores foram utilizados em artigos de língua portuguesa, respeitando assim o critério de o artigo ser de produção nacional, chegando num total de 3 artigos. Após discussões a cerca de como refinar o estudo sem perder produções que poderiam ser relevantes para a pesquisa, foi decidido que o descritor **health policy** seria excluído, assim como as bases de dados Medline, ScienceDirect e PsycInfo, dando lugar às da América Latina e Caribe Scielo e LILACS. A pesquisa foi realizada, então, em três bases de dados (Pubmed, Scielo e LILACS) nos quais foram limitados aos artigos em português

não sendo definido o ano de publicação. Chegando assim em um total de 103 trabalhos, dos quais 14 foram excluídos por serem repetidos. Finalizando esta etapa, então, com 89 artigos.

Tais produções científicas foram analisadas individualmente de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Sendo os critérios de inclusão: tratar de atenção primária; tratar de saúde mental; ser produção nacional; ser artigo científico. E os critérios de exclusão: não ser multidisciplinar (ou seja, na realização do trabalho não foram contempladas mais de uma área da saúde); ser um estudo epidemiológico; tratar-se de um quadro específico; ser uma associação de variáveis; ser uma avaliação terapêutica; ser um teste de confiabilidade diagnóstica; ser um estudo de prevalência. Para esta etapa, dois acadêmicos analisaram separadamente o resumo de cada artigo e, se necessário, houve a leitura na íntegra. Após, conferiram seus resultados e, em caso de divergência, o tutor responsável foi chamado para a decisão final.

Dos 89 artigos científicos, apenas 19 foram incluídos no estudo por responderem aos critérios acima citados. Seguindo-se então uma nova etapa, na qual se analisaram os estudos na íntegra e foi utilizada uma ficha de leitura adaptada a partir do que tem sido sugerido pela “Colaboração Cochrane”. Especificamente, a análise da qualidade metodológica dos estudos foi através do preenchimento, para cada um dos artigos, de uma versão adaptada de um checklist elaborado e apresentado no artigo “The Delphi List: A Criteria List for Quality Assessment of Randomized Clinical Trials for Conducting Systematic Reviews Developed by Delphi Consensus”, classificando os estudos quanto ao ano de publicação, origem geográfica e design do estudo, sendo estes: artigos de revisão; relatos de casos; pesquisas originais; metanálises; e artigos opinativos^{4,5}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados artigos publicados desde 1988 até 2010, sendo que o período que mais se destacou por número de publicações foram os anos de 2008 e 2009, nos quais foram publicados mais da metade das produções científicas encontradas nesta pesquisa. A região que mais prevaleceu foi o Sudeste com um total de 9 dos 19 artigos (47,5%), dos quais seis são de São Paulo, um do Rio de Janeiro, dois de Minas Gerais. Esta região foi seguida pelo Nordeste que apresentou 6 artigos (31,5%),

dois da Bahia, um de Alagoas, um do Rio Grande do Norte e dois do Ceará. Nota-se uma escassez de trabalhos provenientes da região Centro-Oeste que apresentou apenas dois (10,5%) - ambos do Mato Grosso - e da região Sul também com apenas dois trabalhos, um do Rio Grande do Sul e um de Santa Catarina. Todavia, ainda mais preocupante foi a ausência de trabalhos neste foco provenientes da região Norte brasileira, o que acarreta uma falta de conhecimento sobre como está desenvolvendo-se saúde mental na atenção primária desta região brasileira. Procurou-se ainda investigar quanto ao **design** dos artigos, ressaltando-se uma predominância de pesquisas originais, num total de onze (58%), seguido por artigos de revisão num total de cinco (26%) e apenas três (16%) relatos de casos. Nota-se que, na amostra pesquisada, não houve nenhum artigo que trata deste assunto seguindo o modelo metanálise, nem artigo opinativo.

O presente estudo apontou uma questão importante quanto aos critérios de inclusão/exclusão. Um total de 38 artigos não se adequou aos critérios de inclusão, sendo a maioria (40%) por não se tratarem de atenção primária, pois muitos dos artigos embora respondessem ao descritor *primary health care*, na realidade não tratavam exatamente de atenção primária, sendo, muitas vezes, o foco da pesquisa um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com o Ministério da Saúde¹, o serviço de média complexidade, onde acreditamos que o CAPS deva se inserir, “compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico”. Além disso, destacamos que dos 27 que foram excluídos a maioria não foi aceita por não abordarem trabalhos com foco **multidisciplinar** (48%). Tendo consciência de que o modelo de assistência em atenção primária para a saúde mental idealizado pelo Ministério da Saúde tem como uma de suas principais vertentes a multidisciplinaridade, percebe-se que muitos dos trabalhos desenvolvidos no serviço de saúde brasileiro ainda não conseguem manter-se dentro deste padrão de atendimento no cuidado ao usuário, razão pela qual talvez existam poucas produções científicas que abordem o aspecto da multidisciplinaridade.

Pensando no atual quadro de atendimento de saúde mental em atenção básica, foram avaliados meticulosamente cada um dos artigos que foram incluídos após estas etapas de refinamento da

pesquisa e encontraram-se muitas mazelas neste serviço se o compararmos com o que é preconizado pelo Ministério. As que mais frequentemente foram identificadas nos artigos foram a falta de preparo dos trabalhadores seja ela emocional ou profissional para lidar com saúde mental, a perpetuação do modelo biomédico, a preferência a assistência especializada e/ou individual, problemas na relação entre a equipe ou rede, entre outras.

A medicalização, hospitalização e persistência do modelo biomédico foram alguns dos tópicos que mais se fizeram presentes, o que mostra que embora haja uma atual tentativa de transformação do modelo de atenção à saúde mental, ainda persiste um modelo de saúde que se tornou antiquado perante a reforma psiquiátrica e outros tantos movimentos.

O Programa de Saúde da Família (PSF) deveria ser usado como uma estratégia para a implementação da reforma psiquiátrica, visando a mudança dos modelos de atenção através da vigilância, prevenção e promoção de saúde. O cuidado deve estar focado na pessoa e não na doença, com o apoio de familiares que, concomitante a esse novo modelo de atenção, devem ajudar o usuário fragilizado a encontrar recursos saudáveis, desta forma evitando a internação. Contudo, há uma grande dificuldade de desenvolvimento de ações no âmbito social. Embora sejam poucas essas ações, as que existem exigem um domínio específico dos profissionais em saúde mental^{6,7}.

A falta de preparo seja ele emocional ou profissional por parte dos trabalhadores da atenção primária para lidar com saúde mental foi outro fator bastante encontrado nos trabalhos científicos. Este seria um dos principais entraves para o pleno cuidado dos pacientes com transtorno mental e também para o desenvolvimento do modelo preconizado pelo ministério da saúde. Para Scóz⁸, “a substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através de capacitação, se instrumentalizar para permitir a viabilização do novo modelo assistencial”. Existe a necessidade da adaptação aos parâmetros de atendimento preconizados pela reforma psiquiátrica, todavia para que isso se concretize é necessário que o profissional também esteja capacitado para isso. Uma das ferramentas que atualmente tem sido utilizada na tentativa de aperfeiçoar o aten-

dimento destes profissionais é o apoio matricial que consiste no auxílio de outros profissionais e especialistas à equipe de referência para que ela possa estar capacitada a assistir seus pacientes sem a necessidade do encaminhamento ao especialista, o que acaba por inverter o sistema tradicional de encaminhamentos⁹.

O presente estudo ainda destacou vários casos em que a dificuldade de implementação do apoio matricial na atenção primária foi justamente atribuída à insegurança dos profissionais em lidar com um tipo de demanda das quais não se encontram familiarizados. Por este motivo, se sentem despreparados para atender a demanda, o que acarreta inúmeros encaminhamentos para um tratamento especializado. Contudo, segundo Figueiredo e Campos¹⁰, os atendimentos conjuntos com o profissional matricial podem vir a ser uma ferramenta de capacitação. Pode ser uma forma em que as equipes vivenciam técnicas de intervenção no campo da saúde mental, lidando com situações de exclusão social, violência, luto, as mais diversas perdas, que não devem ser encaminhadas e sim acolhidas durante a própria consulta clínica.

Um dos fatores que havia sido citado anteriormente e que também deve ser ressaltado por sua frequente presença nos artigos (36.8%, 7 artigos) foi a questão dos problemas de relação entre as equipes ou entre a própria rede de cuidado. Sabe-se que relações interpessoais podem ser complicadas, todavia acredita-se que, como isto ocorreu em diferentes equipes de diferentes locais, pensa-se que estas dificuldades também estejam relacionadas com a fragilidade do sistema atual. Os pacientes com sofrimento psíquico acabam sendo encaminhados para os especialistas como rotina, pois, conforme já explicitado, as equipes não se sentem preparadas para atender tal demanda. Assim estes especialistas, psicólogos e psiquiatras, acabam também tendo uma grande quantidade de pacientes, sem poder atender a todos, gerando uma sobrecarga de trabalho para estes profissionais e insatisfações quanto ao funcionamento da rede de apoio. Para Figueiredo e Campos¹¹, “O grupo (profissionais de saúde mental) destaca o problema da definição de responsabilidades e, com isso, os vários encaminhamentos gerados.” Pensa-se que essas dificuldades de articulação também se apresentam como obstáculos para os usuários, pois longas filas de espera são geradas podendo ocasionar recidivas de crises e internações. De acordo com Caçapava¹² diante do modelo assistencial configurado no território, o usuário

em sofrimento psíquico pode esperar longo tempo para a consulta de referência. Esta morosidade no atendimento propicia o surgimento de crises e recidivas, gerando grande demanda de saúde mental aos serviços de emergência.

CONCLUSÃO

Em concordância com o que foi exemplificado nos artigos analisados por este estudo, percebe-se uma regionalização das produções científicas que são desenvolvidas em maior quantidade na região Sudeste do Brasil e que a região Norte está deficiente quanto a estudos científicos que abordem saúde mental na atenção básica. Além disto, parece haver uma preferência quanto à realização de pesquisas originais nesta área de estudo e em segundo plano de artigos de revisão e relatos de caso, em detrimento das metanálises e artigos opinativos.

Quando refletimos a cerca do conteúdo propriamente dito dos artigos analisados, os resultados mostram que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas no caminho entre o modelo de atenção primária em saúde mental idealizado pelo Ministério da Saúde e o que tem sido praticado na saúde pública. Por consequência, o que foi preconizado pela reforma psiquiátrica ainda não foi implementado de forma satisfatória na atenção primária brasileira. Tem-se como os principais motivos para este desencontro entre a teoria e a prática da atenção à saúde mental na rede básica a falta de capacitação dos trabalhadores da rede básica, além de problemas na articulação entre serviços de atenção básica e suas redes de apoio, o que acaba por ocasionar a valorização da assistência especializada e a perpetuação da modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicalizante.

Quando detalhados tais aspectos nos artigos, encontra-se sentimentos como medo, discriminação e/ou sensação de incapacidade em relação ao transtorno mental, o que demonstra o quanto importante são as estratégias de capacitação das equipes de saúde básica. Fica evidente a necessidade do incentivo na formação das equipes para que esses profissionais possam aprender sobre o cuidado à saúde mental e sentirem-se seguros quanto a essa prática para que por fim, desprovidos da insegurança e do preconceito, tenham todas as ferramentas necessárias para inserir em suas rotinas a assistência ao doente com transtorno psíquico. Além disto, acredita-se que a partir do momento em que a equipe estiver capacitada para

tratar a saúde mental e ciente desta problemática, suas relações entre a própria equipe e, principalmente, entre a equipe e o restante de sua rede de apoio irão se aperfeiçoar. Acredita-se que se o trabalhador tem consciência de suas responsabilidades e potencialidades frente a tais situações, poderá resolvê-las com mais eficiência no que lhes

competem, delegando menos trabalho ao profissional especializado ou mesmo ao colega de equipe. Sendo assim, para finalizar, propõe-se uma constante reflexão sobre os modelos nacionais vigentes para que se promova cada vez mais uma atenção integral acessível a qualquer demanda de saúde mental na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF); 2005.
2. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS DE A à Z. Brasília (DF) 2009.
3. Boletim do Instituto de Saúde Nº45. Saúde Mental. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2008.
4. Higgins JP, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1. The Cochrane Collaboration; 2011.
5. Verhagen AP, de Vet HC, de Bie RA, Kessels AG, Boers M, Bouter LM et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *J Clin Epidemiol.* 1998 Dec;51(12):1235-41.
6. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. *Interface Comun Saúde Educ.* 2001; 5:143-146.
7. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública.* 2007 Out;23(10):2375-2384.
8. Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde de família. *Revista Eletrônica de Enfermagem [periódico on-line]* 2003 [capturado 2012 fev 3]; 5(2):[7 telas]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/>
9. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em saúde coletiva, 2011.
10. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate.* 2008 Jan/Dez;32(78,79,80):143-149.
11. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(1):129-138.
12. Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008 dez;29(4):573-580.