

Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro

Leandro David Wenceslau^(a)
Francisco Ortega^(b)

Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.

This paper presents a theoretical analysis on the integration of mental health within primary care from the perspective of the objectives and strategies of Global Mental Health (GMH). This task is divided into two parts. The first part is dedicated to international review studies on the subject and the second deals with Brazilian regulatory and scientific publications about the issue. The international studies corroborate the integration of mental health within primary health care (PHC) as a fundamental strategy for reaching the goals of GMH. In the Brazilian scenario, this topic is important for policies and research within mental health, but the objective of this integration and the ways in which it is put into operation require better definition. We conclude by pointing out some obstacles that prevent PHC from occupying a strategic role regarding mental health actions within the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Mental health. Primary healthcare. Global mental health. Family Health Strategy.

Este artigo apresenta uma análise teórica sobre a integração da saúde mental na atenção primária sob a perspectiva dos objetivos e estratégias da Saúde Mental Global (*Global Mental Health - GMH*). Esta tarefa é dividida em duas partes. A primeira parte é dedicada a estudos internacionais de revisão sobre o tema, e a segunda trata de publicações normativas e científicas brasileiras que tocam a questão. Os estudos internacionais ratificam a integração da saúde mental na atenção primária à saúde como estratégia fundamental para o alcance dos objetivos do GMH. No cenário brasileiro, o tema é relevante para as políticas e pesquisas em saúde mental, porém, os objetivos desta integração e suas formas de operacionalização demandam melhor definição. Nas conclusões, apontamos obstáculos para que a APS possa ocupar um papel estratégico para as ações de saúde mental no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Saúde Mental Global. Estratégia Saúde da Família.

^(a) Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Av. P. H. Rolfs, s/n, Campus Universitário. Viçosa, MG, Brasil. 36570-900. leandro.david@ufv.br

^(b) Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ortega@ims.uerj.br

Introdução

Saúde Mental Global (*Global Mental Health* - GMH) é um campo de estudos e de práticas que objetivam reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental em escala global¹. Esta disciplina tem entre seus principais focos²: levantar informações sobre o impacto dos transtornos mentais nas populações, analisar o atual estado do acesso e da qualidade dos tratamentos ofertados em distintas localidades do planeta, e propor/avaliar intervenções que busquem superar as dificuldades encontradas nesta oferta, garantindo os melhores cuidados disponíveis para estas condições^{3,4}. Estas questões são abordadas numa perspectiva global, destacando a dimensão de injustiça e de desrespeito aos direitos humanos que subjaz às desigualdades da atenção à saúde mental entre os países de alta, média e baixa renda e dentro deles^{5,6}. Também são consideradas as complexas questões culturais que envolvem o diagnóstico e as múltiplas modalidades de abordagem dos transtornos mentais nas diversas populações⁷.

Em 2007, uma série de artigos denominada *Global Mental Health* foi publicada na revista britânica *The Lancet*⁸⁻¹³. Esta série dirige o foco da saúde global para os transtornos mentais. Nestes trabalhos, os pilares do *Global Mental Health* são fortemente fundamentados em evidências científicas. Os cinco primeiros artigos⁸⁻¹² documentaram os seguintes tópicos: a carga e o impacto sanitário dos transtornos mentais; a evidência de tratamentos efetivos; as necessidades de cuidados não atendidas nos países classificados pelo Banco Mundial como de baixa e média renda – LAMIC, *low and middle income countries*; a grave escassez e iníqua distribuição de recursos, e as barreiras para ampliação dos serviços de saúde mental. O último artigo¹³ foi um 'chamado à ação' com o objetivo de ampliar a cobertura de serviços para pessoas com transtornos mentais (fundamentado cientificamente em evidências e, eticamente, no respeito pelos direitos humanos destas pessoas) e de aumentar os investimentos em pesquisas que identifiquem e respondam às novas questões que surgem deste processo de ampliação.

Entre 1990 e 2010, os transtornos mentais e comportamentais responderam por cerca de um quarto de todos os anos perdidos por incapacidade – YLDs – no mundo. No mesmo período, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – DALYs – atribuíveis a transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias aumentaram 38% e representam 7,4% da carga mundial total de problemas de saúde¹⁴. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2020, a depressão deva ser a segunda mais importante causa de incapacidade, depois das doenças isquêmicas cardíacas¹⁵. Três quartos da carga global de doença mental estão em países nos LAMIC¹⁶.

Um dos principais alvos de análise e intervenções em GMH é o chamado *gap* ou hiato terapêutico (*mental health gap*)¹⁷. Trata-se da constatação de que parte importante das pessoas com transtornos mentais não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida e diagnosticada com estes problemas. Existem tratamentos eficazes para a maioria dos transtornos mentais¹⁸, porém muitos pacientes não têm acesso a eles. A média global de *gap* de tratamento para esquizofrenia é estimada em 32,2% e em 56% para depressão¹⁹. Nos países classificados entre os LAMIC, até três entre quatro pessoas com problemas mentais não recebem o tratamento adequado, podendo chegar a 90% na África Subsaariana. Estes dados não surpreendem, visto que, apesar de abrigarem mais de 80% da população mundial, nestes países, são investidos menos de 20% de todos os recursos globais gastos com assistência à saúde mental; e o orçamento em saúde mental não ultrapassa 2% do orçamento total investido em saúde^{2,3,20}.

Em trabalho de revisão, Rebello et al.¹⁴ apontam três estratégias que têm o potencial de reduzir substancialmente o *gap* de tratamento e, conseqüentemente, a carga de doença produzida pelos transtornos mentais: a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde; o compartilhamento e delegação de tarefas (*task sharing e task shifting*); e a incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental. A integração entre saúde mental e atenção primária pode cumprir um papel importante na redução do estigma e na abordagem da falta de sistemas estabelecidos de saúde mental em diversos países e localidades. O compartilhamento e a delegação de tarefas podem reduzir custos e a quantidade de profissionais de saúde necessários para suprir as demandas no nível da atenção primária. As inovações tecnológicas têm capacidade para expandir o alcance dos serviços, cortar custos e, também, reduzir o estigma.

Patel et al.²¹ realizaram um inquérito mundial por meio de questionários abertos com líderes acadêmicos em psiquiatria membros da *World Psychiatric Association*, em amostra que incluiu representantes de sessenta países. As perguntas procuravam identificar: as condições psiquiátricas prioritárias nas regiões dos entrevistados, os tratamentos disponíveis para estes transtornos, papéis dos profissionais de saúde envolvidos, e sugestões de estratégias para melhorar o acesso aos cuidados em saúde mental e para promover comportamentos de procura de ajuda e aderência a tratamentos de longo prazo. As opiniões dos pesquisados apontaram três estratégias principais para reduzir o *gap* de tratamento: aumentar o número de psiquiatras e outros profissionais de saúde mental; aumentar o envolvimento de uma série de profissionais não especialistas adequadamente treinados; e estimular a participação ativa de pessoas afetadas por transtornos mentais no processo de garantia de seus direitos.

O papel de profissionais não especialistas em saúde mental, mais especificamente, de profissionais da atenção primária à saúde, é, portanto, elemento fundamental para o alcance dos objetivos de garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais e qualificação assistencial, apontados pelo GMH²². O reconhecimento da integração da saúde mental na atenção primária como uma prioridade da agenda do GMH amplia a necessidade de estudos sobre: como esta integração deve acontecer, de que forma os atores envolvidos se veem neste processo, e quais são suas demandas e dificuldades para alcançar os objetivos desejados, considerando as complexas particularidades locais e regionais existentes.

Saúde mental na atenção primária: fundamentos e desafios

A atenção primária à saúde (APS) é definida como o nível do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados necessários para os seus problemas de saúde mais prevalentes, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de saúde, com capacidade resolutiva para cerca de 80% destes problemas. A APS deve ser, também, o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária, e da competência cultural dos profissionais^{23,24}.

O documento *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, editado em conjunto pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)²⁵, reúne diretrizes globais e relatos de experiências exitosas, de diversos países, de integração entre saúde mental e APS. O documento é dividido em duas partes. Na primeira parte, são apresentados princípios gerais que fundamentam esta integração e, na segunda, são descritas experiências desta integração em diversos países do mundo. Quanto aos princípios, o documento pontua que, num sistema hierarquizado de saúde, a APS deve incluir, rotineiramente, entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e, por fim, a prevenção e promoção da saúde mental.

Salienta-se, também, que a continuidade do cuidado é um elemento central de uma atenção primária efetiva; e quando há um relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária tende a aumentar. Os serviços de atenção primária são, geralmente, os mais acessíveis, disponíveis e aceitos pelas comunidades. Onde a saúde mental está integrada como parte desses serviços o acesso melhora, os transtornos mentais são mais facilmente identificados e tratados e a comorbidade de problemas físicos e mentais também é manejada de forma mais adequada²⁵.

São destacadas sete principais razões para integração da saúde mental à atenção primária: (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme *gap* terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos²⁵.

Patel et al.²⁶ realizaram revisão sobre o tema, organizando as questões envolvidas em três tópicos: por que integrar? O que integrar? Como integrar? São propostas três justificativas principais para integração. Primeiro, a impossibilidade de oferecer especialistas em saúde mental em número suficiente para atender aos casos estimados de transtorno mental, especialmente em países de média e baixa renda. Mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, apenas dois em cada dez adultos com transtornos mentais comuns são tratados por especialistas a cada ano, os demais são atendidos nos serviços de atenção primária. Segundo, neste nível de atenção, há a possibilidade de tratamento integrado, centrado no paciente e efetivo, em que problemas físicos, mentais e psicossomáticos são abordados em conjunto por uma equipe de profissionais treinada para este tipo de atendimento. Terceiro, os cenários da atenção primária, por seguirem um perfil mais generalista e integrado, são mais atrativos a pacientes e familiares preocupados com o estigma que ainda é associado aos diagnósticos mentais e de abuso de substâncias e aos equipamentos especializados em tratamentos de indivíduos com transtornos mentais graves.

Para estes autores, o objeto da integração deve ser o cuidado dos problemas mentais comuns dentro da rotina para pessoas afetadas por outras doenças ou condições físicas, com atenção especial para: câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, HIV/Aids e atenção pré-natal e materna. Sobre os caminhos para integração, denota-se a necessidade de um planejamento detalhado com prioridades, objetivos e estratégias realistas, definidos e estabelecidos com a participação de todos os atores envolvidos. Uma discriminação pormenorizada das tarefas e responsabilidades de cada profissional também é outro elemento fundamental para integração, acompanhada de padronização que facilite a operacionalização dos fluxos de tratamento e referenciamento. Como exemplo, é citado o modelo de *collaborative care*, que apresenta evidências de estudos realizados em países de alta renda, demonstrando ser mais efetivo que o cuidado tradicional com encaminhamento ao especialista²⁶.

Em três editoriais da revista *Mental Health in Family Medicine*, o tema da integração é amplamente debatido^{15,27,28}. Os trabalhos repetem algumas informações centrais. Afirmam que ofertar cuidados em saúde mental na atenção primária significa garantir que as pessoas que precisam destes cuidados poderão acessá-los próximo às suas casas, sem comprometer seus vínculos familiares, de trabalho e de suporte social, que podem ser fontes importantes de recuperação. Na maioria dos países, os serviços primários são disponibilizados de forma gratuita ou a menor custo do que o serviço especializado. A menor probabilidade de promover estigma ou preconceito, novamente, é apontada como uma das vantagens. Os resultados terapêuticos neste nível de atenção têm sido avaliados como equivalentes ou melhores do que no nível especializado. As razões para estes resultados incluem: a possibilidade do tratamento integrado das doenças mentais como comorbidades de doenças físicas e a longitudinalidade dos cuidados primários. O acompanhamento contínuo, do nascimento até a morte, que caracteriza este modelo de atenção, possibilita a construção de um vínculo crescente entre paciente e profissional, com evolução da compreensão dos problemas do paciente e melhor aderência ao tratamento.

Diante do questionamento da capacidade da atenção primária em oferecer os cuidados adequados à saúde mental, seja por falta de tempo entre tantas outras demandas de saúde, seja por falta de conhecimento técnico dos profissionais, são apresentadas evidências contrárias. Depois de programas educativos, os médicos da atenção primária manejam satisfatoriamente os transtornos mentais, e não diferem dos especialistas em sua capacidade de reconhecer estes transtornos¹⁵.

Mendenhall et al.¹⁶ desenvolveram amplo estudo qualitativo internacional sobre compartilhamento e delegação de tarefas de saúde mental para profissionais de saúde da atenção primária. Realizaram-se grupos focais em distritos de cinco países de média e baixa renda na África e Ásia – Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul e Uganda –, entrevistando gestores distritais, profissionais em área e outros atores envolvidos. Os autores concluem que a inserção da saúde mental na atenção primária, por meio desse processo, é possível se algumas condições forem atendidas: mais recursos humanos e acesso a medicação; supervisão e suporte contínuos no nível comunitário e da atenção primária; e capacitação e compensação adequadas para profissionais de saúde envolvidos no compartilhamento de tarefas.

Patel²⁶, Rebello¹⁴ e seus colaboradores listam alguns riscos possíveis neste processo. Alguns tipos de transtornos mentais podem ser negligenciados nas abordagens de integração. Psicose crônica, transtornos mentais infantis, como autismo, desordens neuropsiquiátricas, como epilepsia, demência

e sequelas de lesões cerebrais são transtornos que, reunidos, respondem por, ao menos, metade da carga de doença dos diagnósticos neuropsiquiátricos. A ausência de estudos demonstrando a efetividade da integração com a atenção primária para a atenção a estes transtornos não deveria, mas pode levar a algum tipo de negligência do seu atendimento. Pelo contrário, a falta de pesquisas deveria colocar estes temas como prioridade da agenda científica. Outros problemas potenciais são: a sobrecarga de sistemas de saúde já muito debilitados, como em países que vivem situações de pós-conflito ou instabilidade governamental e fiscal, e a necessidade de mais evidências sobre a integração em países de média e baixa renda.

Por outro lado, existe concordância entre estes autores^{14,26} sobre as principais condições para que a integração da saúde mental na APS possa ocorrer: legislação e políticas específicas que ordenem e viabilizem financeiramente as redes de saúde para realizar este processo; um sistema de atenção primária, previamente estabelecido e eficiente; propostas que considerem particularidades locais da rede de saúde mental e da população atendida; treinamento dos profissionais envolvidos; suporte contínuo de especialistas, equipamentos especializados de referência e medicamentos ofertados de forma organizada com fluxos e responsabilidades bem definidos.

A integração da saúde mental na atenção primária no Brasil

No Brasil, o SUS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, tem, na estratégia de saúde da família (ESF), seu modelo de APS – ou atenção básica, como também é designado este nível do sistema de saúde nas políticas públicas brasileiras²⁹. A estratégia de saúde da família é implementada por meio de uma equipe de saúde da família formada por: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número proporcional ao número de pessoas atendidas (no máximo, 12 ACS por equipe; no máximo, setecentos e cinquenta pessoas por ACS). Esta equipe é responsável por oferecer serviços de APS à população de um determinado território delimitado geograficamente, levando em conta, também, aspectos culturais, econômicos e de acessibilidade à equipe, entre outros. A média populacional recomendada para cada equipe é de três mil pessoas, com o máximo de quatro mil.

O papel da atenção básica e da ESF na saúde mental é abordado em diversos documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS. A Portaria nº 224 de 1992³⁰ é a primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS, e apresenta as unidades básicas de saúde e os centros de atenção psicossocial (CAPS) como serviços preferenciais, não hospitalares de atenção à saúde mental. A Lei nº 10.216 de 2001³⁰ é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil, garantindo, aos portadores de transtorno mental: acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, e tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental.

A Portaria nº 336/2002³⁰ do Ministério da Saúde delibera de forma detalhada sobre o modelo de atuação dos CAPS, que passaram a ser organizados em três modalidades, em ordem crescente de porte/complexidade e abrangência, porém não há orientações sobre o papel da atenção básica. É descrito que os CAPS têm entre suas atribuições: “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (p. 126).

Ainda que, nestes documentos, não existam orientações operacionais específicas para a APS, a atenção básica é apontada como *locus* fundamental da rede de atenção em saúde mental. Em *Reforma Psiquiátrica e política saúde mental no Brasil*³¹, destaca-se que as equipes de atenção básica, por sua proximidade com famílias e comunidades, “se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (p. 33). O documento também aponta que: “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” (p. 33). Segundo esta publicação, o Ministério da Saúde viria estimulando, nas políticas de atenção básica, diretrizes inclusivas da dimensão subjetiva do usuário e o atendimento aos problemas mais frequentes de saúde mental.

Em *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*³², aponta-se que a saúde mental deve ser organizada segundo um modelo de rede de cuidados, do qual o CAPS não é o único dispositivo, somando-se a eles, entre outros, a atenção básica. Em municípios com menos de vinte mil habitantes, a rede de saúde mental pode ser estruturada a partir das unidades de atenção básica. Três eixos são descritos para organização da saúde mental na atenção básica: (1) apoio matricial às equipes de atenção básica; (2) formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica; (3) inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica.

O apoio matricial é proposto como arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e a principal estratégia de qualificação da ESF para atender às demandas de saúde mental da população. Uma equipe técnica responsável pelo apoio matricial compartilha casos com equipes de saúde da família, por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos compartilhados³².

Todavia, ainda que o apoio matricial já fosse apontado, em 2003, como a principal diretriz assistencial em saúde mental na atenção básica, somente em 2008, uma portaria específica – 154/2008³³ – instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são formados por equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, cujo objetivo é oferecer apoio matricial a um número fixo de equipes de saúde da família, em alguns eixos temáticos prioritários: atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; *saúde mental*; saúde da criança; saúde da mulher; e assistência farmacêutica. Uma equipe do NASF não tem modelo de formação único, devendo reunir profissionais de diversas áreas, estando, entre as possibilidades, psiquiatras e psicólogos. No entanto, sobre a composição da equipe, a portaria faz a seguinte recomendação: “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental”³³.

Para subsidiar o matriciamento em saúde mental na atenção básica, o Ministério da Saúde publicou o *Guia prático de matriciamento em saúde mental*³⁴, com sugestões de formas de operacionalizar o trabalho em parceria com os profissionais especialistas em saúde mental matriciadores e as equipes de saúde da família matriciadas. Este trabalho pode envolver: interconsultas, isto é, atendimento em conjunto de pacientes por profissionais do NASF e da ESF, visitas domiciliares, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos, intervenções em grupos, atividades educativas com a ESF, entre outros, desde que não se estabeleça uma relação de encaminhamento entre NASF e ESF, e que o NASF não funcione como porta de entrada para os usuários.

A atual Política Nacional de Atenção Básica²⁹ reforça o NASF como componente da atenção básica, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações deste nível da atenção, bem como sua resolubilidade. Entretanto, não é feita nenhuma menção específica ao papel da atenção básica na saúde mental.

Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída como estratégia de atenção à saúde mental no âmbito do SUS³⁵. Sua finalidade é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. A RAPS reúne os diversos equipamentos públicos envolvidos nos cuidados à saúde mental, atribuindo-lhes diferentes responsabilidades e apontando diretrizes de operacionalização e integração. A RAPS é composta: pela ESF, CAPS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares psiquiátricos, serviços de residência terapêutica, programa “De volta para casa”, centros de convivência e comunidades terapêuticas. Estes serviços foram vinculados aos seus diferentes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial.

Entre publicações científicas nacionais, quatro trabalhos nacionais abordam diretamente, em seus títulos, o tema integração da saúde mental na atenção básica ou saúde da família. Nunes et al.³⁶ realizaram um estudo com duas vertentes, uma teórica e outra empírica. Na parte teórica, buscaram estabelecer confluências entre os princípios da reforma psiquiátrica e da saúde da família. Orientadores simultâneos das ações do modelo psicossocial de cuidado e do PSF foram encontrados:

na integralidade da atenção, na participação social, na ampliação do conceito de saúde-doença, na interdisciplinaridade do cuidado e na territorialização das ações. Na frente prática do estudo, foram realizados: uma etnografia em uma unidade de saúde da família com quatro equipes, grupos focais, e entrevistas individuais com os profissionais destas equipes. Os resultados apontaram que, apesar das confluências teóricas, quase inexistem práticas de saúde mental nas equipes estudadas. As razões apontadas para esta observação foram: o desconhecimento da reforma psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF, a não-identificação, por parte da população, de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas, a falta de condições para o atendimento no PSF, incluindo falta de medicações psiquiátricas, e a inexistência de uma rede em saúde mental que funcione como retaguarda e permita uma referência rápida em casos de necessidade.

Souza e Rivera³⁷ realizaram uma revisão bibliográfica nacional sobre o tema da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Tomando como meta os objetivos da reforma psiquiátrica, os autores citam o CAPS como equipamento sanitário ícone deste processo, mas indicam a integração da saúde mental na atenção básica, baseada nas três diretrizes do documento *Saúde mental e atenção básica*³² como caminho fundamental para ampliação da atenção psicossocial no Brasil. Também analisam as semelhanças entre os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto a atenção básica: a articulação de conhecimentos e práticas, o acolhimento dos usuários; a responsabilização pela clientela atendida no território; o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos; e a integralidade do cuidado.

Correia et al.³⁸ realizaram revisão sistemática de literatura nacional sobre o tema: *atenção à saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares assistidos pelos profissionais da equipe de saúde da família*. De 131 resumos, foram selecionados 17 artigos: 12 relatos de pesquisas realizadas com um ou mais membros da equipe do PSF, dois relatos de experiência, duas reflexões teóricas, e uma revisão de literatura. Após leitura, emergiram quatro temas centrais sobre as ações desenvolvidas no PSF: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo e acolhimento; encaminhamento e oficinas terapêuticas. Os autores concluíram que as ações de saúde mental na atenção básica estudadas não apresentam uniformidade em sua execução e dependem de mobilização individual dos profissionais ou de decisão política do gestor local. A melhor estratégia observada para conseguir êxito na assistência ao doente mental no PSF foi o investimento na qualificação dos profissionais por meio de educação e capacitação permanente nesta área.

O trabalho de Souza et al.³⁹ é uma revisão narrativa da literatura nacional sobre trabalhos que abordaram saúde mental na estratégia saúde da família entre os anos de 1999 e 2009. Selecionaram-se 38 artigos: 27 relatos de pesquisa, seis relatos de intervenção e cinco ensaios teóricos. Os autores identificaram seis temas mais frequentemente abordados nas pesquisas: demandas em saúde mental dirigidas à APS; percepções e práticas dos profissionais quanto à saúde mental; relações entre CAPS e ESF; experiências dos agentes comunitários de saúde e atuação dos psicólogos na ESF. Os estudos denotaram problemas como: visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, predominância da lógica manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificados às famílias, e de integração em rede.

Estudos mais recentes de revisão⁴⁰⁻⁴² têm se dirigido à análise do matriciamento em saúde mental das equipes de saúde da família. As três revisões apontaram para o matriciamento como dispositivo importante para a qualificação dos cuidados em saúde mental oferecidos pela ESF, por: melhorar o conhecimento técnico dos profissionais em saúde mental, ampliar a oferta terapêutica das equipes com ferramentas psicossociais, e dar suporte às equipes para construir fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes com outros serviços da rede de saúde. Ao mesmo tempo, há várias dificuldades neste processo envolvendo: os interesses e prioridades diversos dos profissionais envolvidos, a tensão entre quantidade e qualidade dos serviços prestados na ESF, e a própria capacidade da rede de responder de forma adequada às necessidades terapêuticas dos usuários. As três revisões também concluem que, por se tratar de um processo bastante recente, são necessários mais estudos para apontar caminhos mais claros de como potencializar o matriciamento como dispositivo de integração da saúde mental na atenção primária.

Conclusões

As pessoas que sofrem com transtornos mentais necessitam de sistemas de saúde que atendam às suas necessidades de cuidados, com os recursos de melhor fundamentação científica disponível. A produção acadêmica reunida pelo GMH mostra que esses recursos psicossociais e farmacológicos são custo-efetivos e devem ser acessíveis para todas as pessoas do planeta. O caminho para alcançar este objetivo só é possível, num menor prazo e de maneira sustentável, por meio de uma atenção primária forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, seja a base da atenção à saúde mental.

A literatura internacional afirma que a integração é a principal estratégia global de ampliação do acesso à saúde mental, apontando diversas evidências que demonstram as vantagens e viabilidade deste modelo. Ao mesmo tempo, é repetida a necessidade de estudos mais potentes e detalhados sobre as experiências em curso, sobretudo, demonstrando impacto epidemiológico, desfechos clínicos favoráveis, custo-efetividade e caminhos para os impasses culturais envolvidos.

Por outro lado, a análise realizada sobre as principais portarias e orientações técnicas do Ministério da Saúde, neste tema, sinaliza que, sim, no SUS, reconhece-se que a atenção básica tem um papel fundamental na atenção à saúde mental. Todavia, não ficam estabelecidos os limites de competência entre a atenção básica e os CAPS, havendo uma dupla porta de entrada no sistema para este perfil de demanda. Além disso, o apoio matricial em saúde mental por intermédio dos NASF é o principal mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento. Este fato, porém, provoca a dúvida se esta deveria ser a única, ou, mesmo, se é a melhor forma de promover esta qualificação.

Os estudos nacionais evidenciaram a existência de diversas investigações sobre o tema, mas há pouca congruência nas perguntas orientadoras e nas metodologias. Os resultados apontam diversas dificuldades da ESF em lidar com os problemas de saúde mental, e o apoio matricial tem sido proposto e avaliado como a principal resposta a estes problemas. Há, porém, algumas questões pouco exploradas que nos parecem merecer destaque.

Uma melhor estruturação da ESF, como APS eficaz e resolutiva para os problemas de saúde mais prevalentes e incapacitantes da população, incluindo os transtornos mentais, não seria uma resposta mais efetiva? Isto é, os profissionais estão despreparados apenas para lidar com transtornos mentais ou há um despreparo geral para se realizar uma APS de qualidade, que também é refletido na saúde mental? O modelo de uma atenção básica centrada em programas ou em áreas da saúde – saúde mental, saúde da criança, entre outros – diverge da proposta de uma APS que funcione como principal porta de entrada do sistema e não ‘escolhe’ ou classifica os usuários que atenderá de acordo com os programas e recursos de que dispõe, mas acolhe e oferece respostas de integralidade e coordenação de cuidado independente de qual seja o problema do usuário. Tanto as publicações oficiais quanto as pesquisas apontaram para analisar a saúde mental como um campo isolável do funcionamento de toda a APS, um movimento político e epistêmico que não considera a necessidade de que, para que a própria integração com a saúde mental funcione, é necessária uma APS forte e estruturada preexistente, ou minimamente, em estruturação concomitante.

A presença de profissionais com formação própria para APS (médicos com especialização em medicina de família e comunidade e enfermeiros com especialização em saúde da família) é um diferencial na qualidade dos serviços de saúde mental. A necessidade de que a APS seja desenvolvida por profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família é um dos fundamentos deste nível do sistema nos principais sistemas públicos universais de saúde do mundo, que adotam a APS como seu nível orientador e organizador, porém este é um tema que recebe pouca atenção nas publicações nacionais.

O GMH oferece, para os desafios da integração da saúde mental na APS no cenário brasileiro, a perspectiva de lidar com estes desafios a partir de estratégias centradas em superar as desigualdades do acesso e qualidade dos serviços em saúde mental, que só podem ser concretizadas pelo protagonismo da própria APS. Esta perspectiva tem o potencial de ampliar e reordenar os eixos que

têm sido adotados para esta integração no SUS, deixando a Estratégia de Saúde da Família de ser um coadjuvante dos CAPS para responder às necessidades de saúde mental da população, para assumir lugar de coordenação e integralidade, com o apoio dos CAPS e NASF, para efetivar esta resposta.

Colaboradores

Leandro David Wenceslau responsabilizou-se pelo levantamento e análise das referências e pela redação final do artigo. Francisco Ortega responsabilizou-se pela revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Patel V, Prince M. Global Mental Health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010; 303(19):1976-7.
2. Patel V. Global Mental Health: from science to action. *Harvard Rev Psychiatr*. 2012; 20(1):6-12.
3. Becker AE, Kleinman, A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med*. 2013; 369(1):66-73.
4. Collins PY, Patel V, Joestl S, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011; 475(7354):27-30.
5. Patel V. Beyond evidence: the moral case for International Mental Health. *Am J Psychiatr*. 2006; 163(8):1312-5.
6. Kleinman A. Global Mental Health: a failure of humanity. *Lancet*. 2009; 374(9690):603-4.
7. Cohen A, Patel V, Minas H. A brief history of global mental health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M, organizadores. *Global Mental Health: principles and practice*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 3-26.

8. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007; 370(9592):1061-77.
9. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle income countries. *Lancet*. 2007; 370(9591):991-1005.
10. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
11. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. *Lancet*. 2007; 370(9593):1164-74.
12. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007; 370(9590):878-89.
13. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scaling up services for mental disorders - a call for action. *Lancet*. 2007; 370(9594):1241-52.
14. Rebello T, Marques A, Gureje O, Pike K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Curr Opin Psychiatr*. 2014; 27(4):308-14.
15. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(2):67-9.
16. Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci Med*. 2014; 118(2014):33-42.
17. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. Treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004; 82(11):858-66.
18. World Health Organization. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: WHO; 2010.
19. De Silva MJ, Lee L, Fuhr DC, Rathod S, Chisholm D, Schellenberg J, et al. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):341-53.
20. World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: WHO; 2013.
21. Patel V, Maj M, Flisher AJ, De Silva MJ, Koschorke M, Prince M, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatr*. 2010; 9(3):169-76.
22. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*. 2011; 378(9803):1654-63.
23. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
24. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8930):1129-33.
25. WHO. WONCA. Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008.
26. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLOS Med*. 2013; 10(5):1-6.

27. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(1):5-8.
28. Ivbijaro G, Funk M. No mental health without primary care. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(3):127-28.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
30. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5a ed. Brasília (DF): MS; 2004.
31. 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. Brasília (DF): OPAS; 2005.
32. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): MS; 2003.
33. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet] [acesso 2014 Set 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
34. Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde; 2011.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. [Internet]. Brasília; 2011 [acesso 2014 Set 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
36. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CP. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10):2375-84.
37. Souza AC, Rivera FJ. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Tempus Actas Saude Colet*. 2010; 4(1):105-14.
38. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1501-6.
39. Souza LG, Menandro MC, Couto LL, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saude Soc*. 2012; 21(4):1022-34.
40. Athié K, Fortes S, Delgado PG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Com*. 2013; 8(26):64-74.
41. Bonfim IG, Bastos EM, Góis CW, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):287-300.
42. Machado DK, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. *Cad Saude Colet*. 2013; 21(2):224-32.

Wenceslau LD, Ortega F. Salud mental en la atención primaria y Salud Mental Global: perspectivas internacionales y el escenario brasileño. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.

Este artículo presenta un análisis teórico sobre la integración de la salud mental en la atención primaria bajo la perspectiva de los objetivos y estrategias de la Salud Mental Global (Global Mental Health - GMH). Esta tarea se divide en dos partes. La primera de ellas dedicada a estudios internacionales de revisión sobre el tema y la segunda trata sobre publicaciones normativas y científicas brasileñas que tocan el tema. Los estudios internacionales ratifican la integración de la salud mental en la atención primaria de la salud como estrategia fundamental para el alcance de los objetivos del GMH. En el escenario brasileño, el tema es relevante para las políticas e investigaciones de salud mental; sin embargo, los objetivos de esta integración y sus formas de puesta en operación exigen una mejor definición. En las conclusiones, señalamos obstáculos para que la APS pueda ocupar un papel estratégico en las acciones de salud mental en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de la salud. Salud Mental Global. Estrategia Salud de la familia.

Recebido em 10/10/14. Aprovado em 31/12/14.