

Edição
do Mês

Arquivo

Internacional

Mailing
List LBP

Eventos

Instruções
aos autoresQuem
SomosCorpo
Editorial

Translate

English

Março de 2009 - Vol.14 - Nº 3

Artigo do mês

A INVISIBILIDADE DOS TRANSTORNOS MENTAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO BRASIL

THE INVISIBILITY OF THE MENTAL DISTURBANCES IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM (FHP) IN BRASIL

[Maximiliano Loiola Ponte de Souza](#)

Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz.

Médico Psiquiatra e Sanitarista, Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia.

Endereço: Rua Teresina, número 476, Bairro Adrianópolis, CEP 69057-070, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO:

Introdução: O Ministério da Saúde do Brasil (MS) vem reconhecendo as potencialidades do Programa Saúde da Família (PSF) em compor uma rede ampliada de cuidados aos portadores de transtornos mentais (TM). **Objetivo:** Identificar o registro de transtornos mentais por este programa, avaliando a quantidade de casos registrados, a capacidade de registro (CR) e a distribuição desta identificação nas diferentes macro-regiões do país. **Metodologia:** Realizou-se pesquisa eletrônica a base de dados Sistema de Informações da Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde, tendo por base o mês de dezembro de 2005. **Resultados:** Observou-se uma baixa e heterogênea CR no país e nas diferentes regiões. Apenas 79 municípios registraram casos. Em 14 estados e em 19 capitais não houve registro. **Conclusões:** Embora exista a preocupação do MS em promover uma articulação entre as ações de saúde mental e o PSF, esta parece não está se dando de forma efetiva e igualmente distribuída no país. A baixa CR encontrada no país acaba por levar a uma invisibilidade dos TM, dificultando as atividades de gestão e monitoramento das ações de saúde nesta interface entre SM e PSF.

Descritores: Programa Saúde da Família; Saúde Mental; Saúde Pública; Serviços de

ABSTRACT

Introduction: The Ministry of Health in Brazil (MH) has been acknowledging the potentialities of the Family Health Program (FHP) in comprising an extended care network for patients suffering from Mental Disturbances (MD). **Objective:** To identify the register of mental disturbances filed by this program, reviewing the quantity of registered cases, the registration capacity (RC) and the distribution of such identification throughout the different macro-regions in the country. **Methodology:** An electronic survey was carried out in the database of the Basic Care Information System of the Country's Unified Health System having the month of December 2005 as a basis. **Results:** A low and heterogeneous RC was observed both in the country and in the different regions. Only 79 municipal districts had cases registered. No registers were made in 14 States or in 19 capitals. **Conclusion:** Although there is a concern by the MH in promoting an articulation between the mental health actions and the FHP, this seems not to be effectively happening nor has it being equally distributed throughout the country. The low RC found in the country ends up leading towards an invisibility of the MD, hindering the managerial activities and the monitoring of health actions at the MS and FHP interface.

Keywords: The Family Health Program; Mental Health; Public Health; Health Services; Primary Health Care; Brazil.

Introdução

A atenção à saúde mental (SM) no Brasil é disciplinada por lei (BRASIL, 2001), que explicita o direito dos portadores de transtornos mentais (TM) a serem tratados preferencialmente em serviços comunitários, e responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento de políticas que priorizem a assistência em serviços não-asilares.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) aponta a importância de integrar a atenção primária à rede de cuidados aos portadores de TM, uma vez que esse nível de atenção funciona como um filtro entre a população geral e atenção especializada.

Em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com propósito de "reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família" (BRASIL, 1998). O PSF prioriza as ações de vigilância, prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

O MS reconheceu as potencialidades do PSF em compor uma rede ampliada de cuidados aos portadores de TM e passa a induzir, inclusive com aporte financeiro, a aproximação da SM a este programa (BRASIL, 2003).

Uma estratégia para avaliar a capacidade indutiva do MS, em aproximar a SM do PSF, seria investigar a capacidade de geração de informações nesta interface, visto que esta ação constitui-se em um aspecto relevante na gestão e monitoramento das ações em saúde. Entende-se que gerar informação relaciona-se tanto a capacidade de identificação de casos, como a preocupação com o registro, sendo um indicativo, mesmo que indireto, do grau de penetração de uma ação programática no âmbito dos serviços. Desta forma, o objetivo deste trabalho, foi identificar o registro de TM por este programa, avaliando a quantidade de casos registrados, a capacidade de registro (CR) e a variação deste registro no país.

Metodologia

Realizou-se pesquisa eletrônica a base de dados Datasus (www.data.sus.br), desenvolvida pelo MS com intuito de democratizar o acesso a informação, visando aprimorar a gestão, descentralizar as atividades e permitir o controle social, no que concerne a utilização de recursos financeiros. Nesta base, os dados foram coletados a partir do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cujos dados são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Teve-se como referência ano de 2005. Para calcular a população cadastrada pelo PSF, para cada região do país, realizou-se o somatório das populações cadastradas para cada Unidade da Federação (UF). A identificação do número de casos de TM deu-se através da soma do número de casos de "distúrbios mentais de 0 a 14 anos" com os de "mais de 15 anos". A CR de casos de TM foi calculada através da razão entre número de casos registrados e a população cadastrada, utilizando uma base de 10^5 . Foram incluídos na pesquisa os municípios informaram o número de pessoas cadastradas pelo PSF, em 2005. Os dados encontram-se sumarizados na Tabela 1, discriminados para cada região do país - Norte (N), Nordeste (NE), Centro-Oeste (CO), Sudeste (SD) e Sul (S).

Resultados

5020 municípios informaram o número de pessoas cadastradas pelo PSF em 2005, correspondendo a 90,8% da totalidade nacional. Essa população era superior a 74 milhões, no Brasil. Deste total, 6,75% eram da região N; 40,36% da NE; 7,22% da CO; 31,47% da sudeste e 14,20% da Sul. Foram registrados 6.570 casos de TM, no Brasil, perfazendo uma CR de TM de 8,86 casos/ 10^5 da população. Observa-se ainda que esta CR variou entre as regiões do país, tendo o CO a menor capacidade e a região S a maior.

No país, 14 UF e 19 capitais não registram casos. No N, NE e CO, apenas uma capital, de cada região, registrou casos, Porto Velho, Maceió e Goiânia, respectivamente. Nas regiões SD e S, uma capital de cada não registrou casos, Belo-Horizonte e Porto Alegre.

Em 79 municípios brasileiros (1,57%) houve registro de casos. Dentre estes, 04 (5,06%) localizavam-se no N, 17 (21,52%) no NE, 01 (1,27%) no CO, 46 (58,23%) no SD e 11 (13,92%) no S. Neste subgrupo, a CR de TM variou de 147 a 0,6 casos/ 10^5 , em Jaguaribe (Ceará), e Contagem (Minas Gerais), respectivamente. Quatorze municípios (Jaguaribe e Sobral, no Ceará; Lauro de Freitas e Vitória da Conquista, na Bahia; Coronel Pacheco, Dom Bosco, Leme do Prado, Luislândia, Três Pontas e Ipatinga, em Minas Gerais; Amparo, em São Paulo; Curitiba, no Paraná; Florianópolis, em Santa Catarina; e Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul) foram responsáveis por 76,2% de todos os casos registrados, embora o somatório das populações cadastradas pelo PSF nestes municípios equivalha a 1,69% do total. Nestes quatorze municípios a CR de TM foi superior a 200 casos/ 10^5 .

Região	População cadastrada	TM registrado	Capacidade de registro de TM	UF	UF sem TM registrado	Capitais sem TM	% de municípios
--------	----------------------	---------------	------------------------------	----	----------------------	-----------------	-----------------

						registrado	sem TM registrado
Norte	5.005.442	56	1,12	7	5	6	99,01
Nordeste	29.941.857	1.433	4,79	9	6	8	99,02
Centro-Oeste	5.357.052	51	0,95	4	3	3	99,78
Sudeste	23.343.914	2.351	10,07	4	0	1	96,73
Sul	10.531.967	2.679	25,44	3	0	1	98,95
<i>Brasil</i>	74.180.232	6.570	8,86	27	14	19	98,44

Tabela 1-Registro de Transtornos Mentais (TM) pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), nas diferentes regiões do Brasil, em 2005 (Fonte: adaptado do Sistema de Informação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde). TM registrado= número absoluto de casos de TM registrados; Capacidade de Registro de TM= TM registrado/ População cadastrada x 10⁵. UF= Unidade Federativa. % de municípios sem TM registrado = número absoluto de municípios sem TM registrado/ número absoluto de municípios x 100.

Discussão

Inicialmente destaca-se a importante diferença na CR de TM pelo PSF, no país. Verifica-se, que a região S, apresenta uma CR cerca de 25 vezes maior que a região CO. Levcovitz et al (2001), ao avaliarem a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil evidenciaram, que apesar de vários avanços terem ocorrido, estes estão se dando de forma desigual em diferentes partes do país. Nossos dados corroboram a iniquidade da atenção à saúde no Brasil, ao demonstrar grandes diferenças na CR de TM, entre regiões do país, o que aponta para uma desigual capacidade de vigilância em saúde.

Outro ponto relevante é a baixa CR de TM no país. Os valores registrados são baixos, quando comparados as seguintes informações: em São Paulo, a prevalência de TM comuns em áreas do PSF é de 24,95% (MARAGNO et al, 2006); no Brasil, 12% a população necessita de cuidados na área de SM (BRASIL, 2003); mundialmente, 24% da população atendida na atenção primária apresenta TM (OMS, 2001). Nossos achados ratificam a idéia que embora os TM sejam comuns na atenção primária, estes quadros não são diagnosticados adequadamente (OMS, 2001). Em trabalho anterior (SOUZA, 2005), apresentamos a baixa capacidade do PSF em identificar pessoas com alcoolismo. Demonstramos ainda que a expansão da cobertura do PSF associasse-se a redução na identificação das pessoas com alcoolismo, apontando para diminuição da capacidade de vigilância em saúde. Assim, aponta-se a necessidade de colocar os TM na pauta de prioridades do PSF, tanto pela sua relevância (OMS, 2001), como pela evidência que efetivamente não estão sendo identificados satisfatoriamente.

Não é possível creditar a baixa CR encontrada no país, exclusivamente a inexistência de serviços especializados em SM nos municípios. Isso porque se observou que mesmo em capitais não houve registro de casos de TM. Por outro lado, os catorze municípios que apresentaram as mais altas CR de TM são distintos em vários aspectos sócio-econômicos. Comparando-os quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (PNUD, 2000), observa-se desde municípios como Florianópolis (Santa Catarina), que ocupa a 4ª posição no ranking nacional a Luislândia (Minas Gerais) que ocupa a 4034ª. Tal comparação nos permite refutar a hipótese que apenas cidades com maior nível de desenvolvimento teriam melhores condições para registrar casos de TM.

Levanta-se a hipótese que de fato exista a confluência de diferentes fatores para justificar a baixa CR de TM, indício da baixa penetração das ações de SM no PSF. A pressão por atendimento para questões médicas gerais, aliada as carências na formação profissional, centrada em aspectos somáticos do adoecimento, restringiria o olhar dos profissionais para questões de SM (BREDA, 2001). Por outro lado, porque registrar um caso de TM, não tendo instrumental para conduzir a situação? Um paciente com tuberculose ou hipertensão será conduzido a partir de protocolos desenvolvidos para uso na atenção básica. Em escala nacional, na área de SM, estes não existem. Segundo a OMS (2001), o treinamento do pessoal de atenção primária para detecção e tratamento dos TM é uma importante medida de saúde pública. É possível que num contexto de alta rotatividade dos profissionais do PSF haja dificuldades de fixar conhecimento oferecido nos serviços, o que dificultaria a incorporação de novas ações de saúde, como as de SM. Um último aspecto seria uma possível desarticulação entre a rede de assistência a SM e o PSF, e que seriam iniciativas locais que determinariam a maior CR de TM. Pelo menos para o caso de Sobral, no Ceará, há literatura disponível para afirmar que houve um esforço do gestor municipal para integrar as ações dos profissionais do PSF e as daqueles ligados a SM (SAMPAIO et al, 1998), em particular aos do CAPS local (MORENO et al 2004); definir fluxos de referência e contra-referência (TOFFOLI, 2002); e investir na atuação dos Agentes Comunitários, no campo da saúde mental (BARROS, 2004). Entretanto, não se encontrou dados para afirmar se este mesmo processo estaria ocorrendo nos demais municípios que apresentaram CR de TM mais elevadas.

Conclusões

Os dados desta pesquisa apontam que embora exista a preocupação do MS em promover uma articulação entre as ações de SM e o PSF, esta parece não está se dando de forma efetiva e igualmente distribuída no país. Tal conclusão se baseia na baixa e heterogênea CR de TM, pelo PSF. A fonte de dados secundários utilizada apenas nos informa sobre o registro de casos. Desta forma há que se ter certa parcimônia, visto que o não registro de casos não necessariamente significa a não identificação de casos e a ausência de ações de SM. Por outro lado, a baixa CR de TM não deixa de ser uma evidência relevante da ainda incipiente interação entre PSF e SM. Tal situação leva a uma invisibilidade dos TM, que ao não serem registrados não passam a compor o

quadro de agravos à saúde da população cadastrada pelo PSF, o que acaba por dificultar as atividades de gestão e monitoramento das ações de saúde nesta interface entre SM e PSF. Por fim, aponta-se a necessidade de investigações que através de metodologias mais refinadas busquem compreender os motivos para baixa e heterogênea CR de TM, pelo PSF, no Brasil.

Referências

BARROS, Maria Mont'Alverne de Barros. Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde no universo do transtorno mental. 2004. 93 f (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estadual do Vale do Acaraú, Sobral.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1998.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde Mental; 2003.

BRÊDA, Mércia Zeviani; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 471-480. 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiane Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001.

MARAGNO, Luciana; GOLDBAUM, Moisés; GIANINI, Reinaldo José et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1639-1648. 2001.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança; 2001.

MORENO, Gabriela Mendes Batista, SOARES; Maria Teresa Queiros; PAGANI, Rosani; FARIAS, Adriana Melo de, SCORSAFAVA, et al. A inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE: relato de experiência. *Sanare. Revista de Políticas Públicas*, v.1, p. 77-86. 2004.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; SANTOS, Antonio Weimar Gomes dos; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Saúde Mental e Cidadania: Um Desafio Local. In: MENDES Eugênio Villaça, org. *A Organização da Saúde no Nível Local*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 267-280.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, p. 342-343. 2005..

PNUD. Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.pnud.org.br>, acessado em 04/julho/2007.

TÓFOLI, Luiz Fernando. Como orientar demandas de saúde mental em Sobral: orientações para o PSF. *Série Comportamento e Saúde*. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia; 2002.

TOP