

Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar

“A mental health policy and plan is essential to coordinate all services and activities related to mental health. Without adequate policies and plans, mental disorders are likely to be treated in a inefficient and fragmented manner”.

(WHO, 2004)

Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÕES DE PRODUTOS – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84
Glória – CEP: 20021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: (21) 3513-0000
Disque ANS: 0800 701 9656
Home Page: www.ans.gov.br

Ficha Catalográfica

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)
Diretrizes assistenciais para a saúde mental na
saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar
(Brasil). - Rio de Janeiro: ANS, 2008.
63 p

1. Saúde suplementar 2. Saúde mental 3. Diretrizes
assistenciais. I Título

Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar

Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO
Fausto Pereira dos Santos

Secretário Executivo da ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO
Alfredo José Monteiro Scaff

Gerente-Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Martha Regina de Oliveira

Gerentes da Gerência de Cobertura e Incorporação de Tecnologias em Saúde GECIT/GGTAP/DIPRO
Karla Santa Cruz Coelho

Gerentes da Gerência de Regulação e Avaliação da Atenção à Saúde
GERAS/GGTAP/DIPRO
Andréia Ribeiro Abib

ELABORAÇÃO TÉCNICA
Ana Paula Silva Cavalcante
Bruna Alessandra Vale Delocco
Jorge Luís Carvalho
Kátia Audi Curci
Luciana Massad Fonseca
Rochele Alberto Santos
Thiago Enrico Massi Werneck

ORGANIZAÇÃO E REVISÃO
Ana Paula Silva Cavalcante
Luciana Massad Fonseca

APRESENTAÇÃO

Esta é mais uma produção técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como objetivo qualificar a atenção à saúde no setor através da publicação de um conjunto de Diretrizes Assistenciais para a constituição, acompanhamento e monitoramento das ações em saúde mental ofertadas pelas operadoras de planos privados de saúde.

Em consonância com o conjunto de princípios que já vêm sendo estabelecidos na Saúde Suplementar pela ANS, este documento também convida as operadoras a implementarem programas específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na área de Saúde Mental.

O documento “**Diretrizes Assistenciais para Saúde Mental na Saúde Suplementar**” é um desdobramento de diversas ações que vêm sendo empreendidas pela ANS que, desde 2006, passou a considerar a Saúde Mental como uma das áreas de Atenção à Saúde prioritárias para o setor.

A mudança do Modelo de Atenção à Saúde Mental envolve a adoção de práticas integradas e articuladas que devem estar pautadas em alguns paradigmas importantes, tais como o respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental; a priorização da assistência extra-hospitalar e a redução das internações hospitalares por meio da constituição de uma rede substitutiva de serviços ambulatoriais, de atenção diária ou outros similares; a multidisciplinaridade, a abordagem psicossocial; as políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a constituição de redes de assistência articuladas e o estímulo à reinserção social do portador de transtorno mental.

A publicação destas Diretrizes constitui-se em uma das estratégias de indução para a reorganização do modelo assistencial em saúde mental na saúde suplementar brasileira em consonância com as Políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde através de parcerias profícuas, respeitando-se as peculiaridades do setor.

Este trabalho deve servir como um guia teórico e técnico para o estabelecimento de novos paradigmas para a atenção em saúde mental suplementar, pautados nas recomendações da Lei 10.216/01 e nos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, contribuindo para o respeito à cidadania e a reintegração social dos portadores de transtornos mentais.

Fausto Pereira dos Santos
Diretor–Presidente da ANS

DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

	5
I. Introdução	
i. Contextualizando a atenção em saúde mental na saúde suplementar no Brasil	7
II. Diretrizes Básicas	12
i. Objetivos e paradigmas	14
ii. Linhas de Cuidado	16
a) Transtornos Mentais Graves e Persistentes	16
b) Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas	21
c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares	25
d) Saúde Mental de Crianças e Adolescentes	28
e) Saúde Mental de Idosos	37
III. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças em saúde Mental	42
i. Programas Específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças para o acompanhamento de portadores de Transtornos Mentais	42
a) Programas específicos para o acompanhamento de portadores de transtornos mentais graves e persistentes	43
b) Programas específicos para o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas	44
c) Programas específicos para o acompanhamento de Crianças e Adolescentes	45
d) Programas específicos para o acompanhamento de Idosos	50
IV. Considerações Finais	55
V. ANEXO	57
i. Situação Atual da Atenção em Saúde Mental na Saúde Suplementar	57
a) Análise dos dados da assistência em saúde mental (SIP)	57
b) Análise dos dados da assistência em saúde mental - Requerimento de Informações (RI)	60
c) Comentários Finais	67
VI. Bibliografia	69

I. INTRODUÇÃO

*Que loucura: ser cavaleiro andante
ou segui-lo como escudeiro?
De nós dois, quem o louco verdadeiro?
O que, acordado, sonha doidamente?
O que mesmo vendado, vê o real e segue o sonho
de um doido pelas bruxas embruxado.
Carlos Drummond de Andrade
(Quixote e Sancho, 1974).*

Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008). Dados fornecidos por estudo realizado pela Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (MURRAY E LOPEZ, 1996 *apud* BRASIL, 2003). Apesar de responsáveis diretas por somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma desabilitação para a vida.

Com pequenas variações, sem significância epidemiológica, a realidade descrita encontra equivalência no Brasil (BRASIL, 2003). Além disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 *apud* BRASIL, 2003), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o mesmo observado no território brasileiro.

Os transtornos mentais envolvem não apenas o setor saúde, mas necessariamente vários setores da sociedade como a educação, emprego, justiça e assistência social, entre outros. É importante que exista um engajamento e um esforço conjunto entre o Estado, associações de portadores de transtornos mentais, familiares e sociedade civil organizada, no sentido de desenvolver diretrizes específicas e serviços de saúde nesta área (FUNK; SARACENO, 2004).

Quando se trata de ações voltadas para a atenção aos portadores de transtornos mentais, há a necessidade de envolvimento do conjunto da sociedade. No caso da saúde suplementar brasileira, é de importância crucial um esforço conjunto entre os diversos atores (operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços,

beneficiários e o governo, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS).

Nessa direção, pela complexidade do objeto, segundo a *Mental Health Policy, Plans And Programmes* da Organização Mundial de Saúde – OMS, um conjunto de diretrizes explícitas para a saúde mental é uma ferramenta essencial para a coordenação dos serviços e das atividades relacionadas. Além disso, a implementação dessas medidas pode ter um impacto significativo sobre a saúde mental do conjunto da população. Os resultados descritos na literatura incluem desde a melhoria na organização e na qualidade dos serviços até o aumento do compromisso dos usuários dos serviços e dos seus familiares, bem como a melhoria de diversos indicadores de saúde mental (WHO, 2004a).

Ainda segundo a OMS (2004a), no campo da saúde mental, elaborar, redigir e explicitar diretrizes é muito importante por propiciar:

- A priorização da área da saúde mental de acordo com a carga social e epidemiológica que a questão exige;
- A elaboração de um plano geral para a área;
- O estabelecimento de objetivos a serem alcançados, permitindo o planejamento de futuras ações;
- A implementação ou reestruturação de serviços de saúde mental;
- A identificação das possíveis formas de financiamento para o setor;
- O estabelecimento claro dos papéis e das responsabilidades dos diversos atores; e
- A facilitação de maior contato e entendimento entre os diversos órgãos e entidades financiadoras da saúde mental.

Embora o Brasil tenha um sistema de saúde composto por um *mix* público-privado, as diretrizes para o Sistema de Saúde Brasileiro devem ser únicas, havendo a possibilidade da existência de subsistemas específicos, diferenciados principalmente pelo tipo de financiamento empregado. É preceito constitucional que a prestação da assistência à saúde é livre à iniciativa privada, entretanto, condicionada à atuação reguladora do estado (BRASIL, 1988).

Segundo o documento “Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil” (Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, 2006), a assistência integral em saúde mental deve contemplar a articulação entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência. Para isto, é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contra-referência.

Desse modo, dada a importância epidemiológica dos transtornos mentais, bem como a necessidade de aprimoramento e clareza de diretrizes para a saúde mental no setor suplementar brasileiro, justifica-se a elaboração do presente documento e a implementação das diretrizes nele referidas, tendo como objetivo a produção do cuidado em saúde, que garanta resultados positivos de acordo com necessidades dos beneficiários.

i. Contextualizando a atenção em saúde mental na saúde suplementar no Brasil

O setor de saúde suplementar, que atende atualmente em torno de 51 milhões de indivíduos, funcionou até 1998 praticamente sem qualquer regulamentação, sendo comum, naquele contexto, que o tratamento das doenças mentais fosse contratualmente excluído da cobertura nos planos e seguros de assistência à saúde.

Com a aprovação da Lei 9.656/98, que estabeleceu a obrigatoriedade do atendimento pelos planos privados de assistência à saúde a todas as doenças e problemas relacionados à saúde constantes da Classificação Internacional de Doenças (CID), da OMS, constituiu-se a base legal que permitiu a atenção aos portadores de transtornos mentais na Saúde Suplementar.

Além disso, em 04/11/1998 a Resolução CONSU nº 11, elaborada pelo então Conselho de Saúde Suplementar regulamentou o disposto na Lei 9.656/98, estabelecendo as coberturas obrigatórias na área de saúde mental de acordo com a segmentação contratada (ambulatorial, hospitalar ou a composição dos dois). Em sua introdução, a CONSU –nº 11 estabeleceu como pressuposto que não era suficiente a introdução da obrigatoriedade da cobertura a todos os transtornos psiquiátricos, ressaltando a importância da adoção paralela de medidas que evitassem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos psiquiátricos, em consonância com as diretrizes preconizadas à época pelo Ministério da Saúde.

As principais coberturas estabelecidas pela CONSU nº11 foram:

I - Para os planos ambulatoriais:

1. Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e auto-agressões, objeto freqüente de exclusão de cobertura em contratos antigos);
2. Consultas psiquiátricas;
3. Serviços de apoio diagnóstico;
4. Psicoterapia em situações de crise, limitada a doze sessões por ano.

II - Para os planos hospitalares:

1. Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e auto-agressões, objeto freqüente de exclusão de cobertura em contratos antigos);
2. Internação em instituição hospitalar
3. Tratamento em regime de hospital-dia, de 180 dias por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 da CID 10;
4. Tratamento em regime de hospital-dia, de oito semanas por ano para os demais diagnósticos.

Embora tanto a Lei 9.656/98 quanto a Resolução CONSU-11, à época de sua publicação, tenham sido bastante inovadoras para o campo da saúde mental no setor suplementar brasileiro, nestes dez anos muito se avançou, do ponto de vista teórico-prático e jurídico, com o estabelecimento de novas diretrizes do MS, com a implantação de uma rede de serviços substitutivos por todo o país no Sistema Único de Saúde – SUS e, principalmente, com a promulgação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

Outro marco importante foi a realização, em dezembro de 2001, da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolidou as mudanças em curso. Durante este período, diversas normas foram editadas pelo MS, detalhando diretrizes para o atendimento aos portadores de transtornos mentais no âmbito do SUS, de acordo com as diretrizes que foram recomendadas pela referida conferência (III CNSM, Relatório Final, 2001 *apud* BRASIL, 2003).

A atual Política de Saúde Mental brasileira é essencialmente baseada na Declaração de Caracas de dezembro de 1991 e se fundamenta em quatro pontos essenciais: a) garantia dos direitos civis dos portadores de transtornos mentais; b) descentralização da rede de cuidados em saúde mental; c) proteção dos pacientes em tratamento nos hospitais psiquiátricos já existentes; e d) desenvolvimento de uma rede de serviços em saúde mental diversificada eficaz e eficiente (MATEUS *et al.*, 2008).

Os principais objetivos desta Política de Saúde Mental elaborada pela coordenação de saúde mental do MS estão descritos abaixo (BRASIL, 2008):

- Reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos;
- Qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar;
- Incluir as ações da saúde mental na atenção básica; e
- Implementar diretrizes de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

A Lei 10.216/01 assegura, logo no seu artigo primeiro, o direito à cidadania dos portadores de transtornos mentais: “Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (Art. 1º da Lei 10.216/2001).

Além disso, a Lei redireciona o modelo assistencial, dando centralidade ao acompanhamento extra-hospitalar e ao estímulo à reinserção social e familiar dos portadores de transtornos mentais, normatizando a prestação de assistência em todo o território nacional.

Após a Lei 10.216/01, grande marco legal brasileiro para a área de saúde mental, todos os serviços de atenção à saúde aos portadores de transtornos mentais no Brasil, sejam públicos ou privados, estão obrigados legalmente a cumprir as normas por ela estabelecidas.

Assim, no Brasil, por força de lei, é proibida toda forma de abuso e exploração aos portadores de transtornos mentais, inclusive enquanto estiverem em instituições de saúde clínicas ou psiquiátricas. O direito ao sigilo das informações prestadas e o esclarecimento a respeito de sua doença e de seu tratamento também estão garantidos, independente do tipo de financiamento da assistência prestada.

Em relação ao redirecionamento do modelo assistencial, seis pontos da Lei 10.216/01 se destacam como prioritários:

1. O tratamento deve ocorrer através dos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (ambulatórios, consultórios, serviços de atenção diária, etc);
2. O tratamento, em qualquer de suas modalidades, deve ter como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio;
3. O paciente deve receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
4. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados na Lei 10.216/01 e que não assegurem aos pacientes os direitos nela enumerados;

5. Quando necessária, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos;
6. A internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e, quando imprescindível, que seja estruturada de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo entre outros:
 - Serviços médicos;
 - Serviços de assistência social;
 - Atenção psicológica;
 - Atenção em Terapia Ocupacional;
 - Atenção de lazer assistido.

O tratamento aos portadores de transtornos mentais organizou-se historicamente por meio de um modelo baseado no asilamento e afastamento do convívio social, por meio de internações longas e repetidas em instituições com características manicomiais, fundamentado em uma abordagem estritamente farmacológica que desconsiderava não apenas os aspectos psicossociais destes transtornos como também o direito à cidadania de seus portadores.

Segundo a Lei 10.216/01, tal modelo deve desaparecer, não apenas por mostrar-se ineficiente e iatrogênico do ponto de vista terapêutico, como também por basear-se em uma forma de atuação contrária aos direitos básicos de qualquer cidadão, estabelecidos pela legislação brasileira.

Diante do descompasso entre as políticas de saúde do MS para a Saúde Mental, as determinações da Lei 10.216/01 e o quadro atual da legislação vigente para a assistência em saúde mental da Saúde Suplementar, a ANS tomou a iniciativa de estabelecer e implementar estas **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**, que faz parte de um conjunto de ações para a qualificação da assistência à saúde no setor suplementar brasileiro.

Desta forma, as operadoras se tornarão, verdadeiramente, gestoras de cuidado, adotando um novo paradigma para o modelo assistencial no campo da saúde mental.

II. DIRETRIZES BÁSICAS

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2006 a população brasileira era de 185.770.630 de habitantes, estimando-se em cerca de 21% da população brasileira (39 milhões de pessoas), o total de pessoas que necessita ou vai necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental. (BRASIL, 2008, *apud* ABP, 2006).

O Ministério da Saúde classifica os transtornos mentais em três grandes grupos: transtornos mentais graves e persistentes; transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares.

As presentes Diretrizes utilizam ainda outras duas categorias além do modelo de classificação do MS anteriormente descrito, quais sejam: atenção à saúde mental da criança e do adolescente e atenção à saúde mental do idoso. Embora os transtornos que acometem crianças, adolescentes e idosos estejam incluídos em algum dos três grupos descritos inicialmente, é necessário abordar a atenção a essas faixas etárias separadamente devido às suas especificidades.

Assim, serão abordadas cinco **Linhas de Cuidado** abaixo relacionadas:

1. **Transtornos mentais graves e persistentes:** grupo composto por cerca de 3% da população geral (aproximadamente 5,5 milhões de pessoas) que necessita de atenção e atendimento mais intenso e contínuo em serviços de maior complexidade na área de Saúde Mental.
2. **Transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas:** composto por cerca de 6% da população. Este grupo também necessita de atenção específica e atendimentos constantes. Estima-se que seja algo em torno de 11 milhões de pessoas no Brasil.
3. **Transtornos depressivos, ansiosos e alimentares:** este grupo, composto por aproximadamente 12% da população, que necessita de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual. É o grupo que mais busca os serviços extra-hospitalares e constitui-se numa das maiores causas de afastamento no trabalho. Necessita de acompanhamento ambulatorial específico perfazendo um total aproximado de 22 milhões de pessoas no Brasil.

4. **Saúde Mental de Crianças e adolescentes:** composto por pessoas na faixa etária do nascimento aos 19 anos de idade. Os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência atingem entre 15% e 20% da população.

5. **Saúde Mental de Idosos:** grupo composto por pessoas na faixa etária acima de 60 anos de idade. Esta população vem crescendo em todos os países do mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Os transtornos mentais mais comuns nesta faixa etária são as demências e a depressão. A doença de Alzheimer, um dos tipos mais comuns de demência, possui uma prevalência crescente com a idade, sendo de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos. A depressão no idoso é tão prevalente quanto a doença de Alzheimer (OPAS/OMS, 2005).

Assim, primeiro serão apresentados os Objetivos e Paradigmas estabelecidos por estas Diretrizes, os quais se aplicam às cinco linhas de cuidado, que serão descritas com mais detalhes logo em seguida:

i. Objetivos e Paradigmas

“Tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando” (BRASIL, 2003).

Objetivo Geral:

A elaboração destas **Diretrizes** pretende qualificar a atenção à saúde mental na saúde suplementar, fundamentando-se na noção de que o setor suplementar de saúde tem como finalidade ser ambiente de produção de saúde e de cuidado.

Esta ação é um desdobramento de diversas outras que já vêm sendo empreendidas pela ANS, que desde 2006 passou a considerar a Saúde Mental como uma das áreas de Atenção à Saúde prioritárias para o setor.

Desde então, a ANS passou a coletar um maior número de dados sobre saúde mental através do Sistema de Informações de Produtos - SIP, o principal sistema de informação assistencial e tem buscado induzir a adoção de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças nesta área pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O cuidado é uma característica essencial do ser humano e pressupõe uma postura de convivência, interação e comunhão. As relações de cuidado devem ocorrer na perspectiva sujeito-sujeito e não na perspectiva sujeito-objeto. Assim, as ações de cuidado devem ser vistas como um “processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana” (BOFF, 1999).

Objetivos Específicos:

Os paradigmas, apresentados a seguir, têm como objetivo estabelecer as bases para a assistência à saúde mental na Saúde Suplementar em todos os seus aspectos:

- 1) Estabelecimento das coberturas obrigatórias;
- 2) Modelo de atenção à saúde mental;
- 3) Organização dos fluxos assistenciais, em cada tipo de segmentação existente no setor (plano ambulatorial; plano hospitalar e a combinação entre os dois), para todos os transtornos mentais estabelecidos pela CID, organizados pelas Linhas de Cuidado.

Paradigmas:

A atenção à saúde mental na saúde suplementar deve ir além da abordagem do quadro agudo e dos sintomas ativos e deve seguir os seguintes paradigmas:

1. Respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental;
2. Prioridade à assistência extra-hospitalar;
3. Redução da atenção hospitalar por meio da substituição por serviços ambulatoriais, de atenção diária ou outros similares;
4. Utilização de equipes multidisciplinares com profissionais de saúde de várias formações em todos os níveis de atenção;
5. Abordagem psicossocial;
6. Políticas de Prevenção ao uso e dependência de Substâncias Psicoativas: álcool, tabaco e outras drogas, priorizando a Política de Redução de Danos;
7. Ações em todos os níveis de atenção;
8. Rede articulada;
9. Busca ativa dos pacientes para evitar o abandono do tratamento;
10. Apoio e medidas educativas aos familiares e/ou cuidadores;
11. Estímulo à reinserção social do portador de transtorno mental.

Estabelecidas as bases para a assistência à saúde mental na Saúde Suplementar, estas devem pautar as ações nos diversos níveis de atenção para cada uma das cinco linhas de cuidado estabelecidas: 1. transtornos graves e persistentes; 2. uso abusivo de álcool e outras drogas; 3. transtornos depressivos e ansiosos; 4. saúde mental de crianças e adolescentes e 5. saúde mental de idosos.

ii. Linhas de Cuidado

Linhas de cuidado constituem-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam a integralidade do cuidado e conjugam ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis da atenção, como também uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006 *apud* BRASIL, 2007).

Segundo Cecílio e Merhy (2003), o desenho da linha de cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada à imagem de uma

linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

Quando a linha de cuidado é bem desenhada, o esperado é que ocorra um “caminhar” do usuário na rede de serviços, que seja seguro, tranqüilo, sem obstáculos, garantindo a qualidade da assistência (MALTA *et al*, 2005).

a) Transtornos Mentais Graves e Persistentes

Em consonância com o que dispõe a Lei 10.216/01, as **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar** concedem atenção especial aos portadores de transtornos psiquiátricos graves e persistentes. Tal denominação, adotada pela ANS, tem tido preferência na literatura em detrimento das antigas denominações “crônico” e “cronicidade”, principalmente pelo caráter estigmatizante que estas adquiriram. (RIBEIRO, 2003).

O termo Transtornos Graves e Persistentes tem sido adotado para uma gama extensa e heterogênea de pacientes com características e necessidades, por vezes, muito diferentes. É uma definição que “associa a duração dos problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico” (RIBEIRO, 2003).

Grande parte deste grupo é composto pelos transtornos psicóticos. Em geral, o conjunto de transtornos psicóticos representa um drama pessoal em potencial no curso de vida de um indivíduo. Este grupo não inclui apenas a esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo, mas também as psicoses afetivas e atípicas e acarreta conseqüências de longo alcance em vários âmbitos da vida destes indivíduos. (OMS, 2004b).

As psicoses são desencadeadas principalmente no final da adolescência e início da vida adulta (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1994 *apud* ABP, 2006). A esquizofrenia é a principal condição designada como Transtorno Grave e Persistente, não só por ter a maior prevalência entre os distúrbios graves em Saúde Mental (cerca de aproximadamente 1% da população sofre deste transtorno), como também por seu caráter estigmatizante, seu curso longo e persistente, bem como pelo grau de sofrimento que provoca justificando, desta forma, a atenção dada a esta linha de cuidado nestas Diretrizes.

Dentro de um estudo sobre a carga global das doenças de 2000, a esquizofrenia foi considerada como responsável por 2,8% dos anos perdidos até a

morte (YLD) e por 1,1 anos de desabilitação ajustados por ano de vida DALYs¹ (Murray et al., 2001 *apud* WHO, 2004b). Além dos intensos custos pessoais e sociais, existem ainda custos econômicos significativos associados à esquizofrenia que, apesar da baixa incidência, apresenta alta prevalência. O Relatório da OMS (World Health Report) de 2001 sobre a saúde mundial (WHO, 2004b) estimou que o custo direto com a esquizofrenia nos EUA em 1991 foi de 19 bilhões de dólares. Na Austrália, que dentre os países desenvolvidos é o que despense menos recursos com saúde, o custo direto com a esquizofrenia em 2001 foi de 661 milhões de dólares australianos (1,2% dos recursos gastos com saúde no país) ou 18 mil dólares australianos por pessoa. (SANE, 2002 *apud* WHO, 2004b).

Outro fator importante em relação aos transtornos graves e persistentes é o suicídio. De acordo com estatísticas da OMS, em 2001 aproximadamente 849.000 pessoas morreram devido ao suicídio ao redor do mundo (WHO, 2002). Para 2020, estima-se que ocorram aproximadamente 1.2 milhões de suicídios (MURRAY and LOPEZ, 1996 *apud* WHO 2004b) e que 10 a 20 vezes mais pessoas tentarão cometer suicídio. Em muitos países da Europa o número anual de suicídios já supera o número de mortes por acidente de trânsito (WHO, 2002).

A incidência de morte por suicídio aumenta com a idade, embora alguns estudos mais recentes demonstrem um alarmante aumento do comportamento suicida entre os jovens de 15 a 25 anos de idade (APTER, 2001 *apud* WHO, 2002). Os fatores de risco mais importantes são: a existência de algum transtorno mental, principalmente a depressão e a esquizofrenia; estressores sociais passados ou recentes (problemas na infância, abuso sexual ou psicológico, desemprego, isolamento social e problemas econômicos importantes); suicídio entre familiares ou entre amigos, dificuldade de acesso a ajuda psicológica e fácil acesso aos meios de cometer suicídio (WHO, 2002).

Para que a atenção em saúde aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes seja eficiente, o sistema de saúde deve contar com uma rede articulada, adotar uma abordagem psicossocial, realizar busca ativa dos pacientes, buscar o apoio e a parceria com os familiares. Além disso, é essencial contar com equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde de várias formações, abandonando antigos paradigmas que têm se mostrado ineficazes e pouco resolutivos ao longo do tempo, como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica, centrada na hospitalização.

¹ Disability Adjusted Life Years (DALYs), uma metodologia introduzida na carga global de doença que considera a desabilitação e a cronicidade causada pelas doenças (Murray & Lopez, 1996). A DALY é uma medida de falta de saúde, que combina informações sobre desabilidade e outros desfechos não fatais e morte prematura. Um DALY é um ano de "vida saudável" perdido.

A atenção psicossocial

A visão de que o cuidado aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes deve ter o objetivo de produzir, através da atenção psicossocial, maior autonomia, qualidade de vida, aumento da capacidade de gerenciamento da própria vida e melhora das relações sociais tornou-se disseminada; no entanto, sobre tais termos pairam algumas controvérsias que aqui merecerão esclarecimentos conceituais.

Segundo Tenório (2001), “o campo da atenção psicossocial, expressão que, em seu conjunto, designa um novo paradigma de cuidados em saúde mental (...) é o conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas”.

Delgado (1997), um dos precursores da discussão sobre formas alternativas de abordagem aos portadores de transtornos mentais no Brasil, já na década de 1990 discutia o tema: “É necessário tomar, como objeto de nossa intervenção, o cliente em suas múltiplas interações sócio-econômicas e culturais; trata-se de ajudar o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor. Isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio e a orientação da família (...) Por isso, preferimos substituir os termos ‘psiquiátrico’, ‘psicológico’, ‘psicanalítico’, e dizer que a tarefa dos nossos serviços é a ‘atenção psicossocial” (DELGADO, 1997).

A busca por maior autonomia ou pela autonomia possível é descrita por Goldberg (1994) como um dos resultados esperados da abordagem do paciente pela “nova clínica”, destacando que o termo autonomia, neste caso, diz respeito a “uma autonomia possível em relação aos constrangimentos da doença” (GOLDBERG, 1994).

Esta autonomia possível pode ter diferentes conotações para cada um dos pacientes, não redutível a modelos gerais: pode ser a capacidade de trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro para alguns, para outros, a simples ida ao serviço, sem a necessidade de um acompanhante ou mesmo a capacidade de reconhecer uma crise e de buscar ajuda, evitando uma internação, ou seja, as conquistas pessoais de cada pessoa, que só ela mesma, durante o seu processo de acompanhamento pode indicar (TENÓRIO, 2001).

Assim, esclarece-se que o termo ‘autonomia’, como objetivo do acompanhamento em saúde mental, não quer dizer a busca de auto-suficiência ou mesmo padrões sociais previamente estabelecidos de independência, como autocuidado ou independência financeira, desempenhos sociais, muitas vezes,

valorizados ou esperados pela equipe de saúde e não pelo indivíduo portador de um transtorno mental.

Como esclarece Roberto Tykanori, que coordenou o histórico programa de Saúde Mental em Santos - SP de 1989 a 1995, não se trata de confundir autonomia com autosuficiência ou independência. Autonomia é vista por ele como “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. (...) Dependentes somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas podemos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida”. (TYKANORY, 1996 apud TENÓRIO, 2001).

Para Teixeira (1996), em psiquiatria a cura seria o próprio processo de tratamento. Esta conceituação vai ao encontro do que propõe estas Diretrizes: o acompanhamento do paciente portador de transtorno mental deve ser entendido para além do conceito tradicional de cura, como simples remissão de sintomas ou retorno à normalidade.

Ressalta-se ainda, que nestas Diretrizes se entende por Atenção Psicossocial a atenção integral ao portador de transtorno mental com a finalidade de dar suporte ao paciente na busca de uma autonomia possível.

A Atenção Psicossocial é vista aqui como parte do que se costuma chamar de “Clínica Ampliada”, na qual o tratamento medicamentoso, a atenção psicológica, o estímulo à participação da família são essenciais e inter-relacionados. Desse modo, um conjunto de cuidados integrados e articulados é imprescindível como forma de apoio na gestão do bem estar e da qualidade de vida do paciente. (TENÓRIO, 2001).

Para tal, uma visão do indivíduo portador de um transtorno, não reduzido simplesmente a uma patologia (o psicótico, o obsessivo, o histérico), é um dos pontos mais importantes na constituição desta forma de acompanhar o “estar no mundo” destas pessoas. (GOLDBERG, 1996); (LEAL, 1997), (DELGADO, 1997); (TENÓRIO, 2001).

Desse modo, poderá ser implantado um modelo assistencial que tenha a capacidade de operar na produção da saúde e que possa produzir maior defesa da vida do usuário, maior controle dos riscos de adoecer ou de agravamento do problema, com o desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia do usuário com o seu modo de andar e estar no mundo (MERHY, 2004).

Breves considerações econômico-financeiras

Quando se trata de mudanças em qualquer forma de atenção no mercado da saúde suplementar brasileira, a questão econômico-financeira torna-se um dos focos prioritários de discussão. Na literatura internacional foram publicados estudos comparativos em relação ao custo entre a atenção hospitalar convencional e a atenção extra-hospitalar em saúde mental, em 1990 e 1995, a partir do fechamento de dois hospitais psiquiátricos britânicos. Os achados demonstraram que a ressocialização de pacientes de longa permanência, incluindo-se gastos diretos e indiretos, era vantajosa em relação aos gastos com o tratamento hospitalar (KNAPP *et al*, 1995 *apud* RIBEIRO, 2003).

Outro estudo mais recente de avaliação econômica do tratamento extra-hospitalar em saúde mental, também citado no trabalho de José Mendes Ribeiro (2003), demonstrou que, após o fechamento de um hospital psiquiátrico em Sidney, na Austrália, o custo com o tratamento convencional hospitalar era duas vezes maior que o tratamento extra-hospitalar (LAPSLEY *et al*, 2000 *apud* RIBEIRO, 2003).

Desta forma, além de toda a discussão até aqui apresentada, também os estudos econômico-financeiros são favoráveis ao pressuposto de que é necessário o abandono de antigas práticas que têm se mostrado ineficazes e pouco resolutivas, como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica, centrada principalmente na hospitalização e na remissão dos sintomas produtivos, para a adoção de uma forma de atuação consonante com as diretrizes da política de saúde mental brasileira de respeito aos direitos básicos do ser humano, de não estigmatização e de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais.

b) Transtornos Mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Em relação ao consumo abusivo de substâncias psicoativas, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo as consomem independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (OMS, 2001 *apud* BRASIL, 2003). O uso destas substâncias tomou grandes proporções individuais, sociais e de saúde coletiva, uma vez que tem relação com vários problemas relacionados à saúde. É importante destacar que o MS preconiza, para tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, ações integrais e articuladas de prevenção, tratamento e reabilitação.

A reversão do modelo assistencial para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, com o planejamento de ações voltadas para a atenção integral, é também uma das prioridades destas **Diretrizes para a Assistência em Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Esta é uma questão que atinge o conjunto da sociedade,

portanto, é necessário que o setor suplementar de saúde também conte com diretrizes para o enfrentamento do problema, levando em conta a “diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo” (PAIM, 1980 *apud* BRASIL, 2003).

O MS lançou, em 2003, a **Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas** no âmbito do SUS. Assim, este é um momento particularmente oportuno para elaboração de diretrizes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas para a saúde suplementar.

As normas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adotadas pela ANS nestas Diretrizes estão amparadas na política estabelecida pelo MS, que tem se pautado na visão ampliada da política de redução de danos. Entende-se, a partir da visão de redução de danos, que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado:

“Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (BRASIL, 2003).

A magnitude do problema do uso abusivo de drogas verificada nas últimas décadas ganhou proporções tão graves que hoje é um desafio mundial. Este problema se reflete em vários segmentos sociais devido à sua relação com acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade (BRASIL, 2007).

São apresentados a seguir dados referentes ao uso de álcool e outras drogas do ano de 2002, obtidos a partir do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), ligado ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (BRASIL, 2003).

Tabela 1

DADOS REFERENTES AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Epidemiologia no Brasil : uso e dependência de álcool por gênero e faixa etária.

Faixa Etária	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
12-17 anos	52,2	44,7	48,3	6,9	3,5	5,2
18-24 anos	78,3	68,2	73,2	23,7	7,4	15,5
25-34 anos	85,6	67,6	76,5	20	7,1	13,5
> 34 anos	82,1	59,5	70,1	16,1	5,1	10,3
Média	77,3	60,6	68,7	17,1	5,7	11,2

Fonte : I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Tabela 2

Epidemiologia no Brasil: uso e dependência de outras drogas por gênero

Substâncias	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
Tabaco	46,2	36,3	41,1	10,1	7,9	9
Maconha	10,6	3,4	6,9	1,6	0,3	1
Solventes	8,1	3,6	5,8	*	*	0,8
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	*	*	1,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	*	*	*

* Dados não apresentados pelos pesquisadores devido à baixa prevalência

Fonte : I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Em nosso meio, como se pode verificar nas tabelas acima, o uso de álcool tem uma prevalência importante por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita. Considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, com importantes conseqüências para a saúde. (BRASIL, 2003).

Segundo estudo da Universidade de Harvard sobre a carga global de doenças verificou-se que o álcool é responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes do mundo e de 2,5% do total de anos vividos ajustados para a incapacidade, incluindo transtornos físicos, como cirrose hepática e miocardiopatia, até lesões decorrentes de acidentes de automóvel e em indústrias (MURRAY e LOPEZ, 1996 *apud* BRASIL, 2003).

É alarmante a tendência do uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes. Em um estudo também realizado pelo CEBRID sobre o uso indevido de drogas por estudantes em dez capitais brasileiras, ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola após beber, e que 11,5% brigaram sob o efeito do álcool.

Fatores de Risco e de Proteção

Os fatores de risco e de proteção para o uso abusivo de álcool e outras drogas não são estanques, atravessam o próprio indivíduo, seu meio, o ambiente escolar e familiar, etc. Além disso, o consumo ocorre no âmbito da comunidade, freqüentemente no convívio com pares. Há uma grande variabilidade de influências que não podem ser reduzidas simplesmente a este ou a aquele fator de risco ou de proteção. Ainda assim, consideram-se alguns fatores como importantes condicionantes para o risco ou proteção ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Entre os Fatores individuais destacam-se como:

- 1) Fatores de Risco: baixa auto-estima; falta de autocontrole; pouca assertividade; comportamento anti-social precoce; co-morbidades (ex: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) e vulnerabilidade social.
- 2) Fatores de Proteção: presença de habilidades sociais; flexibilidade; habilidades para resolução de problemas; facilidade de cooperação; autonomia; responsabilidade; comunicabilidade e vinculação familiar-afetiva.

Entre os Fatores familiares destacam-se:

- 1) Fatores de Risco: uso de álcool e outras drogas pelos pais; isolamento social entre os membros da família; padrão familiar disfuncional; falta do elemento paterno.
- 2) Fatores de Proteção: vinculação familiar; valores familiares; compartilhamento de tarefas no lar; diálogo e contato entre os membros da família; regras e rotinas domésticas.

Entre os Fatores das relações interpessoais destacam-se:

- 1) Fatores de Risco: pares que usam drogas ou aprovam e valorizam o uso; rejeição sistemática de regras práticas ou atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional).
- 2) Fatores de Proteção: pares que não usam álcool/drogas ou não aprovam e valorizam o uso e envolvimento em atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional).

c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares

Segundo dados da ABP de 2006, dentre as pessoas que necessitam de algum atendimento em saúde mental, esta categoria acomete cerca de 22 milhões de pessoas, correspondendo a, aproximadamente, 12% da população brasileira.

Esse grupo é um dos que mais cresce atualmente e, apesar de geralmente não necessitar de internações, demanda serviços extra-hospitalares e responde por uma das maiores causas de afastamento no trabalho, necessitando de acompanhamento ambulatorial específico (ABP, 2006).

Apesar de eventualmente necessitarem de atendimento de urgência e emergência e, muito raramente, de uma curta internação, os portadores de transtornos depressivos, ansiosos e alimentares devem contar com atenção ambulatorial de qualidade, prioritariamente com médico psiquiatra e psicólogo.

Depressão Unipolar

A Depressão representa uma das mais prevalentes patologias psiquiátricas, afetando cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que em 2002, a depressão unipolar foi responsável por 4,5% dos anos de vida vividos com alguma desabilitação (WHO, 2004b). A sua prevalência na população em geral varia de 3 a 11% e é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens (BRASIL, 2006).

A depressão unipolar é a principal causa de desabilitação na Europa e estima-se que se torne a segunda colocada no ranking da carga de doença em 2020, responsável por 5,7% dos anos vividos com alguma desabilitação, logo atrás da doença isquêmica do coração. Isto significa que a depressão unipolar será, sozinha, a responsável por um terço de todas as causas de desabilitação por condições neuropsiquiátricas no mundo (WHO, 2004b).

O desencadeamento do quadro depressivo e suas recaídas são influenciados por um conjunto abrangente e flexível de fatores de risco e de proteção nos diversos estágios da vida. Podem ser de ordem biológica, psicológica, familiar ou social e estão distribuídos de forma desigual nas populações, sendo os mais comuns:

- Fatores de Risco: depressão entre os pais, negligência e abuso na infância, eventos estressantes de vida, etc
- Fatores de Proteção: sensação de habilidade, auto-estima, auto-eficácia, resistência ao estresse e suporte social.

Transtornos Ansiosos

Assim como a depressão, os transtornos ansiosos estão entre os mais prevalentes em diversos países e culturas. Eles compõem um vasto espectro de condições clínicas como, por exemplo, a fobia social, distúrbio do estresse pós-traumático e transtorno do pânico. O custo anual dos transtornos ansiosos nos EUA em 1990 foi de aproximadamente 64 bilhões de dólares.

Muitos transtornos ansiosos se iniciam ainda na infância e adolescência - fases de vida de risco para tais patologias, mas não progridem necessariamente na fase adulta. (MAJCHER & POLLACK, 1996 *apud* WHO, 2004b). Os fatores de risco incluem pais com transtornos de ansiedade, vítimas de abuso infantil, acidentes, violência, guerras e outros traumas, enquanto os fatores de proteção relatados são sentimento de autocontrole, auto-estima e suporte social.

Transtornos Alimentares

Este é também um conjunto de condições clínicas e as principais patologias são a anorexia nervosa, que ocorre em 0,5% e 1% e a bulimia nervosa que é prevalente em 0,9% a 4,1% da população adolescente e de adultos jovens do sexo feminino (American Psychiatric Association, 2000; KURTHET *et al.*, 1995; SHISSLAK, CRAGO & ESTES, 1995; KEEL, LEON & FULKERSON, 2001 *apud* WHO, 2004b).

Tem havido um aparente aumento destes transtornos nos últimos 50 anos. Nos EUA, a anorexia nervosa é a terceira condição crônica mais comum entre meninas na adolescência, atrás apenas da obesidade e da asma. Entre as adolescentes, 5% a 15% utilizam métodos de controle dietéticos inadequados como indução de vômitos, uso de laxativos e diuréticos (PHELPS & WILCZENSKI, 1993 *apud* WHO, 2004b). A anorexia tem início geralmente entre os 14 e os 18 anos de idade, enquanto a bulimia é mais comum iniciar-se na transição entre adolescência e a vida adulta. Embora tanto a incidência quanto a prevalência destes transtornos seja baixa, as conseqüências podem ser graves. Em geral, de 25% a 33% dos casos de anorexia e da bulimia (25 a 33%) evoluem para condições crônicas. É comum a presença de co-morbidades com o abuso de substâncias psicoativas, depressão e ansiedade. Esses transtornos ocorrem principalmente entre atletas do sexo feminino, bailarinas e modelos.

Os principais fatores de risco comportamentais para os transtornos alimentares são: dietas inadequadas, preocupações excessivas com o peso e insatisfação com o corpo. Entre as influências sociais e familiares, destaca-se a influência de grupos de amigos e a super valorização do corpo magro pela mídia. Fatores psicológicos incluem

ligações emocionais inseguras, abusos físicos e sexuais, ameaças e intimidações, auto-estima baixa e dificuldades para lidar com conflitos.

d) Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Saúde mental em crianças e adolescentes pode ser conceituada como a capacidade de conseguir manter um nível ótimo de funcionamento e bem-estar psicológico, além de possuir um sentido de identidade e de auto-estima, relacionamentos saudáveis na família e nas relações sociais. Além disso, está relacionada com a capacidade de aprender, produzir e de enfrentar os desafios do desenvolvimento, além de utilizar os recursos culturais para maximizar o seu crescimento, sendo um fator crucial para a sua participação ativa na vida social e econômica (DAWES *et al.*, 1997 *apud* OMS, 2005).

A Atenção à Saúde da Criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde. Para promover a melhoria nesse campo, é necessário desenvolver um conjunto de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que considere os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais, ecológicos e psicológicos deste segmento populacional (BRASIL, 2006).

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizada por intensas transformações biopsicossociais (BRASIL, 2006). A Atenção à Saúde do Adolescente também tem como características as ações e o enfoque preventivo e educativo (BRASIL, 2002).

É importante enfatizar o papel crucial da promoção da saúde mental na infância e adolescência, assim como a construção de uma rede de cuidados e tratamento afinada às reais necessidades desta população. Importam nas ações de promoção da saúde mental, a redução dos impactos dos fatores de risco e o reforço dos fatores de proteção, na família, nas escolas, nos serviços de saúde em geral e na comunidade. A carga associada aos transtornos mentais em crianças e adolescentes é grande, agravada pelo forte estigma e pela discriminação que estão associados. Desse modo, é essencial disponibilizar intervenções efetivas e apoio para os 20% de crianças e adolescentes que, estima-se, sofrem com problemas ou transtornos mentais. (OMS, 2005b).

Em muitas situações, os transtornos mentais são compreendidos de forma inadequada, e as crianças afetadas são erroneamente encaradas como “não se esforçando o suficiente” ou como “criadoras de problemas” (OMS, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil aponta princípios norteadores para essa população, que se baseiam em uma ética e em uma lógica do

cuidado. Seguem alguns dos princípios que vêm orientando a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes no país (BRASIL, 2005a):

1. **A criança ou adolescente a ser cuidado é um sujeito** de direitos, dentre os quais, o direito a ser cuidado. É responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É preciso escutar as crianças e os jovens dos quais se trata, atento para não se tomar o que se diz desses sujeitos, como as demandas apresentadas por pais, familiares, professores, e outros. “A noção de sujeito implica a noção de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada” (BRASIL, 2005a, p.11).
2. **Acolhimento Universal:** É importante enfatizar que “acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, sempre possível, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo o caso” (BRASIL, 2005a, p12), inclusive para o setor privado. Quando a demanda é recebida e ouvida, faz-se necessário dar uma resposta, e se for o caso, realizar o encaminhamento adequado e implicado.
3. O **Encaminhamento implicado** diz da responsabilidade de quem encaminha, na medida em que deve acompanhar o caso até seu novo destino, discutindo as condições de atendimento.
4. **Construção Permanente da Rede.** Com isto se quer afirmar que o serviço não deve limitar suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas). Deve incluir o trabalho com os diversos serviços e equipamentos do território, e assim, construir a rede, mesmo quando há ausência de serviços adequados ao caso.
5. **O Território** que é o lugar psicossocial do sujeito. O conceito adotado pela Política de Saúde Mental de Território ultrapassa o recorte regional ou geográfico. O território é onde a vida acontece, considerando as “instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território” (Ministério da Saúde, 2005, p.13).
6. **A Intersetorialidade na ação do cuidado,** um dos princípios norteadores da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, pressupõe o desenvolvimento de ações junto a todos os equipamentos

do território, sejam de natureza clínica ou não, que estejam envolvidos na vida do sujeito a ser cuidado. A articulação intersetorial é imprescindível para que se alcance a integralidade do cuidado.

Diante dos princípios apresentados, vale ressaltar que o Ministério da Saúde aponta para a necessidade de deslocar do lugar de referência e de modelo de cuidado e de assistência as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente e isolacionista. Faz-se necessária a articulação de novos dispositivos de cuidado, vinculados ao processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2005a. 14).

Estudos de base populacional têm revelado uma prevalência abrangente de transtornos mentais neste segmento populacional em torno de 20%, em vários países e em diferentes culturas (BIRD, 1996; VERHULST, 1995 *apud* OMS, 2005). Entre os problemas psiquiátricos na infância e na adolescência, que chegam a atingir entre 15% e 20% da população, predominam os transtornos de comportamento disruptivo e transtornos emocionais (LAI, 2000 *apud* ABP, 2006). Seu cuidado depende não apenas do tratamento direcionado ao paciente, depende também das famílias envolvidas.

A tabela abaixo mostra a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes em alguns países selecionados, incluindo o Brasil.

Tabela 3 – Prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência por países

País	Estudo	Idade	Prevalência
Brasil	Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004	7-14	12.7
Canadá (Ontário)	Offord et al., 1987.	4-16	18.1
Etiópia	Tadesse et al., 1999	1 -15	17.7
Alemanha	Weyerer et al., 1988	12 - 15	20.7
Índia	Indian Council of Medical Research	1 - 16	12.8
Japão	Morita et al., 1993	12 - 15	15.0
Espanha	Gomez-Beneyto et al., 1994	8, 11, 15	21.7
Suíça	Steinhausen et al., 1998	1 - 15	22.5
EUA	United States Department of Health and Human Services, 1999	9-17	21.0

Fonte: "Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans" (WHO, 2005)

Em recente pesquisa realizada pela ABP em parceria com o IBOPE (ABP, 2008) foram realizadas 2002 entrevistas em 142 municípios brasileiros, estimando-se a prevalência dos transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência (6 a 17 anos). Segundo a pesquisa, 12,6% das mães entrevistadas relataram ter um filho

com sintomas de transtorno mental importante a ponto de necessitar tratamento ou auxílio especializado. O número equivale a cerca de 5 milhões de crianças.

Ainda segundo essa pesquisa, a maior parte das crianças e adolescentes apresenta sintomas para mais de um transtorno mental. Mais de 3 milhões (8,7%) têm sinais de hiperatividade ou desatenção; 7,8% possuem dificuldades com leitura, escrita e contas (sintomas que correspondem ao transtorno de aprendizagem), 6,7% têm sintomas de irritabilidade e comportamentos desafiadores e 6,4% apresentam dificuldade de compreensão e atraso em relação a outras crianças da mesma idade (ABP, 2008).

Sinais importantes de depressão também apareceram em aproximadamente 4,2% das crianças e adolescentes. Na área dos transtornos ansiosos, 5,9% relataram ansiedade importante com a separação da figura de apego; 4,2% em situações de exposição social e 3,9% em atividades rotineiras como deveres da escola, o futuro e a saúde dos pais.

Em relação à questão do uso de substâncias psicoativas, verificou-se que mais de 1 milhão das crianças e adolescentes (2,8%) apresentam problemas significativos com álcool e outras drogas. Na área de problemas de conduta, como mentir, brigar, furtar e desrespeitar, 3,4% das crianças apresentaram problemas (ABP, 2008).

A tabela a seguir apresenta os principais achados da pesquisa (ABP, 2008):

sintomas de transtornos mentais com significância clínica	prevalência*	não precisou de tratamento**	PRECISOU DE TRATAMENTO		
			não conseguiu tratamento % (IC)	Tratamento SUS % (IC)	Trat. convênio/particular % (IC)
hiperatividade/desatenção ^a	8.7%	65.8% (56.6-73.9%)	41.9% (26.9-58.6)	38.7% (23.3-56.8)	19.4%(8.6-37.9)
tristeza/desânimo/choro ^b	4.2%	51.4% (33.8-68.7)	40.0% (22.4-60.7)	53.3% (31.1-74.3)	6.7% (0.8-37.8)
ansiedade com separação da figura de apego ^c	5.9%	61.9% (49.6-72.9)	33.3% (16.3-56.2)	47.6% (24.9-71.4)	19.0% (6.6-43.8)
dificuldades com leitura, escrita e contas ^d	7.8%	57.3% (45.3-68.6)	39.3% (24.6-56.1)	50.0% (32.9-67.1)	10.7% (3.3-29.5)
medos específicos (insetos, trovão, etc) ^e	6.4%	74.5% (65-82.1)	34.8% (18.1-56.4)	47.8% (27.9-68.5)	17.4% (6.9-37.3)
ansiedade em situações sociais ^f	4.2%	71.2% (59.6-80.5)	26.7% (10.2-53.7)	60.0% (32.4-82.4)	13.3% (2.9-43.8)
ansiedade com coisas rotineiras (provas, o futuro, etc) ^g	3.9%	84.5% (75.2-90.8)	28.6% (18.4-41.6)	57.1% (35.6-76.3)	14.3% (3.3-44.7)
comportamentos desafiadores, opositivos/irritabilidade ^h	6.7%	58.7% (46.1-70.3)	41.7% (25.9-59.3)	37.5% (21.0-57.5)	20.8% (9.0-41.1)
dificuldades de compreensão/atraso em relação aos outros da mesma idade ⁱ	6.4%	52.7% (39.9-65.2)	39.1% (23.0-58.0)	52.2% (32.3-71.4)	8.7% (2.0-30.7)
problemas com o uso de álcool e/ou drogas ^j	2.8%	56% (35.2-74.9)	60.0% (27.4-85.6)	30.0% (11.4-58.8)	10.0% (1.5-44.5)
mentiras/brigas/furtos/desrespeito ^k	3.4%	62.2% (44.4-77.2)	33.3% (18.0-53.2)	50.0% (27.4-72.6)	16.7% (4.0-48.8)

Nota: * prevalência corresponde aqueles que disseram 'sim' para sintoma e que precisam de tratamento, ** não precisou de tratamento = 'não precisou' e 'não sabe'

a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k sintomas sugestivos respectivamente dos diagnósticos de tr. déficit de atenção e hiperatividade, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade de separação, transtorno da aprendizagem, fobias específicas, transtorno de ansiedade social, tr. de ansiedade generalizada, tr. desafiador opositivo, retardo mental, transtorno por uso de substâncias, transtorno de conduta

No documento “Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans”, a OMS ressalta que, sem uma direção clara para a construção de uma diretriz para a saúde mental de crianças e adolescentes, há o risco do sistema de saúde tornar-se fragmentado, pouco efetivo, caro e inacessível (OMS, 2005). Desse modo, é necessário abordar crianças e adolescentes enquanto populações características, com universos próprios e manifestações comportamentais típicas. A OMS (2005) destaca três razões importantes para se desenvolver intervenções específicas para crianças e adolescentes:

I - como os transtornos mentais ocorrem em certos estágios do desenvolvimento da infância e da adolescência, os programas de identificação e as intervenções para tais transtornos podem ser direcionados para os estágios em que estes costumam aparecer com maior probabilidade;

II - como há um alto grau de continuidade entre os transtornos da infância e adolescência e os da idade adulta, intervenções precoces poderiam prevenir ou reduzir a probabilidade de dano em longo prazo e

III - intervenções efetivas reduzem a carga dos transtornos mentais sobre o indivíduo e a família, reduzindo os custos para os sistemas de saúde e comunidades.

Uma intervenção em saúde mental é entendida como um conjunto de atividades, disponíveis a todas as faixas etárias, com o propósito de promover a saúde mental e prevenir, tratar e reabilitar os transtornos mentais (OMS, 2005). Nesta Diretriz, foi escolhida a classificação de crianças e adolescentes utilizada pela OMS (2005):

1 - período pré-natal: da concepção ao nascimento;

2 – infância: do nascimento aos 09 anos;

3 – adolescência: dos 10 anos aos 19 anos.

Enquanto há muito tempo já é aceito que a saúde física de um indivíduo pode ser afetada por fatores como traumas, genética, tóxicos e outras doenças, esta mesma noção apenas recentemente tem se estendido para a saúde mental. Os transtornos mentais na infância e adolescência podem se manifestar de diversas formas. Atualmente, o entendimento de que transtornos mentais na infância e adolescência podem continuar na vida adulta já está estabelecido (OMS, 2005).

Entretanto, mais que a mera ausência de doença, a saúde comporta um estado de bem estar biopsicossocial, composto por elementos físicos, familiares, sociais, pessoais, administrativos, escolares todos desembocando, de maneira geral, naquilo que se costuma agrupar sob a denominação genérica de *qualidade de vida da criança* (ABP, 2006).

Crianças com pais portadores de transtornos mentais ou usuários de substâncias psicoativas representam uma das populações de maior risco para problemas psiquiátricos. Filhos de pais com depressão têm 50% de risco de desenvolver um transtorno depressivo antes dos 20 anos (BEARDSLEE *et al.*, 1988 *apud* WHO, 2004b). Esta transferência transgeracional, principalmente de depressão e transtornos ansiosos, é atribuída ao resultado de interações precoces entre fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e sociais (VAN DOESUM, HOSMAN &RIKSEN-WALRAVEN, in press *apud* WHO, 2004b).

O estabelecimento de intervenções precoces voltadas para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes oferece uma excelente oportunidade para a prevenção em saúde mental como um todo, uma vez que importante percentual de transtornos mentais em adultos têm o seu início ou fases pré-mórbidas na infância e adolescência (KIM-COHEN e *col.*, 2003).

Estudo prospectivo longitudinal (2003) acompanhou uma coorte representativa de 1037 indivíduos desde o nascimento até os 26 anos de idade. Foram feitos diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM aos 11, 13, 15, 18, 21 e 26 anos de idade. Dos casos definidos por meio de entrevista diagnóstica padronizada, 73,9% tinham recebido um diagnóstico antes dos 18 anos de idade e 50% antes dos 15 anos de idade; dos casos em tratamento, 76,5% receberam um diagnóstico antes dos 18 anos de idade e 57,5% antes dos 15 anos de idade e, dos casos que estavam recebendo tratamento intensivo em serviços de saúde mental, 77,9% receberam um diagnóstico antes dos 18 anos de idade e 60,3% antes dos 15 anos de idade (Kim-Cohen e Col, 2003).

Dados desta mesma pesquisa sugerem que transtornos mentais em adultos geralmente foram precedidos por seus correspondentes juvenis (por exemplo, ansiedade no adulto foi precedido por ansiedade juvenil), mas também por diferentes transtornos. Especificamente, ansiedade em adultos e esquizofrenia foram precedidos por uma ampla gama de transtornos juvenis.

Entre os adultos portadores de transtornos mentais, de 25% a 60% dos casos tinham história de distúrbio de conduta e/ou desafiador ou de oposição na infância e/ou adolescência. Muitos transtornos em adultos poderiam ser reenquadrados como extensões de transtornos na juventude. (KIM-COHEN e *col.*, 2003).

Adultos com esquizofrenia tiveram uma história juvenil de múltiplos transtornos, tais como ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e distúrbio de conduta e/ou desafiador ou de oposição. Este achado é consistente com as associações previamente reportadas entre psicoses em adultos e sintomas internalizados e externalizados na infância. Um dos achados mais importantes do referido estudo foi que o distúrbio de conduta e/ou desafiador ou de oposição fez parte da história de desenvolvimento de todos os transtornos diagnosticados na fase adulta. Esses achados enfatizam a importância de centrar esforços preventivos numa época da vida cada vez mais precoce. (KIM-COHEN e *col.*, 2003).

Estigma e Discriminação

É consenso que todas as pessoas portadoras de transtornos mentais sofrem com discriminações. Entretanto, as crianças e adolescentes sofrem ainda mais pela menor capacidade que possuem de autoproteção. Além disso, as crianças pensam mais de forma dicotômica que os adultos sobre categorias como “bem” e “mal” ou “saúde” e “doença” e, portanto, podem assumir mais facilmente rótulos inadequados e negativos. O estigma e a discriminação incluem preconceito, estereótipos, medo, embaraço, raiva e rejeição, violação de direitos básicos do ser humano e da liberdade, menores oportunidades de educação e perda dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. (OMS, 2005). Enquanto os pais de crianças com doenças físicas recebem freqüentemente ajuda e suporte, pais com crianças com problemas mentais, ao contrário, podem ser rejeitados (OMS, 2005).

Nesta fase da vida, os indivíduos podem ser influenciados por diversos fatores. Como o próprio termo *biopsicossocial* sugere, estes fatores podem co-existir em diversos âmbitos da vida, destacando-se:

- Fatores Biológicos de Risco: exposição a tóxicos durante a gravidez (ex: tabaco e álcool), predisposição genética para transtornos psiquiátricos, traumatismo craniano, hipóxia ao nascer e outras complicações ao nascer; infecção por HIV, desnutrição e outras doenças.
- Fatores Biológicos de Proteção: desenvolvimento físico apropriado, boa saúde física e bom desempenho intelectual.
- Fatores Psicológicos de Risco: transtornos de aprendizado, traço de personalidade mal adaptativa, abuso ou negligência física, emocional ou sexual, temperamento difícil.
- Fatores Psicológicos de Proteção: habilidade de aprender com as experiências, boa auto-estima, habilidade elevada para a resolução de problemas e habilidades sociais.

Considerando que nesta fase da vida há maior propensão a estigmas e discriminações, os problemas mentais de crianças e adolescentes devem ser vistos em um contexto social mais amplo e, por variarem de acordo com os estágios de desenvolvimento, as intervenções devem ser sensíveis a esses estágios e devem levar em consideração as diferenças sociais e culturais. As diretrizes para esta faixa etária devem contemplar, além da promoção da saúde e a prevenção de doenças, o tratamento adequado das patologias.

Assim, as ações e serviços privados destinados à atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais, ressalvadas as diferenças e missões dos serviços públicos e privados, devem levar em conta os princípios que vêm orientando no país a política pública de saúde mental para essa população. Devem assim, poder contemplar: consultas por especialistas, leitos de suporte, serviços-dia para casos de maior complexidade, serviços residenciais terapêuticos e outros.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde para atenção à saúde mental da infância e adolescência (BRASIL, 2005) esta deve ser promovida a partir de uma rede de serviços, que garanta os princípios preconizados pela reformulação do modelo de atenção à saúde mental implementada no Brasil, expressos na Lei 10.216/01, assim como os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Em relação aos serviços de atendimento aos casos graves, segundo o Ministério da Saúde, o ponto central do sistema, a partir do qual se articulam as ações de cuidado, deve ser um serviço aberto e de atenção integral que ofereça um conjunto de atividades, tais como acompanhamento terapêutico, oficinas e brinquedotecas infantis, atendimento a familiares, atendimentos terapêuticos individuais e grupais, entre outras. (BRASIL, 2005).

Segundo a Diretriz da ABP (2006), na medida em que outros modelos terapêuticos mostram sua eficácia (ambulatório, brinquedoteca, hospital-dia e outros) o índice de internações diminui. Em último caso, quando indicada internação, os pacientes devem ser acompanhados por um familiar para que seja preservado o vínculo familiar, importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostra-se de grande importância na diminuição do número de internações bem como no índice de reinternações (ABP, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda que as internações, quando necessárias, sejam realizadas preferencialmente em hospitais gerais, articulados com a rede de serviços extra-hospitalares.

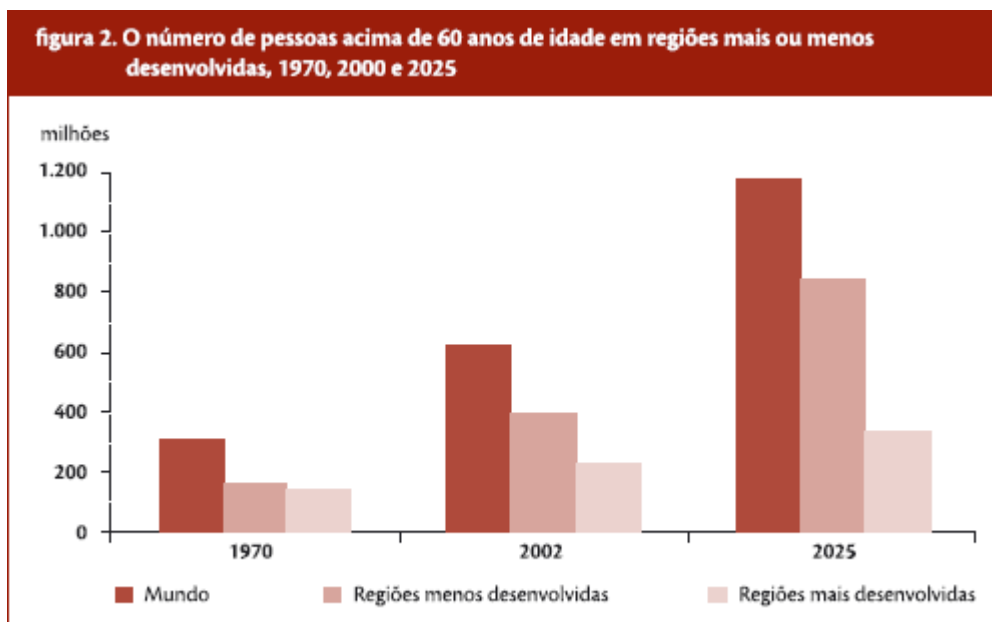
3) Saúde Mental em Idosos

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS/OMS, 2005).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo 80% nos países em desenvolvimento. Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (OPAS/OMS, 2005).

Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo (OPAS/OMS, 2005).

O quadro abaixo apresenta estimativa de rápido crescimento da população de idosos (acima de 60 anos) nos países em desenvolvimento até 2025.



Fonte: Nações Unidas, 2001.

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças, e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir

da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações, o idoso possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima autonomia e qualidade possíveis. Essa possibilidade aumenta na medida em que se considera o contexto familiar e social e se reconhecem as potencialidades de cada indivíduo a despeito da idade. Portanto, parte das dificuldades destas pessoas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita. (BRASIL, 2007).

Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade no Brasil, o tratamento das condições clínicas e psiquiátricas dos idosos tem adquirido maior importância e impacta do nos gastos com saúde.

Os idosos podem apresentar duas a três doenças crônico-degenerativas, o que demonstra que o cuidado em saúde deve levar em conta as co-morbidades mais freqüentemente observadas: tabagismo, hipertensão arterial; DPOC; doenças pulmonares; quedas; dislipidemia; obesidade (VERAS *et al*, 2008).

À medida que avança a idade, é significativo o aumento progressivo da prevalência de transtornos degenerativo, mais acentuadamente os transtornos demenciais. A prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos, apenas para citar um exemplo. Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer (ABP, 2006).

A depressão em idosos tem sido considerada como um dos quatro gigantes da geriatria, sendo os outros três a *demência*, *quedas* e *infecções*. Além dos quadros de agitação e agressividade, a dependência para atividades de vida diária nos idosos é a principal causa de institucionalização, contribuindo para o aumento dos gastos públicos e da família com saúde. Todos esses fatores demonstram a necessidade da estruturação de estratégias específicas para a atenção à saúde mental do idoso (ABP, 2006).

Nas instituições de longa permanência para idosos, cerca de 50% dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são os mais comuns, seguidos por problemas comportamentais e depressão (BRASIL, 2006).

A equipe de profissionais envolvida na assistência ao idoso deve incluir médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e musicoterapeutas, entre outros profissionais (ABP, 2006).

Demência

É uma síndrome clínica caracterizada pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores, decorrentes de doença ou disfunção cerebral de natureza crônica progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é usualmente acompanhado e, às vezes, antecedido por alterações psicológicas, do comportamento e da personalidade (BRASIL, 2006).

Ao envelhecer, a maioria das pessoas se queixa mais freqüentemente de esquecimentos cotidianos. Esse transtorno da memória relacionado à idade é muito freqüente. Um problema de memória deve ser considerado sério, quando afeta as atividades do dia-a-dia, ou seja, quando a pessoa tem problemas para recordar como fazer coisas simples do cotidiano (BRASIL, 2007).

A demência é uma das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência entre os idosos. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade. (BRASIL, 2006g).

Quanto à prevenção, recentes estudos têm apontado para a relevância da prevenção de traumas cranioencefálicos, hipertensão arterial sistólica e altos níveis de colesterol como forma de redução dos riscos de demências associadas a fatores vasculares. (WHO, 2004b).

Os principais fatores de risco associados à Doença de Alzheimer (DA), principal causa de demência (BRASIL, 2006) são: idade (a incidência dobra a cada cinco anos a partir dos 65 anos de idade); história familiar de DA; síndrome de Down; doença de Parkinson; trauma crânio-encefálico; mulheres após menopausa (queda de estrógeno); hipotireoidismo; exposição a alumínio e pesticidas; baixo nível educacional; hipertensão; hipercolesterolemia; episódio prévio de depressão maior, particularmente com início na terceira idade e distúrbio cognitivo leve.

Depressão em Idosos

É a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio, sendo os idosos o grupo etário que, com mais freqüência, se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se deva ignorar os chamados suicídios passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar) (BRASIL, 2006).

Como os sintomas depressivos podem ser confundidos com o envelhecimento, se a equipe de saúde não estiver atenta para a identificação da sintomatologia ou a considere parte normal do processo de envelhecimento, o diagnóstico passará

despercebido. Cerca de 50 a 60% dos casos não são detectados, tornando a depressão subdiagnosticada e subtratada nesta faixa etária. A depressão pode coexistir com a demência em sua fase inicial. Um dos desafios para o profissional é distinguir entre depressão na etapa tardia da vida e o início de uma demência (BRASIL, 2006).

Os fatores de risco gerais incluem: antecedentes depressivos prévios; doença incapacitante e/ou dolorosa; abandono e/ou maus tratos; institucionalização; morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo; uso de medicamentos como os benzodiazepínicos, betabloqueadores, entre outros. (BRASIL, 2007).

As condições que indicam maior risco de suicídio na pessoa idosa são, além das já citadas: sexo masculino; solidão; doença depressiva severa; insônia persistente; inquietação psicomotora importante; etilismo e sentimentos de culpa excessiva. (BRASIL, 2007).

Os principais recursos terapêuticos são: atendimento individual, psicoterapia e farmacoterapia; atendimento em grupo e atendimento à família.

III. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM SAÚDE MENTAL

A ANS tem com objetivo induzir uma mudança do modelo de atenção à saúde que vem sendo praticado no setor suplementar brasileiro, tendo como uma de suas estratégias o estímulo à adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de práticas cuidadoras e integrais, com a implementação de programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Estes programas têm sido estimulados em todas as Áreas de Atenção priorizadas pela Agência: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde da Mulher; Saúde Mental e Saúde Bucal.

i. Programas Específicos para o acompanhamento de portadores de Transtornos Mentais

Promoção da Saúde Mental:

As atividades de promoção da saúde mental implicam na criação de condições ambientais e sociais que propiciem um desenvolvimento psicológico e psicofisiológicos adequados. Tais iniciativas envolvem os indivíduos em um processo positivo como melhora da qualidade de vida e redução da distância da expectativa de saúde entre os indivíduos e os grupos. Este processo deve ser construído de forma participativa com as pessoas e para as pessoas. A prevenção dos transtornos mentais pode ser considerada um dos resultados de uma estratégia ampla de promoção da saúde mental (HOSMAN & JANÉ-LLOPIS 1999 *apud*, WHO, 2004b).

Prevenção de Transtornos Mentais:

O objetivo da prevenção de transtornos mentais é a redução da incidência, prevalência e recorrência desses transtornos, o tempo perdido com sintomas ou a redução das condições de risco, prevenindo ou impedindo recorrências e diminuindo o impacto da doença sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade (MRAZEK & HAGGERTY, 1994 *apud* WHO, 2004b).

Tendo como paradigmas os conceitos de promoção e prevenção descritos acima e considerando as linhas de cuidado priorizadas e já discutidas no item II, apresentamos a seguir sugestões da configuração dos programas específicos e as ações priorizadas em cada uma deles.

A ANS considera como um Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, um conjunto ordenado e sistematizado de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças de âmbito coletivo, direcionadas a um público-alvo

específico sob a coordenação de técnicos vinculados diretamente ou de forma terceirizada à operadora de plano de saúde.

Além disso, um programa deve contar com um acompanhamento específico dos seus participantes, bem como o monitoramento dos seus resultados através de indicadores de saúde.

a) Programas Específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças para o acompanhamento de portadores de Transtornos Mentais Graves e Persistentes

A ação da ANS tem sido a de incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de práticas assistenciais voltadas para a prevenção da cronificação dos transtornos mentais graves e persistentes. Estes programas têm como objetivo principal reorientar o modelo assistencial no sentido de evitar internações repetidas e o abandono do tratamento, proporcionar a melhoria da qualidade de vida e das relações familiares destes usuários, bem como estimular a reinserção social.

Ações sugeridas:

- Mapeamento dos pacientes graves na carteira da operadora, que necessitem de programas específicos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para manutenção do tratamento;
- Construção de um sistema de informações em saúde mental para o monitoramento e avaliação da atenção à saúde prestada;
- Contar com equipe multidisciplinar;
- Grupos educativos e de apoio aos familiares;
- Grupos terapêuticos e/ou operativos com pacientes;
- Busca ativa de pacientes que abandonam as consultas e/ou a medicação;
- Realização de grupos de estímulo aos de pacientes para reinserção social;
- Grupos de Terapia Ocupacional e/ou Arteterapia;
- Programações culturais e de lazer assistidas;
- Equipe qualificada nas emergências psiquiátricas, que devem ocorrer prioritariamente em Hospital Geral, para redução de visitas em emergência e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária;
- Acompanhamento Terapêutico.

b. Programas Específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças para o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas

Por tratar-se de um problema de dimensões amplas, com grande repercussão social, profissional, familiar e pessoal, bem como diante da magnitude dos números sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas no mundo e particularmente no Brasil, a implantação de programas específicos para a prevenção desta condição deve ser de uma prioridade das operadoras de planos privados de assistência à saúde, que em seu conjunto assistem a cerca de 51 milhões de brasileiros.

Estes Programas devem estar pautados na Política Ampliada do Ministério da Saúde de Redução de Danos. Seguindo esta diretriz, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Como aponta a Política do MS: “Tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando” (BRASIL, 2003).

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2003c).

Ações Sugeridas:

- Implementar programas de educação em saúde sobre álcool e drogas para toda a população beneficiária;
- Implementar programa de apoio e educação em saúde para familiares e usuários;
- Implementar programa de apoio e educação em saúde sobre álcool e drogas para adolescentes e seus familiares;
- Trabalhar com equipes multidisciplinares;
- Capacitar recursos humanos;
- Organizar tratamento específico na atenção ambulatorial;
- Estabelecer programas específicos para alcoolismo e outras drogas em todos os níveis de atenção;
- Criar vínculos com outros setores sociais como Alcoólicos Anônimos – AA;

- Implementar programas preventivos junto às empresas direcionados para os beneficiários de planos empresariais.
- Estimular, quando for o caso, a reinserção do paciente na família e na sociedade;
- Contar com equipe qualificada nas emergências psiquiátricas e clínicas, priorizando-se a qualificação da atenção à emergência em Hospital Geral, para redução de visitas em emergência e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária.

d) Programas Específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças para o acompanhamento de crianças e adolescentes

Segundo as Diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção à saúde Mental da Infância e Adolescência (2005), esta deve ser promovida a partir de uma rede de serviços que garanta os princípios preconizados pela reformulação do modelo de atenção à saúde mental implementada no Brasil, expressos na Lei 10.216/01, assim como os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2005).

De maneira geral, a atenção integral à saúde da criança e do adolescente se constitui em uma das maneiras de prevenir os transtornos mentais nesta faixa etária. O documento do MS “Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança” do MS estabelece os seguintes eixos para a atenção integral à saúde da criança:

1. Nascimento saudável
2. Atenção ao menor de 1 ano
3. Atenção às crianças acima de 1 ano

Além disso, a proteção aos direitos humanos de crianças e adolescentes é considerada a estratégia mais importante de prevenção de transtornos mentais. As condições de vida adversas como abuso infantil, físico, psicológico ou sexual, violência, discriminações, pobreza, guerra, escolaridade, etc, têm um impacto significativo no desencadeamento de transtornos mentais (WHO, 2004b).

Desse modo, os profissionais de saúde devem estar atentos para detectar esse tipo de desrespeito à criança ou adolescente nos serviços de saúde para que seja oferecido um encaminhamento cabível.

Um quinto dos adolescentes com menos de 18 anos sofrem com problemas do desenvolvimento, emocionais ou comportamentais; um em cada oito adolescentes sofre de algum transtorno mental. Entre crianças, a taxa é de uma em cada cinco. (WHO, 2004b).

Crianças de pais portadores de transtornos mentais ou usuários de substâncias psicoativas representam uma das populações de maior risco de desenvolver problemas mentais. Filhos de pais portadores de depressão têm um risco de aproximadamente 50% de desenvolver depressão após os vinte anos de idade (BEARDSLEE *et al.*, 1988 *apud* WHO, 2004b).

Uma boa estratégia de prevenção da depressão em crianças e adolescentes de risco é centrar a abordagem em crianças cujos pais sofram de problemas depressivos. Em um estudo controlado randomizado foi aplicada terapia cognitiva em um grupo com 15 participantes. O método foi usado para identificar e desafiar os padrões negativos de pensamento e gerar idéias mais positivas e realistas. Através do estudo evidenciou-se uma menor incidência de depressão no grupo experimental (9,3%) que no grupo controle (28, 8%) em 14 semanas de seguimento (CLARKE *et al.*, 2001 *apud* WHO, 2004b).

Os riscos individuais e familiares, bem como os fatores de proteção aos transtornos mentais podem ser de ordem biológica, emocional, cognitiva, comportamental, interpessoal ou relacionadas ao contexto familiar. Esses fatores podem ter impacto na saúde mental das pessoas em períodos mais sensíveis ao longo da vida e até mesmo ter impacto entre gerações.

O abuso infantil e as condições precárias de vida, por exemplo, predisõem à depressão, ansiedade e abuso de drogas. Além disso, o abuso infantil e pais portadores de transtornos mentais também predisõem a depressão e ansiedade na vida adulta, assim como nas próximas gerações. Por outro lado, famílias com segurança nas relações afetivas e com bom suporte social podem reduzir os riscos para transtornos mentais (HOEFNAGELS, 2005; BEARDSLEE, SOLANTAUS & VAN DOESUM, 2005 *apud* WHO, 2004b).

O comportamento de risco durante a gravidez e eventos estressores na infância e adolescência podem causar vulnerabilidades neuropsicológicas (BROWN & STURGEON, 2005 *apud* WHO, 2004b). Além disso, os problemas conjugais dos pais também podem predispor a problemas mentais nas crianças (SANDLER, AYERS & DAWSON-MCCLURE, 2005; DYER & HALFORD, 1998 *apud* WHO, 2004b).

Algumas vezes, esses fatores predisponentes podem levar a uma sucessão de problemas como déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) entre crianças pequenas, problemas de comportamento na idade escolar, predispondo a problemas na adolescência como uso de álcool e até depressão da vida adulta. Estes são apenas alguns exemplos do impacto que os fatores de risco e proteção de transtornos mentais podem ter na trajetória individual e familiar (WHO, 2004b).

Assim, a atenção humanizada em todas as fases da infância é importante para prevenir e/ou tratar os transtornos mentais. Tornam-se relevantes: a atenção qualificada à gestação e ao recém-nascido, a triagem neonatal e o incentivo ao aleitamento materno; o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, o estímulo à alimentação saudável, a orientação à imunização, a atenção a doenças prevalentes e à saúde bucal, a prevenção de acidentes, maus-tratos, violência, etc. Por fim, é de grande importância a atenção à saúde mental propriamente dita (BRASIL, 2005).

Ações sugeridas

- Prática de acolhimento/escuta a toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- Manter a continuidade da assistência, agendando retorno de acordo com a necessidade da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitando-se a internação desnecessária;
- Orientação aos familiares individual e em grupo;
- Realizar busca ativa de crianças faltosas ao acompanhamento proposto;
- Conhecer o número de crianças da carteira que apresentam transtornos mentais;
- Captar as crianças com sinais de transtornos mentais, maus-tratos, etc em toda oportunidade: consultas, visitas a serviços de U/E, etc.

Na organização da atenção à saúde do adolescente devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas dos adolescentes; respeito às características socioeconômicas e culturais do adolescente e participação ativa dos adolescentes no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2002).

Princípios fundamentais na atenção aos adolescentes (BRASIL, 2002):

- Ética: a relação entre o profissional de saúde e os adolescentes deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade;
- Privacidade: os adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem;

- Confidencialidade e sigilo: os adolescentes devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita.

Os adolescentes devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o próprio adolescente quanto para terceiros. Esses princípios levam em consideração que adolescentes são sujeitos capazes de tomar decisões de forma responsável.

Temas a serem abordados por grupos de adolescentes:

- Cidadania
- Projetos de vida, sonhos, auto-estima;
- Participação juvenil;
- Direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- Sexualidade e saúde reprodutiva;
- Relações de gênero;
- Crescimento e desenvolvimento;
- Relacionamentos sociais: família, escola, grupo de amigos;
- Corpo, autocuidado e autoconhecimento;
- Uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- Violência doméstica e social;
- Cultura de paz;
- Esportes e nutrição;
- Trabalho.

c) Programas Específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças para o acompanhamento ao idoso

A terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência. As políticas e programas vinculados a este paradigma ultrapassado não refletem a realidade, pois, na verdade, a maioria das pessoas permanece independente na idade mais avançada. Especialmente nos países em desenvolvimento, várias pessoas acima de 60 anos continuam a participar da força de trabalho (OPAS/OMS, 2005).

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, a OMS propõe o termo “envelhecimento ativo” desde o final dos anos 1990, procurando transmitir uma mensagem mais abrangente do que o termo anterior, “envelhecimento saudável”. Para definir este novo paradigma, conceitua Envelhecimento Saudável como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a expectativa de uma vida saudável à medida que as pessoas ficam mais velhas, inclusive aquelas que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OPAS/OMS, 2005).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.

Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social para promover o envelhecimento ativo necessitam de uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, a prevenção de riscos e doenças e o acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade.

O Abuso e a Violência contra os Idosos:

O abuso ao idoso é uma violação dos direitos humanos e uma causa relevante de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero. Entretanto, é

pouco denunciado em todas as culturas. Este é um dos principais pontos a serem abordados nas estratégias para a promoção da saúde dos idosos e na prevenção de doenças, inclusive dos transtornos mentais.

De acordo com a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso, este abuso é “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha”. (Action on Elder Abuse - 1995 [Ação para o Abuso de Idosos] *apud* OPAS/OMS, 2005).

Os maus tratos contra idosos incluem tanto o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, quanto a negligência. Os próprios idosos percebem o abuso como os seguintes fatores sociais: negligência (exclusão social e abandono), violação (dos direitos humanos, legais e médicos) e privação (de escolhas, decisões, status, dinheiro e respeito) (OMS/ INPEA 2002).

Fatores comportamentais determinantes para o envelhecimento ativo

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida.

O envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e a utilização correta de medicamentos podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo. É necessário incentivar e permitir que as pessoas desenvolvam autonomia, habilidades cognitivas (como resolver problemas), comportamento voltado para o social e capacidade para lidar de maneira eficaz em diferentes situações, reconhecendo e explorando a experiência e o vigor dos idosos para ajudá-los a melhorar seu bem estar psicológico (BRASIL, 2006).

Álcool e drogas

Enquanto os idosos tendem a beber menos do que os jovens, as mudanças de metabolismo que acompanham o processo de envelhecimento aumentam a suscetibilidade dos mais velhos à doenças relacionadas ao álcool, como desnutrição e doenças do pâncreas, estômago e fígado.

As pessoas idosas apresentam maior risco de lesões e quedas devido ao consumo de álcool, assim como riscos potenciais associados à mistura do álcool com fatores psicológicos. Desse modo, é importante determinar a extensão do uso de

álcool e de drogas pelos indivíduos conforme envelhecem, e implementar práticas e políticas para reduzir o uso impróprio e o abuso.

Serviços de saúde mental: os serviços de saúde mental, que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, devem ser uma parte integral na assistência de longo prazo ao idoso. Deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos (OMS, 2001).

Ações importantes:

1. Devem ser oferecidos diversos tipos de serviços de saúde mental para as pessoas à medida que envelhecem, que abordem desde a promoção de saúde mental aos serviços de tratamento para os portadores de transtornos mentais, reabilitação e reintegração na comunidade, conforme necessário.
2. Dar atenção especial ao aumento de depressão e tendência suicida devido à perda e ao isolamento social.
3. Fornecer cuidados de qualidade para idosos com demência e outros problemas cognitivos e neurológicos em sua própria casa e em casas de repouso, quando apropriado.
4. Dar atenção especial aos idosos com deficiência intelectual de longo prazo.
5. Eliminar a discriminação de idade nos sistemas de serviços de saúde.
6. Apoio integrado ao indivíduo e à família.
7. Estabelecer e manter padrões apropriados de cuidados para as pessoas que estão envelhecendo através de diretrizes, educação e colaboração.
8. Prevenir a iatrogênese (doenças e deficiências causadas pelo processo de diagnóstico ou tratamento).
9. Estabelecer um sistema adequado para prevenir reações medicamentosas adversas devido à freqüente presença de co-morbidades.
10. Orientar os familiares e/ou cuidadores em relação a opções de habitação para os idosos, que eliminem as barreiras físicas para sua independência e interdependência dos familiares.
11. Incentivar a participação integral do idoso na comunidade e na vida familiar.
12. Estimular os idosos a se tornar modelos de envelhecimento ativo e exemplos para os jovens.
13. Reconhecer e defender o papel importante e as responsabilidades dos avós.

12. Estimular uma imagem positiva do envelhecimento através de informações educativas sobre o envelhecimento ativo e confrontar estereótipos negativos sobre o envelhecimento.
13. Respeitar os contextos e as influências culturais;
14. Reconhecer a importância das diferenças entre gêneros;
15. Estimular o fortalecer o vínculo entre as gerações;
16. Respeitar e entender as questões éticas relacionadas à saúde e ao bem estar na velhice.

Atenção Domiciliar às Pessoas Idosas

Embora a Atenção Domiciliar não esteja contemplada entre as ações de cobertura obrigatória na saúde suplementar, a oferta desta modalidade de atenção, principalmente para os idosos, tem se tornado bastante comum nos planos privados de saúde e, por este motivo, receberá destaque na presente diretriz.

A Atenção Domiciliar é definida como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que o idoso está inserido, de seus potenciais e limitações, articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

Desta forma, a atenção domiciliar favorece o desenvolvimento e a adaptação das funções do idoso de maneira a restabelecer sua independência e preservar sua autonomia.

A Atenção Domiciliar é definida como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que o idoso está inserido, de seus potenciais e limitações.

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas, a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Nesta publicação a ANS reuniu desde informações epidemiológicas e demográficas, oriundas principalmente das bases de dados da própria Agência, do Ministério da Saúde e da OMS - até contribuições de diversos atores, como associações de especialistas, pesquisadores e demais sujeitos envolvidos com a temática da Saúde Mental, sobretudo no âmbito da Saúde Suplementar.

As reflexões aqui apresentadas trazem à tona a necessidade de discutir o Modelo Assistencial da Saúde Mental praticado no setor privado, à luz dos princípios político-institucionais pautados pela regulamentação da assistência à Saúde Mental no Brasil, no âmbito da Lei 10.216/01, bem como dos preceitos fundamentados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que apontaram para a necessidade de um modo de assistência à saúde que seja produtor de cuidado e autonomia, resgatando a cidadania e garantindo a reinclusão social dos portadores de transtornos mentais.

No setor privado essa discussão perpassa desde o estabelecimento das coberturas obrigatórias, passando pela organização dos fluxos assistenciais em cada tipo de segmentação existente no setor para todos os transtornos mentais estabelecidos pela CID e organizados pelas linhas de cuidado, até a organização de um dado modelo de atenção à saúde mental.

Neste sentido, esta publicação visa contribuir para a superação de um modelo de atenção caracterizado pela discreta articulação, produção fragmentada do cuidado, centralidade do médico psiquiatra e do enfermeiro, uso incipiente do planejamento das ações e valorização insuficiente dos dados epidemiológicos. Busca-se, a partir de algumas assertivas, estabelecer novos paradigmas para a atenção à saúde mental no setor suplementar que incluam o respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental, a redução da atenção hospitalar, a utilização de equipes multidisciplinares e abordagem psicossocial em todos os níveis de atenção, a adoção de políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a busca ativa dos pacientes evitando o abandono do tratamento, o apoio e medidas educativas aos familiares e/ou cuidadores, dentre outras ações lançadas nestas diretrizes.

Por fim, trata-se ainda de um conjunto de orientações teórico-práticas que pretende subsidiar a implementação e o aprimoramento de um modo de cuidar pautado pelo respeito à liberdade, autonomia e singularidades dos sujeitos.

V. ANEXO

i. Situação Atual da Atenção em Saúde Mental na Saúde Suplementar

A ANS, por meio do Sistema de Informações de Produtos – SIP, obtém dados assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde desde 2002. Entretanto, apenas a partir de 2005 o SIP passou a colher uma série de dados sobre a saúde mental na saúde suplementar, o que tem possibilitado um maior conhecimento por parte do órgão regulador sobre esta área de atenção.

Em 2007, a ANS, através da Gerência Geral Técnico Assistencial dos Produtos – GGTAP, enviou um Requerimento de Informação – RI a todas as operadoras de planos de saúde, exceto às exclusivamente odontológicas e às administradoras de planos de saúde, com vistas a realizar um mapeamento mais amplo da assistência à saúde mental prestada no setor.

Os dados foram coletados a partir do preenchimento de planilha Excel, disponível para *download* no sítio da ANS, e transmitidos via Programa Transmissor de Arquivo - PPA. Foram recebidos 1.013 arquivos, dentre os quais 14 apresentaram problemas de leitura ou foram enviados fora do período solicitado, restando para análise 999 questionários.

Assim, foi feito um diagnóstico através da consolidação de alguns dados referentes à assistência aos portadores de transtornos mentais na saúde suplementar informados ao SIP (Sistema de Informações de Produtos) no período de 2005 a 2007 e do Requerimento de Informação – RI. Segue abaixo o resultado desse diagnóstico

a) Análise dos dados da assistência em saúde mental – SIP

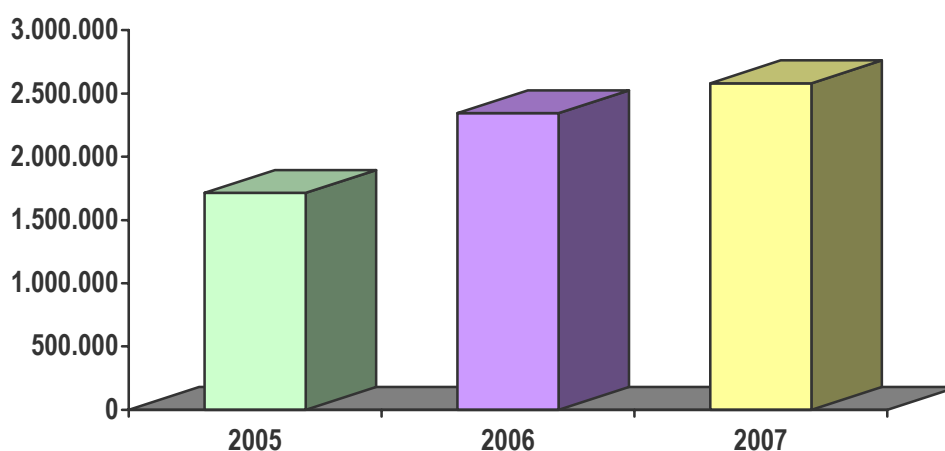
A tabela 1, abaixo, relaciona os eventos em saúde mental ao número de expostos para os anos de 2005, 2006 e 2007. Por sua vez, os gráficos 1 e 2 apresentam, respectivamente, o número de consultas e de internações psiquiátricas informado ao SIP para o período analisado. Observa-se que a proporção de consultas psiquiátricas por beneficiário vem aumentando discretamente ao longo dos anos.

Tabela 1: Consultas psiquiátricas informadas ao SIP. Brasil, junho/2008.

TIPO DE ATENDIMENTO	2005	2006	2007
Consulta médica com psiquiatra	1.712.978,00	2.344.183,00	2.581.314,00
Expostos – Consultas	33.365.192,27	34.065.666,25	36.998.158,82
Proporção consulta psiq/beneficiário	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)

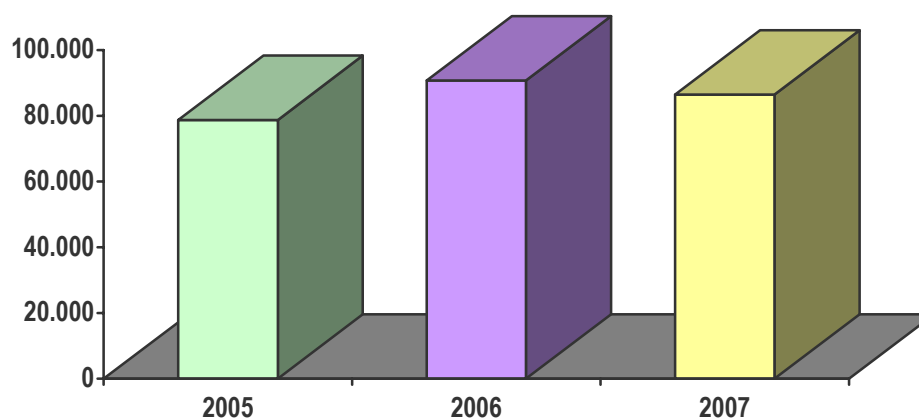
Fonte: Sistema de Informação de Produtos (SIP) – junho/2008

Gráfico 1: Número de consultas com psiquiatra informadas ao SIP



Fonte: Sistema de Informações de Produtos - ANS/MS – 05/2008

Gráfico 2: Número de internações psiquiátricas informadas ao SIP

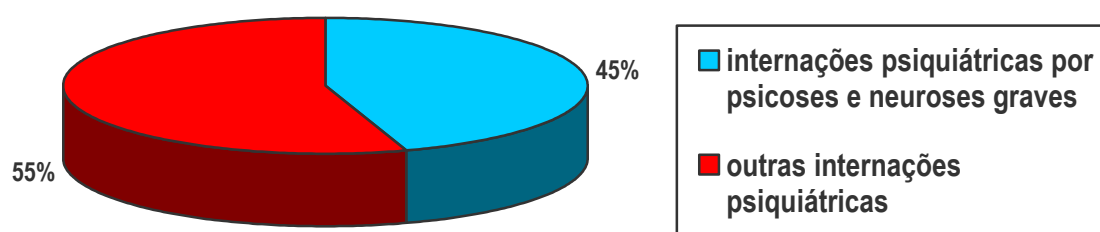


Fonte: Sistema de Informações de Produtos - ANS/MS – 05/2008

No gráfico 3, observamos que um número significativo (45%) das internações psiquiátricas, no ano de 2007, foram decorrentes de psicoses e neuroses graves, como esperado. A importância desse grupo de patologias fica evidente quando se percebe que, sozinho, é responsável por praticamente a metade dos casos de internação psiquiátrica na saúde suplementar. As outras internações informadas, colhidas através do SIP (55%) se deveram a todas as outras causas psiquiátricas. Infere-se daí que é necessário qualificar o dado no sentido de esclarecer quais são as causas exatas desses outros 55% de internações. Pode-se presumir que possivelmente sejam decorrentes, principalmente, do uso de álcool e drogas.

Sem desconsiderar a importância de outros grupos de patologias como a depressão, os transtornos ansiosos e as demências estes dados corroboram a necessidade de centralidade para a atenção às psicoses e neuroses graves e ao uso de álcool e drogas.

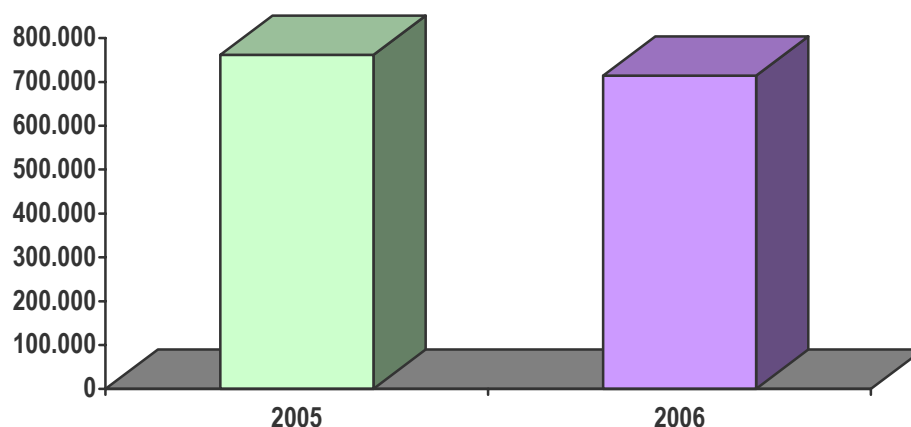
Gráfico 3: Causas das internações psiquiátricas informadas ao SIP para o ano de 2007



OBS. Este dado só passou a ser coletado a partir de 2007.
Fonte: Sistema de Informações de Produtos - ANS/MS – 05/2008

No gráfico 4 é apresentado o número de internações em hospital-dia informado ao SIP para os anos de 2005 e 2006, cerca de 800.000. Em 2007, as informações colhidas para este indicador foram refinadas, passando a dizer respeito ao número de pacientes recebendo tratamento em hospital-dia pela 1ª vez no ano, desconsiderando os atendimentos repetidos para os mesmos beneficiários. Desta forma, o resultado de 2007 (144.637 internações), bem inferior ao dos anos de 2005 e 2006, não pode ser comparado com o resultado dos anos anteriores.

Gráfico 4: Número de internações em hospital-dia informadas ao SIP



Fonte: Sistema de Informações de Produtos - ANS/MS – 05/2008

B. Análise dos dados da assistência em saúde mental - Requerimento de Informações (RI)

A partir da análise dos resultados gerais da RI, percebe-se que a gama de informações levantadas equivale à quase totalidade dos beneficiários, uma vez que as operadoras que responderam ao questionário (1.013) são responsáveis, em conjunto, pela cobertura de 97% dos beneficiários de planos de saúde que, por força de Lei, oferecem assistência em saúde mental (ou seja, deste total já foram excluídas as administradoras e as operadoras exclusivamente odontológicas).

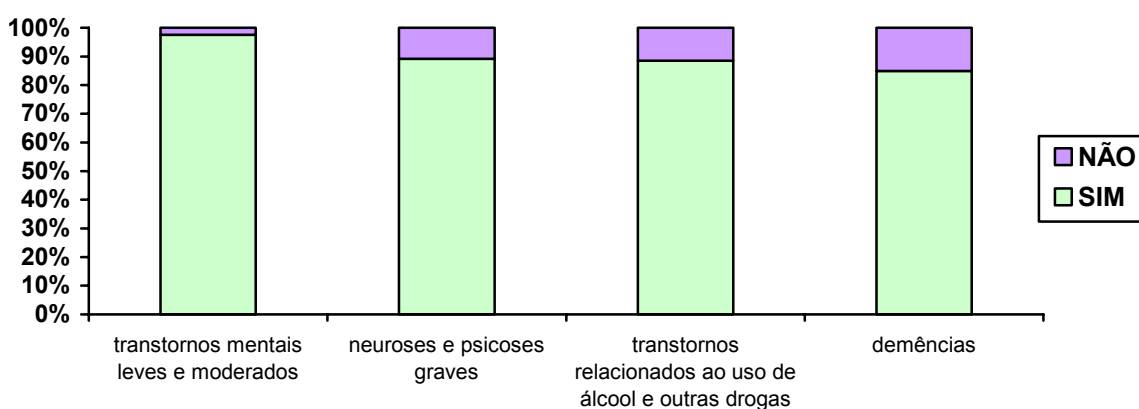
Foram solicitadas informações de 1.204 operadoras (exceto exclusivamente odontológicas e administradoras), das quais, 1.013 responderam ao questionário e 191 não responderam. Dentre os 1.013 questionários enviados, 14 tiveram problemas operacionais. Assim, 999 operadoras tiveram os seus dados analisados, cobrindo 38.876.692 beneficiários, o que corresponde a 97% do universo de interesse para o estudo.

Tabela 2: Participação das OPS no envio de respostas ao Requerimento de Informações (R.I.) de Saúde Mental

Total de OPS da amostra	1.204
Número de operadoras que enviaram resposta ao requerimento de informações	1.013
Número de operadoras que não enviaram resposta ao requerimento de informações	191
Número de operadoras com questionários analisados	999
Número de beneficiários em OPS que responderam ao RI	38.876.692
Número de beneficiários em OPS que não responderam ao RI	1.117.959
Total do universo de beneficiários em operadoras de planos de saúde (exceto exclusivamente odontológicas e administradoras)	39.994.651
Abrangência da pesquisa (% de beneficiários cobertos)	97%

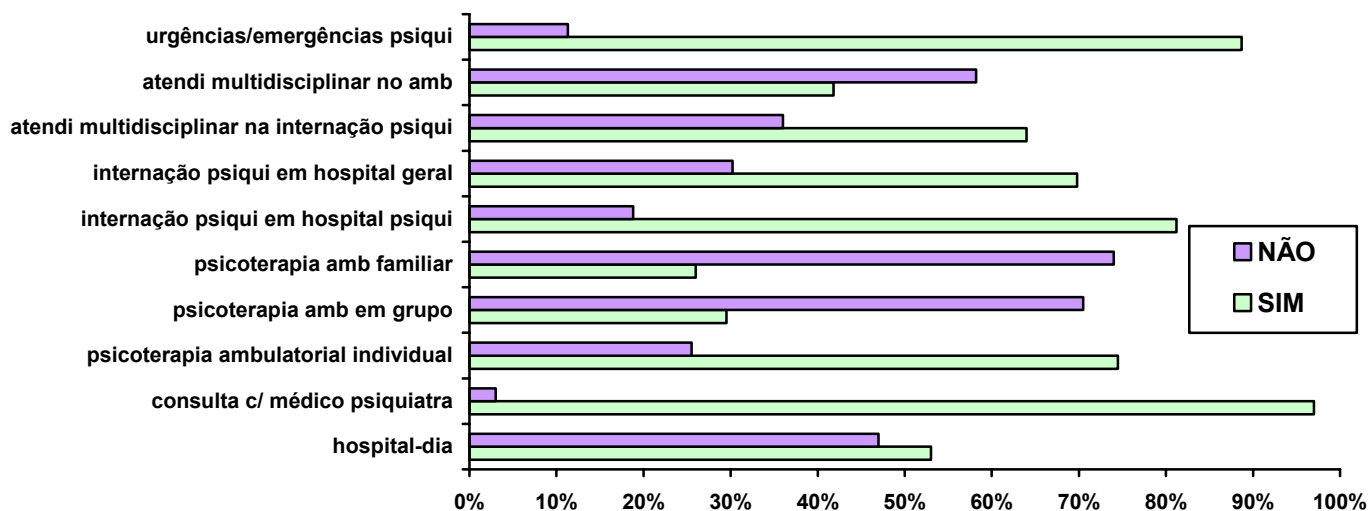
O gráfico 5 abaixo apresenta a taxa de cobertura aos transtornos psiquiátricos informada pelas operadoras. Observa-se que aproximadamente 15% destas admitem não oferecer cobertura aos transtornos demenciais e cerca de 10% afirmam não oferecer atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Mesmo supondo que esses dados estejam associados a planos de saúde anteriores à Lei 9.656/98, quando não havia obrigatoriedade para esse tipo de cobertura, tal fato demonstra a importância do estabelecimento de diretrizes para a assistência aos idosos, que são a população mais atingida pelas demências e à assistência aos usuários de álcool e drogas.

Gráfico 5: Cobertura aos transtornos psiquiátricos



No gráfico 6 são apresentados os tipos de serviços oferecidos pelas operadoras para garantir a assistência aos portadores de transtornos mentais. Observa-se que a psicoterapia ambulatorial familiar e a psicoterapia ambulatorial em grupo são as modalidades de atendimento menos oferecidas

Gráfico 6: Serviços oferecidos



O gráfico 7 apresenta a proporção de operadoras que oferecem atendimento multidisciplinar na internação psiquiátrica e o gráfico 7.1 lista diversos profissionais envolvidos com esta assistência e apresenta a distribuição da oferta destes pelas operadoras. Vale destacar que a maior oferta na internação psiquiátrica é de médicos psiquiatras e clínicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Gráfico 7: Oferta de atendimento multidisciplinar na internação psiquiátrica

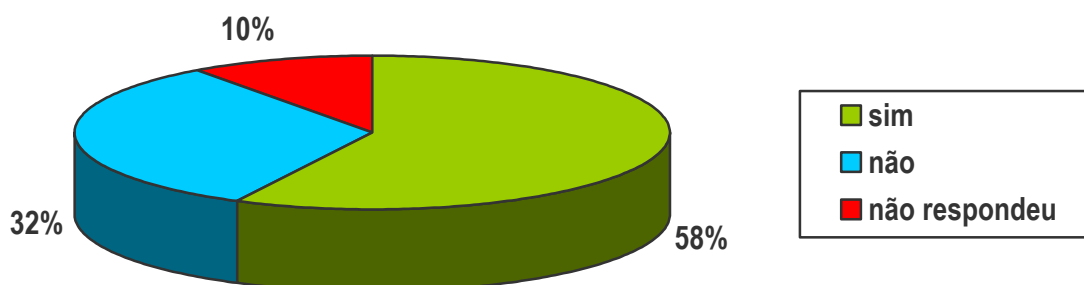
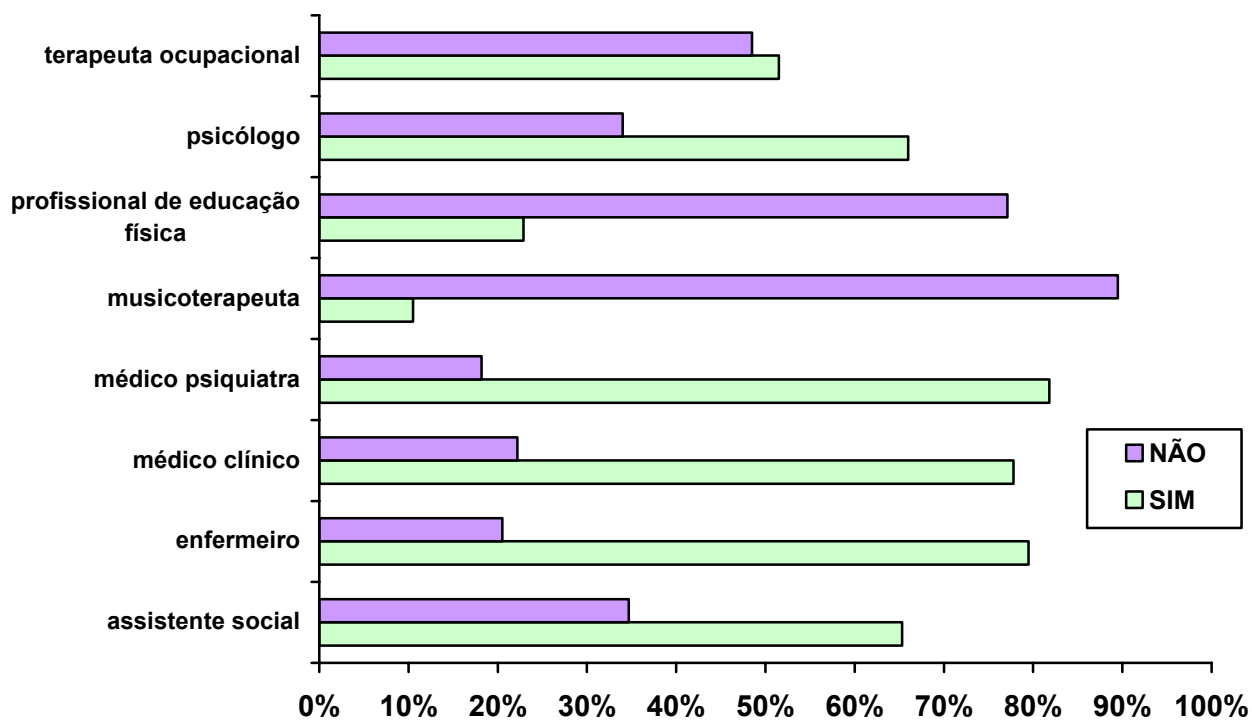


Gráfico 7.1.: Composição da equipe multidisciplinar na internação psiquiátrica



O gráfico 8 apresenta a proporção de operadoras que oferecem atendimento multidisciplinar no ambulatório. Vale destacar que a maior oferta no ambulatório também é de médicos psiquiatras e clínicos.

Gráfico 8: Oferta de atendimento multidisciplinar no ambulatório

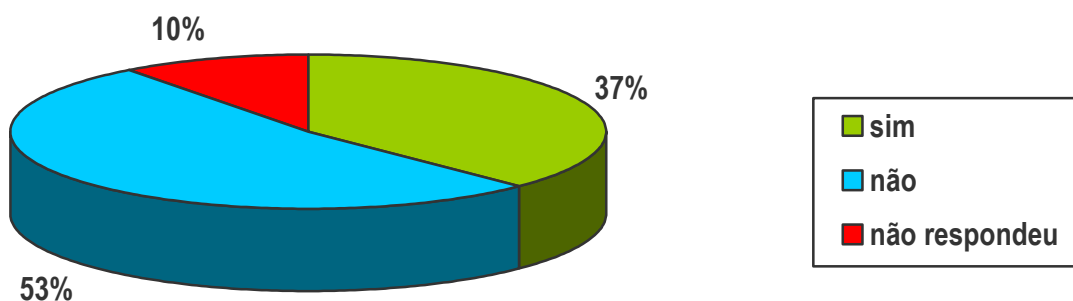
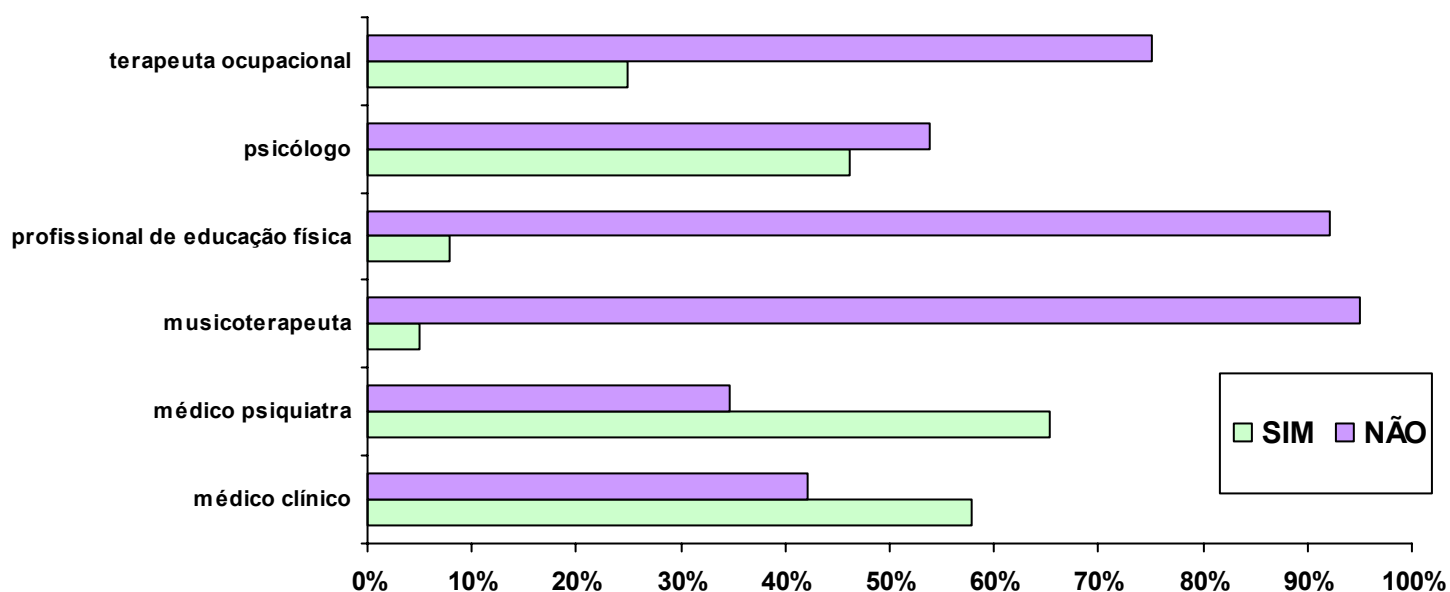
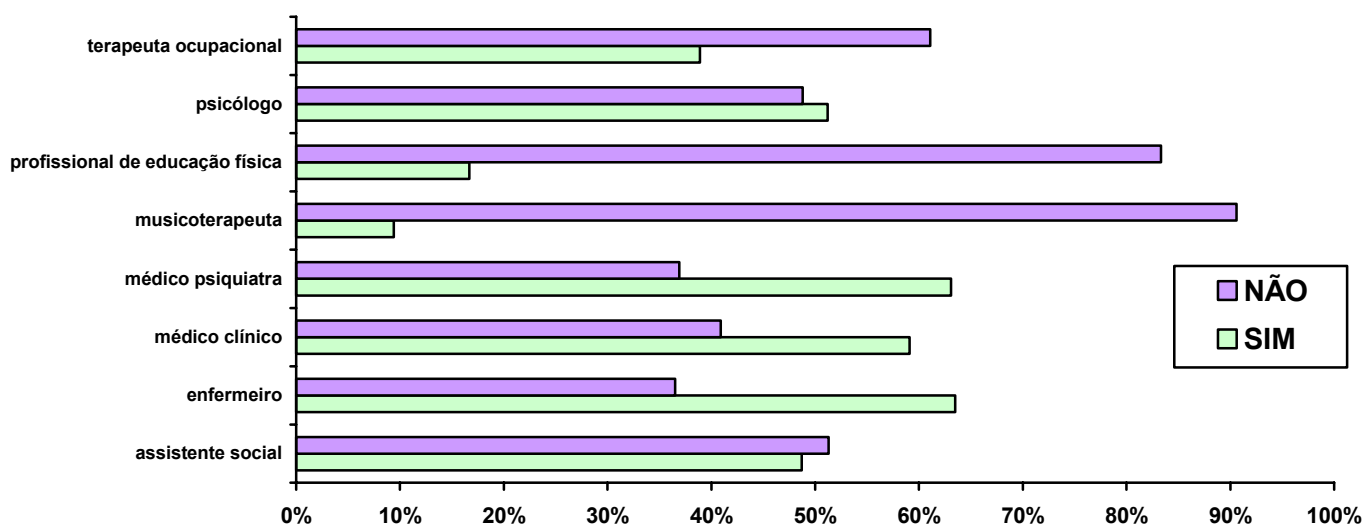


Gráfico 8.1.: Composição da equipe multidisciplinar no ambulatório



O gráfico 9 apresenta a distribuição de oferta de profissionais no hospital-dia. Quando comparado às equipes da internação psiquiátrica e do ambulatório, a proporção de psicólogos e de terapeutas ocupacionais é maior no hospital-dia.

Gráfico 9: Composição da equipe multidisciplinar no hospital-dia



O gráfico 10 apresenta a proporção de operadoras que realizam discussão de casos durante a internação psiquiátrica, e o gráfico 11 lista as diversas formas pelas

quais tal discussão estaria assegurada e a distribuição das operadoras entre elas. As reuniões periódicas de equipe, tão importantes para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais, ainda são a modalidade de discussão menos difundida entre as operadoras.

Gráfico 10: Discussão de casos na internação psiquiátrica

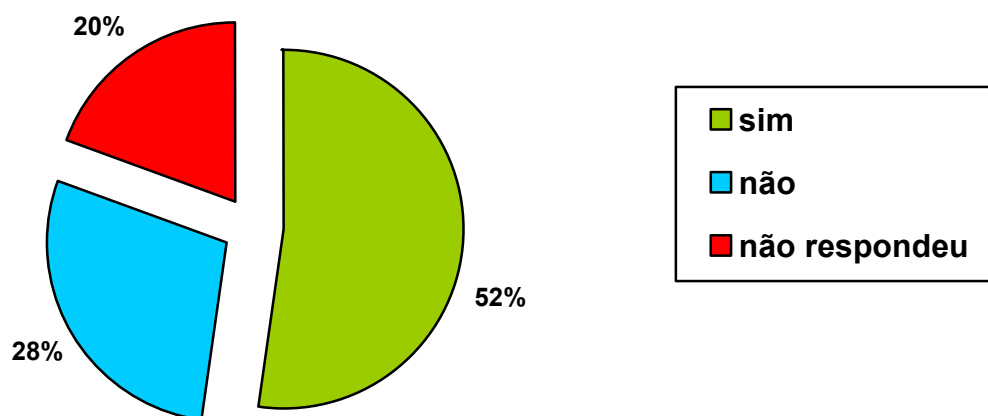
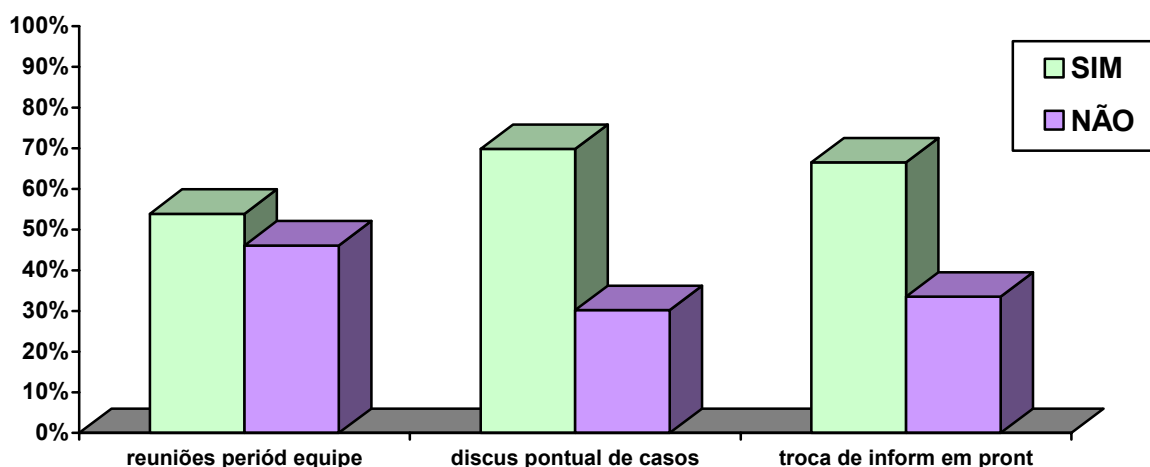


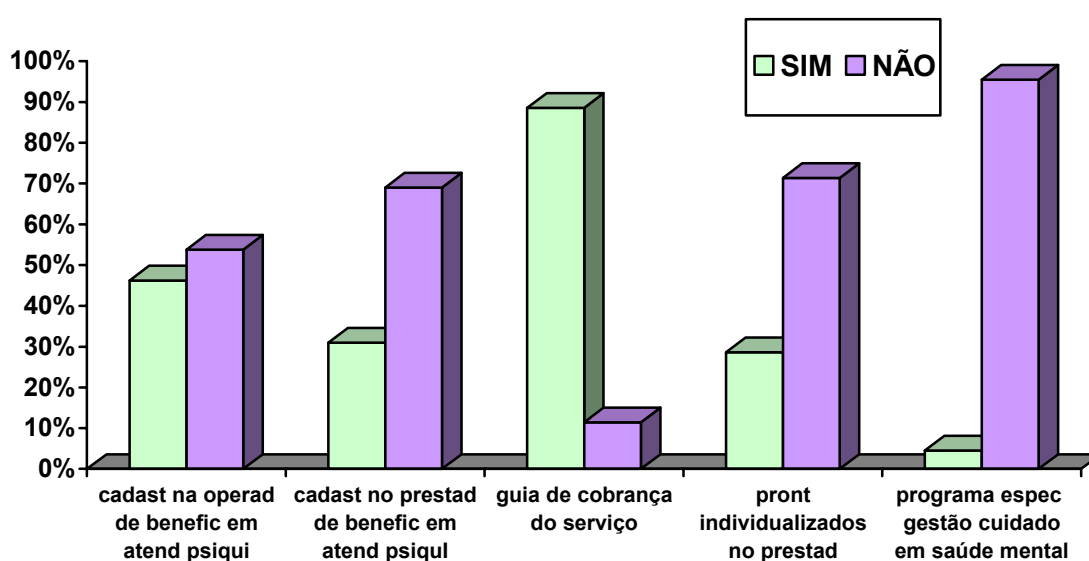
Gráfico 11: Formas de discussão dos casos clínicos



A obtenção correta de informações é essencial para o planejamento de ações e conhecimento do perfil epidemiológico da população assistida. O gráfico 15 apresenta as formas de obtenção das informações enviadas ao SIP pelas operadoras. O dado mais relevante diz respeito à quase inexistência de programas específicos de gestão de cuidado em saúde mental e a grande ocorrência da obtenção das informações por

meio das guias de cobrança dos serviços, que não são, em sua origem, documentos que visem responder a questões assistenciais. Pode-se inferir, portanto, a partir da forma de obtenção mais comum dos dados assistenciais, que as características da população com transtornos psiquiátricos nos planos de saúde sejam muito pouco conhecidas pelas operadoras.

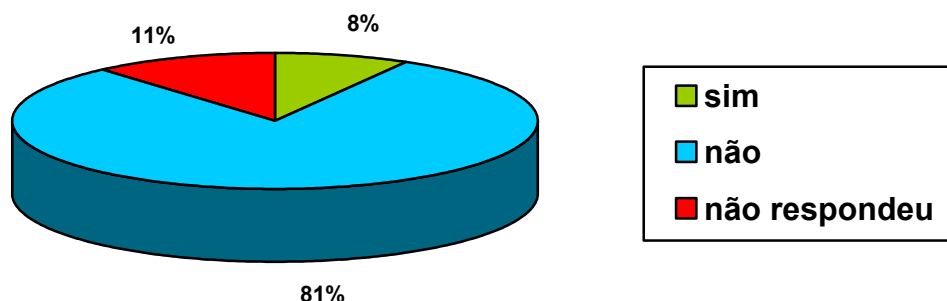
Gráfico 12: Formas de obtenção das informações enviadas pelo SIP



Um aspecto importante, relacionado à organização do cuidado, demonstrado pelo gráfico 13, refere-se ao baixíssimo oferecimento de programas voltados para o acompanhamento de egressos de internações psiquiátricas. Não só a forma como o paciente entra na rede merece atenção, mas também a forma como a linha do cuidado é desenhada apontam para a maior ou menor qualidade do cuidado.

Um bom programa de egressos pode contribuir para a quebra do círculo vicioso das internações repetidas. De acordo com os dados da RI, observa-se que na saúde suplementar o oferecimento de programas específicos para egressos de internações é muito reduzido, sugerindo desarticulação da rede.

Gráfico 13: Oferta de programas específicos para egressos de internações psiquiátricas



C. Comentários Finais

Conforme pôde ser observado a partir das análises, os dados do SIP e o requerimento de informações em saúde mental contribuiu enormemente para o mapeamento da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais na saúde suplementar pela ANS. Foi possível elucidar diversos pontos da assistência prestada, dentre os quais merecem destaque:

- No ano de 2007 (45%) das internações psiquiátricas foram decorrentes de psicoses e neuroses graves, ou seja, somente este grupo foi responsável por praticamente a metade dos casos de internação psiquiátrica na saúde suplementar demonstrando a importância desse grupo de patologias;
- Ainda no ano de 2007, 55% das internações informadas se deveu a todas as outras causas psiquiátricas, embora seja possível supor que a maioria seja principalmente decorrente do uso de álcool e drogas, a imprecisão do dado reflete a necessidade de qualificá-lo para esclarecer quais são as causas exatas dessa outra metade das internações;
- Os dados sugerem que o modelo de atenção praticado parece ser pouco articulado; com fragmentação do cuidado; em torno principalmente do médico psiquiatra e do enfermeiro e com pouco planejamento das ações, além da pouca importância dada aos dados epidemiológicos, como exemplificado abaixo pela:

- Pouca oferta de psicoterapia em geral e particularmente psicoterapia ambulatorial familiar e em grupo, modalidades de atendimento comprovadamente eficazes no cuidado aos portadores de transtornos mentais;
- Atendimento ambulatorial centrado na figura do médico psiquiatra, com pouca participação de outros profissionais;
- A equipe multidisciplinar, quando referida na internação, composta majoritariamente por profissionais cuja presença é tradicional no hospital: médicos; enfermeiros e assistentes sociais;
- As discussões dos casos são pontuais, baseadas na troca de informações por prontuário;
- Grande utilização das guias de pagamento de procedimentos como fonte de informações sobre os beneficiários;
- Ausência, em 92% das operadoras analisadas, de programas específicos para egressos de internações psiquiátricas o que aponta para a descontinuidade do cuidado após a saída do paciente da internação e para a manutenção do *revolving door*, com ausência de modalidades de atendimento que prestam assistência extra-hospitalar intensiva.

VI. BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução CONSU nº 11, de 02 de novembro de 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos**, 2008. Disponível em:

<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/pesquisas/>

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição da república Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei Federal 9.656 de 28 de janeiro de 1998

BRASIL. Lei Federal 10.216 de 28 de janeiro de 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipe de atenção básica de saúde - módulo básico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 169 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. 2005a.

Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos da Atenção Básica n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar** - 2ª Edição Revisada e Atualizada. ANS, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2008. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1.

CECILIO, L.C.O., MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, SP, 2003.

FUNK, M; SARACENO, B. **Prefácio**. Em: WHO. Mental Health Policy, Plans And Programmes. Genebra, 2004

DELGADO, P. G. **A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial**. Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva, ano VI, n.16, p.41-3, 1997.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. Ed. Te Corá. Rio de Janeiro, 1994

GALDURÓZ, J.C.F. et al. **Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID – UNIFESP, 2004

KIM-COHEN, Julia; CASPI, Avshalom; MOFFITT, Terrie E.; HARRINGTON, HonaLee, MILNE, Barry J.; POULTON, Richie. **Prior Juvenile Diagnoses in Adults with mental disorder Developmental Follow-back of a perspective-longitudinal cohort**. Arch Gen Psychiatry/vol 60, July 2003

LEAL, E. M. **O debate sobre a “natureza” da clínica na reforma psiquiátrica brasileira**. Em: DELGADO; LEAL e VENÂNCIO (orgs). O Campo da Atenção Psicossocial. Ed Te Corá. Rio de Janeiro, 1997.

MALTA, D.C., JORGE, A.O., FRANCO, T.B. et al. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. p. 143-160. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

MATEUS, M; MARI, J; DELGADO, P. G.; ALMEIDA-FILHO, N; BARRETT, T; GEROLIN, J.; GOIHMAN, S; RAZZOUK, D; RODRIGUEZ, J; WEBER, R; ANDREOLI, S; SAXENA, S. **The mental health system in Brazil: Policies and future challenges** in International Journal of Mental Health Systems, 2008. 2:12.

MERHY, E. E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**, 2004. Disponível em:

<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

RIBEIRO, J M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas.** ANS. Rio de Janeiro, 2003.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Ed Marca D'água. Rio de Janeiro, 2001

TEIXEIRA, M. O. L. **Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria,** Cadernos do IPUB, nº 3. Rio de Janeiro, 1996

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Policy, Plans And Programmes.** Genebra, 2004a. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options.** Genebra, 2004b. Disponível em:
http://who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.** Genebra, 2005. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf

VERAS, Renato Peixoto, CALDAS, Célia Pereira, ARAUJO, Denizar Vianna *et al.* **Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil.** *In* Rev. Saúde Pública, June 2008, vol.42, nº 3, p.497-502. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n3/7026.pdf>