

Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil

*Maria Tavares Cavalcanti*¹

doi: 10.1590/0102-311X00184619

O fascículo de novembro de CSP reúne três artigos na seção Espaço Temático sobre os avanços e retrocessos da política de saúde mental no Brasil^{1,2,3}. A leitura dos três textos que compõem a seção expõe uma evidência cabal: o Brasil teve sucesso em construir uma ampla rede de serviços de atenção psicossocial, espalhada por todo o território nacional, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades e tipos. Em 1998 eles eram 148, em 2014 passaram a 2.209. Essa rede deveria ser motivo de orgulho de qualquer cidadão brasileiro frente à diversidade e à dimensão continental do Brasil. Entretanto, faz-se necessário questionar se a construção dessa rede e a prestação desses serviços garantiu uma melhor assistência à saúde mental no país. Nossos pacientes vivem melhor hoje? Além da construção dos serviços, conseguimos transformar a visão da sociedade em relação aos doentes mentais garantindo uma melhor aceitação e inserção destes na vida cotidiana das nossas cidades? Em outras palavras, a reforma psiquiátrica alcançou também a redução do estigma em relação aos usuários dos serviços de saúde mental?

A julgar pelas inúmeras histórias que ouvimos e recolhemos país afora^{4,5,6,7}, sim, sem sombra de dúvida, nossos doentes mentais vivem melhor hoje em dia. Mas será que temos informações adequadas a respeito daqueles que não têm acesso a esses serviços?

Outro elemento muito importante que os três textos demonstram, e que tem relação com a pergunta anterior, é que apesar do sucesso da empreitada estamos em meio a um processo interrompido. Interrompido antes que estivesse forte o suficiente para não correr riscos de abalos sérios.

Por isso, é tão oportuno e necessário um Espaço Temático sobre a política de saúde mental brasileira neste momento da nossa história. Poderíamos sistematizar essa seção por intermédio dos três textos que a compõem, em três momentos – “o que foi alcançado”; “o que falta alcançar e por onde deveríamos avançar para alcançar o que falta”; e “os riscos que corremos”, destacando, neste último momento, por que é tão perigoso e desalentador o retrocesso que se anuncia, disfarçado de “reorientação”, “correção de rumos”, “evidências científicas” etc.

¹ Instituto de Psiquiatria,
Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Rio de Janeiro,
Brasil.



O que foi alcançado

No que diz respeito à construção da rede de serviços de saúde mental comunitários, o maior êxito aconteceu em relação à implantação dos CAPS, que efetivamente se espalharam por todo o país (2.462 em 2017), muito embora ainda aquém da real necessidade, principalmente no que tange a implantação de CAPS III (100 CAPS III e 106 CAPSad III), que é a modalidade que tem leitos e que permite, portanto, a substituição mais efetiva dos serviços de internação psiquiátrica; foram implantados também em número significativo os Serviços Residenciais Terapêuticos (489), mas a expansão destes serviços ficou ainda mais limitada em relação à necessidade. Os demais dispositivos previstos na rede, alguns criados mais recentemente para compor a rede de atenção aos pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como as Unidades de Acolhimento (35) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial (22), ou ainda outros mais antigos, como os leitos psiquiátricos em hospitais gerais que foram implantados de forma ainda muito mais tímida (263 hospitais gerais com 1.163 leitos) ⁸.

Para que isso acontecesse foi fundamental a efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os hospitais psiquiátricos desde 2006, como apontam Onocko-Campos ¹ e Caldas de Almeida ², e a diminuição também muito significativa dos leitos em hospitais psiquiátricos monovalentes, com o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos cuja qualidade da atenção era no mínimo questionável.

Para além da criação de serviços comunitários, houve também uma progressiva conscientização da sociedade e dos próprios usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares de que o tratamento na comunidade é o mais indicado e o mais eficaz, muito embora este processo também necessite de continuidade e ampliação, pois como ressalta Onocko-Campos ¹ (p. 1) em seu texto: *“apesar de que a nouvelle familiar da Reforma destaque os movimentos de usuários e de trabalhadores como fundantes e importantes, esses movimentos não conseguiram se espalhar pelo Brasil afora e a Reforma foi impulsionada como política pública de saúde e não como reivindicação da sociedade civil”*.

Outro elemento muito importante foi o enorme contingente de trabalhadores de saúde mental que se inseriram na assistência à saúde mental no novo modelo, em que pesem as formações nas graduações na área da saúde serem ainda muito incipientes no que tange as discussões sobre a reforma psiquiátrica e a assistência à saúde mental. Esse foi um caso em que a mudança na prática tem impulsionado os órgãos formadores a modificarem também seus conteúdos de ensino.

Com a entrada em cena da atenção básica de forma mais consistente no Brasil como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) espalhando-se pelo país por meio das equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde, a integração da rede de assistência à saúde mental com as equipes de saúde da família também passou a ser prioritária e parte da política pública de saúde. Isso foi feito valendo-se dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da estratégia de consulta conjunta com as equipes de ESF, o chamado matriciamento. Muito embora a cobertura de NASF em relação às equipes de ESF também seja deficitária em relação às necessidades, esse foi um avanço estratégico muito importante em relação à ampliação do acesso dos pacientes aos cuidados em saúde mental.

Houve ainda muitos outros avanços, como o Programa de Volta para Casa, os Consultórios na Rua, citados nos textos que compõem esta Seção.

Mas entre todos esses avanços, um não pode ser esquecido e é de certa forma o que ainda nos garante uma continuidade possível do processo da reforma psiquiátrica brasileira – a promulgação da *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”⁹. O que é tão importante nessa Lei? O redirecionamento da assistência para o cuidado territorial e a regulamentação das internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias, permitidas apenas quando o cuidado territorial tiver esgotado as suas possibilidades. Com a Lei vigente, temos pelo menos o direcionamento da reforma legalmente embasado.

O que falta alcançar e por onde deveríamos avançar para alcançar o que falta

O processo da Reforma Psiquiátrica, como todo e qualquer processo, é dinâmico e contínuo. Podemos demarcar um momento inicial, impulsionador e indicador de uma direção, mas não temos um fim a ser antevisto e alcançado. O que há são marcos e princípios que nos orientam no caminho e nos apontam o rumo.

Talvez, se pudéssemos resumir em duas frases o que consiste a Reforma Psiquiátrica Brasileira, diríamos: “lugar de cuidar de pessoas com sofrimento mental, sejam mais ou menos ‘doidas’ é onde elas se sintam bem” e “jeito de cuidar dessas pessoas é se relacionando com elas”. Tudo mais poderia entrar nessas duas frases. Essa é a baliza: esse processo, essa orientação, esse dispositivo nos coloca mais em contato com essas pessoas? Então o caminho é este. Afastarmo-nos delas? Com certeza pegamos o rumo errado.

Os riscos que corremos

O campo da psiquiatria é um campo de disputas muito intensas e evidentes. “*Tocar o cérebro, mudar a mente: eis um projeto moderno enraizado na nossa história e com promessas de um belo futuro. Desde sempre, o homem sonha transformar o homem intervindo em seu cérebro. O século XX se muniu de novas tecnologias, acompanhadas de conceitos científicos próprios referentes às relações entre cérebro e mente. No Ocidente, este projeto se difunde e se torna uma prática social que ultrapassa a simples medicina mental. Tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos, eletrochoques, energéticos, vitaminas, álcoolis, cocaína, heroína, cannabis, café, chá e tabaco, dietas específicas e mesmo jejuns são tantas maneiras colocadas à disposição para transformar fisicamente o sujeito contemporâneo*”¹⁰ (p. 1). Por outro lado, o campo da psiquiatria é um campo mergulhado nas questões mais amplas que afetam os seres humanos – “*um quadro psiquiátrico não se resume a alterações de receptores, canais de cálcio e neurotransmissores. Os quadros psiquiátricos têm determinações múltiplas e quando nos resumimos aos sintomas contribuimos para a alienação dos indivíduos em relação aos seus corpos, às suas mentes e às suas vidas tornando-os mais vulneráveis ao mercado, ao autoritarismo e ao sofrimento psíquico*” (Janete Cohen, 2019, comunicação pessoal). Essa promessa: “tocar o cérebro, mudar a mente” perseguida desde sempre pela humanidade e há mais de dois séculos pela psiquiatria, está longe de ser atingida. Ainda

mais quando os problemas que afetam a população que atendemos e que contribuem para muitos dos quadros que tratamos ultrapassam em muito a questão do indivíduo, que dirá da materialidade do corpo. Questões de miséria social, violência, vulnerabilidades de toda ordem. Uma política pública deveria, portanto, estar voltada para aquilo que afeta a maioria da população e para o que realmente importa em termos de saúde pública.

E por que o “risco que corremos” tem relação com essas questões que envolvem as disputas no campo da psiquiatria e da saúde mental? Por que a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde tem dito e redito que “*as abordagens e condutas [no nosso campo] devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente*”¹¹, deixando subentendido que o processo da reforma não teria se baseado em evidências científicas do campo da psiquiatria e da saúde mental. Quais seriam então as evidências científicas mais constantes desse campo?

Em um artigo publicado em 2004, Thornicroft & Tansella¹² apontam algumas evidências do que seria um serviço de saúde mental moderno. Para países com baixos e médios recursos, as evidências sugerem que para os primeiros, o fundamental é melhorar os cuidados na atenção primária com a retaguarda do especialista (o modelo brasileiro de matriciamento com os NASF) e para os segundos, além do reforço na atenção primária com a retaguarda do especialista, incluir unidades ambulatoriais, equipes de saúde mental comunitárias, serviços residenciais terapêuticos e formas de ocupação e emprego.

Portanto, levando-se em conta que os recursos são finitos, em que uma política pública de saúde mental deveria investir?

Em outro artigo, este de 2010, Thornicroft et al.¹³ listam algumas recomendações para a implantação de um cuidado à saúde mental comunitário. Eles dividem essas recomendações em obstáculos e desafios, lições aprendidas e soluções para cinco categorias – sociedade, governo, organização do sistema de saúde mental local, profissionais e técnicos, usuários, familiares e ativistas. Em relação à sociedade, os principais obstáculos são referentes à violação dos direitos humanos, ao estigma e à aceitação de comportamentos diferentes e considerados “anormais”. Em relação aos governos aparecem as políticas inadequadas, a falta de estrutura e de financiamento, a dificuldade com a formação e a retenção de profissionais. Quanto à organização dos sistemas de saúde mental locais, o foco é o desenho, a implantação e o monitoramento do sistema, a não implantação dos programas, que por vezes são pouco factíveis, a necessidade de inclusão de serviços não médicos, a colaboração em rede e a falta de medicamentos psicotrópicos. Em relação aos profissionais aparece a questão da formação, do *burnout*, da falta de pesquisas que avaliem e informem sobre o trabalho realizado. Quanto aos usuários, a importância e necessidade da *advocacy*, de grupos de autoajuda e de suporte interpares e o compartilhamento de decisões.

O Brasil tem uma das políticas de saúde mental mais referenciadas e reverenciadas no mundo. A implantação de uma verdadeira rede de serviços comunitários de saúde mental em um país continental como o nosso deveria ser, como apontamos no início deste editorial, um dos nossos maiores orgulhos.

Saúde Mental é uma questão de direitos humanos e processo civilizatório. Como nos demonstram os três textos que compõem o Espaço Temático, quando a democracia está em jogo, não apenas a reforma psiquiátrica está em risco, é a própria sociedade que parece ameaçada.

Informação adicional

ORCID: Maria Tavares Cavalcanti (0000-0003-1872-4210).

1. Onocko-Cmapos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00156119.
2. Caldas de Almeida JM. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00129519.
3. Bastos FI. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00125519.
4. Surjus LTLS, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas – SP. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2011; 14:122-33.
5. Gonçalves LLM, Onocko Campos R. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00166216.
6. Ricci LC. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2017; 9:212-28.
7. Serpa Junior O, Campos RO, Malajovich N, Pitta AM, Diaz AG, Dahl C, et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis (Rio J.)* 2014; 24:1053-77.
8. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Panorama e diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf> (acessado em 22/Set/2019).
9. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
10. Parada C. *Toucher le cerveau, changer l'esprit*. Paris: Presses Universitaires de France ; 2016.
11. Ministério da Saúde. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Nota Técnica nº 11/2019. <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental/nota-tecnica-no-11-2019-cgmad-da-pes-sas-ms> (acessado em 22/Set/2019).
12. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185:283-90.
13. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake RE, Gregorio G, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9:67-77.