

Saúde mental - atenção básica: uma relação promissora

Mental health—primary care: a promissory relationship

Salud mental – atención primaria: una relación promissora

Augusto Cesar de Farias Costa¹

Resumo

O Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica desencadeados nos anos '70, em pleno regime militar, nos proporcionaram o legado – e com ele a responsabilidade – da admirável obra política que, junto a outras ações à época, pugnaram pelo retorno à liberdade e respeito aos Direitos Humanos. Além disso, certamente representam as contribuições mais férteis e fundamentais dos muitos corações e mentes que trabalharam e continuam trabalhando, para a construção do modelo de atenção à saúde vigente em nosso país. A partir dos subsídios fornecidos por esses Movimentos a sociedade brasileira vem conseguindo – com os avanços e recuos inerentes à progressão da História – chegar a um modo de compreender e fazer a Saúde de maneira equânime, buscando proporcionar o acesso integral e democrático da nossa população em todos os seus planos e a todas as suas instâncias. Entendendo as revoluções como processos em andamento, essas transformações permanecerão inacabadas, pois a sociedade em sua dinâmica mutação sempre demandará por soluções para novas questões que sempre estará gerando em seu permanente caminhar. A trajetória desses dois Movimentos testemunha a indissolubilidade desses saberes desmascarando a falsa dicotomia entre Saúde Mental e Saúde Pública.

1. Médico-Psiquiatra. Psicoterapeuta. Consultor da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Cuidados primários de saúde. Serviços de saúde mental. Reforma psiquiátrica.

Abstract

The reform movements of the health care and mental health (in Brazil, Reforma Sanitária and Reforma Psiquiátrica), starting in the 1970's, during the military regimen, provided us with a rich legacy and also with greater responsibility. There was a giant political task which, together with other simultaneous actions, championed greater freedom and respect for human rights. This represents the work of many hearts and minds which are still fighting for the construction of a model of universal health care. From these movements' basis, Brazilian society has understood a new way of working in the health realm with equity, in spite of advancements and drawbacks of this historical process, looking for an integral and democratic access to health care. We understand revolutions as permanent changing processes, which imply that such transformations will never be finished because society is dynamic and will always demand solutions for new challenges that will be generated. The historical path in which these movements walk testify the impossibility of dissociate basic knowledge unmasking the false dichotomy between Mental Health and Public Health.

Keywords: Integral health care. Primary health care. Mental health services. Psychiatric reform.

Resumen

El movimiento de la Reforma Sanitaria y el de la Reforma Psiquiátrica, desencadenados en los años '70, en pleno régimen militar, nos proporcionaron un legado – y con él la responsabilidad – de la admirable obra política que, junto con otras acciones realizadas en la misma época, pugnaron por el retorno a la libertad y por el respeto a los Derechos Humanos. Además, ciertamente representan los aportes más fértiles y fundamentales de los muchos corazones y mentes que trabajaron y cointinúan laborando para la construcción del modelo de atención a la salud vigente en el Brasil. A partir de las bases proporcionadas por estos movimientos, la sociedad brasileña viene consiguiendo llegar a un modo de comprender y hacer la Salud de manera ecuánime, aún con los avances y retrocesos inherentes a la progresión de la Historia, objetivando proporcionar el acceso integral y democrático de nuestra población a todos sus planes e instancias. Entendiendo las revoluciones como procesos en ejecución permanente, tales transformaciones permanecerán inacabadas, pues la sociedad en su dinámica mutación siempre demandará soluciones para nuevos retos que siempre estará generando en su permanente andar. La trayectoria de esos dos movimientos es testiga de la indisolubilidad de los dos saberes desmascarando la falsa dicotomía entre Salud Mental y Salud Pública.

Palabras clave: Atención integral a la salud. Atención primaria en salud. Servicios de salud mental. Reforma psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O surgimento da Medicina Mental no final do século XVIII ocorreu em um período tão singular que viria a receber o nome de 'Século das luzes'. Tal ambiente de efervescência do pensamento e do conhecimento, marcado pelas formulações oriundas do Iluminismo, determinou o implemento de iniciativas que influíram de maneira fundamental nas transformações vivenciadas pela humanidade desde então.

Entre essas transformações cabe assinalar o surgimento do hospital psiquiátrico (Foucault, 1978) e a criação do conjunto de códigos e da lógica relacional que legitimam até hoje a sua existência como 'Instituição Total'. (Goffman, 1974).

Apesar das contribuições e do enfrentamento à Monarquia e ao Absolutismo, a primeira fase do Iluminismo foi marcada por concepções mecanicistas da Natureza que haviam surgido em sequência à revolução científica do século XVII mediante a priorização da razão e buscando aplicar o modelo de estudo das Ciências Naturais para a compreensão dos fenômenos humanos e culturais. (Alexander, 1980).

Da mesma maneira, o Positivismo advogava que o conhecimento advindo da Ciência seria a única forma válida do saber, desconsiderando saberes que não pudessem ter validade científica. Dessa maneira, o que não pudesse obter a certificação da Ciência seria propriedade do campo teológico-metafísico qualificado como crenças oriundas do pensamento mágico medieval. Assim, a evolução da humanidade dependeria somente das produções científicas e seria, por meio da fé no conhecimento racional, a forma exclusiva de transformação de a sociedade e de o mundo no 'Jardim do Éden' prometido pelas religiões. (Abbagnano, 1998).

Mediante esse ideário, as teorias iluministas-positivistas impuseram à humanidade várias cisões, dentre elas a ruptura da relação entre sujeito (observador) – objeto (observado) do conhecimento e entre a Ciência e a Tradição.

Esse equívoco, amplamente reconhecido pela própria comunidade científica ao longo das últimas décadas, nos proporcionou o entendimento e manejo do mundo a partir de uma visão fragmentada. As consequências dessa imprecisão foram inúmeras, especialmente no que se refere ao entendimento da condição humana por meio da dicotomia entre corpo e mente (Weil, 1993).

Contemporaneamente, as formulações emanadas do Ministério da Saúde desde o final dos anos '80 – relativas à reorientação da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Básica em Saúde desaguando no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizado em novembro de 2000; a lei federal 10.216 de 06 de abril de 2001 e da mesma maneira os resultados da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 – tornaram mandatória a disseminação de uma Política Nacional de Saúde Mental vinculada à Atenção Básica em nosso país (Ministério da Saúde 2000 - 2002).

Esse período, iniciado pelos profissionais de Saúde Mental, partiu de uma questão assistencial e se transformou em um fato político que ficou conhecido como 'Crise da DINSAN' (Divisão Nacional de Saúde Mental - Ministério da Saúde), ainda no regime militar em meados da década de '70 no Rio de Janeiro. Na ocasião, além de denunciar as precárias condições de trabalho, essa mobilização também pleiteava por dignidade nas instituições psiquiátricas públicas brasileiras e a concomitante mudança do eixo técnico-político-ideológico institucional na oferta de atenção aos usuários desses Serviços.

Os desdobramentos desse evento, incluindo-se no Movimento da Reforma Sanitária, levaram à criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) para em seguida, já contando com o engajamento de outros setores afins, constituírem o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). (Amarante 1995).

A inexorável ampliação das forças políticas oriundas do Movimento Social desde o final da década de '70 – intensificada com a luta por redemocratização e cidadania nos anos '80 – possibilitou o enfrentamento vitorioso com setores historicamente conservadores da sociedade brasileira. O objetivo era transformar a atitude para com as pessoas que apresentam transtornos mentais e a revisão do modelo de atenção oferecido às mesmas.

No final da década de '80 foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657/89 do Deputado Paulo Delgado (Partido

dos Trabalhadores - Minas Gerais).

Esse projeto propôs pioneiramente a necessidade de transformação e regulamentação da assistência psiquiátrica em nosso país, na perspectiva psicossocial, superando o hospital psiquiátrico e substituindo-o por uma rede integrada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental baseados no território.

O advento dessa proposta foi determinante para que a discussão sobre a situação dos loucos em nosso país chegasse às preocupações das autoridades e da população. Além disso, fez com que vários Estados (PE – CE – RN – RS – PR – MG – ES) e o Distrito Federal, além de Municípios importantes, começassem a criar suas próprias legislações com base no Projeto de Lei Federal, apesar deste somente ter sido efetivado e sancionado após 12 anos (Ministério da Saúde 2004).

Dessa maneira, a promulgação da Lei Nº. 10.216 em 06 de Abril de 2001 finalizou um período de lutas apaixonadas e grandes conquistas em prol dos Direitos Humanos e da cidadania da pessoa portadora de Transtornos Mentais iniciando uma nova fase onde questões relativas ao modelo assistencial, articulação com a Atenção Básica, gestão da rede de serviços, formação e reciclagem de recursos humanos, financiamento, controle e avaliação, entre outros, tornaram-se emergentes.

Este estudo representa uma revisão crítica desse processo e como a convergência entre Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica representam a própria evolução do homem e da sociedade, no sentido da inter e da transdisciplinaridade, na medida em que atestam a unidade entre a Especialização e a Atenção Básica.

Pequena história da Assistência Psiquiátrica no Brasil

Durante a segunda metade do século XIX, ainda no período imperial, deu-se início a assistência psiquiátrica pública em nosso país. Até então, a assistência era oferecida de forma leiga, por instituições asilares pertencentes à

Igreja Católica, onde religiosas cuidavam das pessoas abrigadas naquelas instituições (Bastos 2002).

Secundada pela opinião de alguns médicos e intelectuais além do questionamento da opinião pública frente ao abandono daqueles indivíduos às condições aviltantes daqueles asilos, tornou-se imperativa a criação pelo poder público de um lugar específico com o objetivo de tratá-los. Assim, concomitante à chegada da Psiquiatria no 'novo mundo' com a proposta de uma 'nova ordem', foi conferida uma certificação científica na elaboração, divisão e administração do 'novo' espaço asilar.

Dessa maneira, o Estado Imperial brasileiro por intermédio de José Clemente Pereira, Ministro do Império e Provedor da Santa Casa, fez construir, mediante o Decreto Imperial de 1841, com recursos públicos e doações de particulares, o **Hospício de Pedro II**, localizado na Praia Vermelha. Foi inaugurado em 05/12/1852, quando da declaração da maioria antecipada do Imperador D. Pedro II, no Rio de Janeiro, consistindo esse o marco histórico e conceitual que determinou o nascimento da assistência psiquiátrica pública no nascente Brasil.

A partir de então, com o desenvolvimento e ampliação desse modelo assistencial em todo o país, foi reproduzido e consolidado o hospital psiquiátrico europeu, representando, em solo brasileiro, o espaço social determinado e possível para a loucura.

Em 15/11/1889, com a Proclamação da República pelo Marechal Deodoro da Fonseca e o consequente desatrelamento da Igreja com o Estado, a administração dos hospícios passou a ser então exercida pelos médicos alienistas, passando os mesmos à condição de representantes oficiais do Estado brasileiro. O Hospício de Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados sendo desanexo da Santa Casa da Misericórdia no ano seguinte, por meio do Decreto 206-A de 15 de fevereiro de 1890.

O desenvolvimento da Psiquiatria, até a primeira metade do século XX, ocorreu no interior dessas instituições públicas e

foi dirigido às camadas mais carentes da população. As instituições fora do sistema público de assistência eram, à época, em número reduzido. Vale referir que a Casa de Saúde Dr. Eiras fundada em 1863, também no Rio de Janeiro (em fins de 1865, a Casa de Saúde Dr. Peixoto foi comprada aos herdeiros do Dr. Peixoto, pelo Dr. Manoel Joaquim Fernandes Eiras, que colocou o seu nome), foi a primeira instituição psiquiátrica brasileira de caráter privado (Santos 1994).

Ao longo dos anos '20 a **Liga Brasileira de Higiene Mental** – criada em 1923 e apoiada no pensamento eugenista da Psiquiatria organicista alemã – criou uma formulação cujo resultado ficou em uma postura tendenciosa e obscurantista.

Frente à existência, em nossa população, de indivíduos oriundos de diferentes etnias e culturas, essa entidade – negando o psíquico e o social como elementos influentes na eclosão e desenvolvimento de um transtorno mental – adotou o entendimento de que a razão da existência dos 'inadaptados à produção' era uma ocorrência de natureza biológica.

Desse período até os anos '70, a assistência psiquiátrica pública brasileira não conseguiu desenvolver a contento projetos que lograssem fazer um reparo em suas marcas de nascença.

De forma isolada, temos a iniciativa de Ulysses Pernambucano no Hospital da Tamarineira (1931-Recife) que conduz a 'Reforma da Assistência aos Psicopatas' de Pernambuco dentro de uma perspectiva comunitária. Além dele, a psiquiatra alagoana Nise da Silveira em 1946 inaugura a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional, o Museu de Imagens do Inconsciente (1952), a Casa das Palmeiras, em regime de externato (1956), no Rio de Janeiro. Em 1968 Oswaldo Santos e Wilson Simplício transformam a seção Olavo Rocha, do Centro Psiquiátrico Pedro II, em Comunidade Terapêutica, modelo que seria experimentado por Eustáquio Portela, no Instituto Philippe Pinel, também no Rio de Janeiro.

Somente a partir de 1978 com a fundação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), profissionais de saúde começam a pensar em alternativas mais efetivas à visão hospitalocêntrica.

A instalação de complexo hospitalar/manicomial

Após a II Guerra Mundial, a partir dos anos '50, a Organização Mundial da Saúde (OMS) – órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) criada com o objetivo de cuidar da saúde dos povos do mundo – passou a definir saúde como 'bem estar físico, mental e social'.

Na transição dos anos '50 e '60, a partir da formulação do Preventivismo nos Estados Unidos, nosso país passou a adotar oficialmente o modelo da Psiquiatria Preventiva como o discurso formal 'moderno' da Psiquiatria brasileira.

O resultado dessa importação e implantação foi passarmos a conviver com um modelo fragmentado, paradoxal, coexistindo de um lado um **discurso preventivista** adotado governamentalmente e de outro lado um complexo manicomial instalado onde prevalecia uma **prática asilar/carcerária**.

Além disso, a base conceitual da Psiquiatria Preventiva americana padecia de uma contradição que decretou sua falência como modelo assistencial. Mais que um modelo assistencial, idealizava uma 'salvação' para além da assistência psiquiátrica, *'uma salvação para os próprios problemas americanos'*. (Amarante 1995).

Seus propositores, partindo de uma redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional, criam na possibilidade de prevenir ou detectar precocemente todas as doenças mentais, pela identificação de pessoas 'potencialmente suscetíveis ao mal'.

Dessa maneira, esses 'suspeitos', por sua aparência e modo de vida, poderiam ser identificados e compulsoriamente referenciados

para investigação diagnóstica a um psiquiatra, por qualquer pessoa da comunidade.

Entretanto, apesar dessa conotação policiaesca, essa Psiquiatria reconheceu a existência de uma grave questão teórica em seu interior, rendeu-se à existência do psiquismo na gênese da doença mental e buscou conhecimentos em outros saberes fora do campo biomédico.

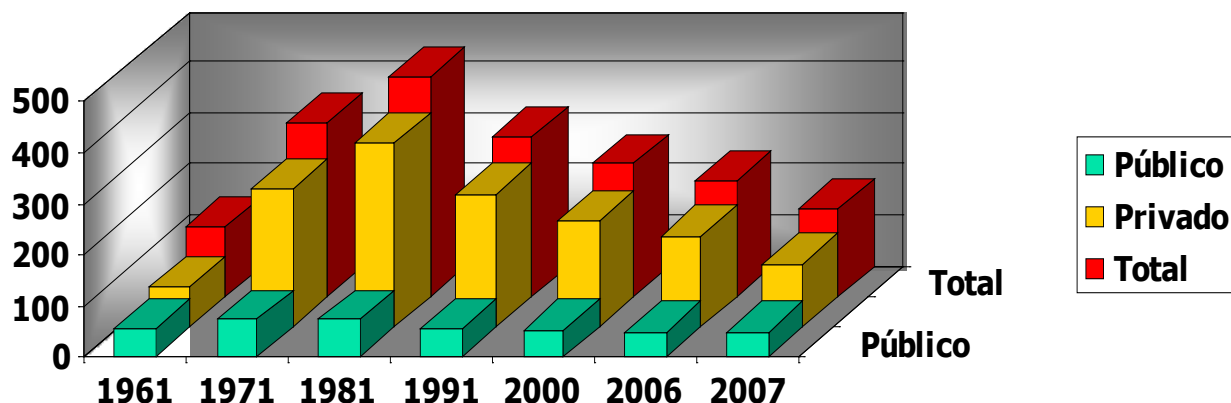
Após o período de crise ocorrido em seguida ao suicídio de Getúlio Vargas em 24/08/1954, nosso país foi tomado por uma onda de esperança e empreendedorismo característicos da fase desenvolvimentista protagonizada pelo Presidente Juscelino Kubitschek, cujo emblema ficou cunhado na memória do povo brasileiro pela expressão 'cinquenta anos em cinco'.

Apesar disso, a população internada nos manicômios brasileiros aumentava: em 1950 eram 24.234, em 1955 foi a 34.550 e em 1960 chegou a 49.173 pessoas. O quantitativo de hospitais psiquiátricos no Brasil que era nenhum em 1852 chegou a 54 públicos e 81 privados em 1961, totalizando 135 unidades, contra acanhados 17 ambulatórios de Psiquiatria em todo o território nacional, segundo o Ministério da Saúde.

A escalada do número de hospitais psiquiátricos e leitos contratados infelizmente não parou por aí. Nesse período chegamos, em 1971, a 341 hospitais (72 públicos e 269 privados) com 80.000 leitos, atingindo finalmente ao ápice, em 1981, ao perfazer o número de 430 hospitais psiquiátricos (73 públicos e 357 privados) com 100.000 leitos para internação (Fig. 1).

Poderíamos atribuir a origem desse incremento a uma associação, entre outros, de três fatos: aumento populacional; crônica má distribuição da renda nacional e, talvez o mais significativo, o modelo preventivista e sua 'caça aos suspeitos'.

Figura 1. Evolução do nº de hospitais psiquiátricos entre 1961 e 2007 Conforme a natureza do prestador



$$54 + 81 = 135 / 72 + 269 = 341 /$$

$$73 + 357$$

$$= 430 / 54 + 259 = 313 /$$

$$52 + 208 = 260 / 47 + 179 = 226 / 48 + 122 = 170$$

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental - 2007 (MS)

As mudanças efetivadas na sociedade brasileira a partir do golpe militar de 1964 caracterizaram a assistência à saúde por uma política de privatização. Essa política – desde a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) criando o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966 durante o Governo Castelo Branco – foi implementada de forma mais efetiva no Governo Costa e Silva sendo mantida e ampliada pelos governos militares que o sucederam.

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974 e sua metodologia da remuneração dos procedimentos médicos baseados na 'US' (Unidade de Serviço), davam margem a uma manipulação nas contas fazendo com que houvesse um grande interesse da iniciativa privada em formalizar convênios. Apesar de contar com unidades de saúde próprias, o INAMPS optou por contemplar a rede particular mediante a referida remuneração por procedimento dando início à terceirização maciça da atenção à saúde em nosso país.

Fomentou-se dessa maneira o

surgimento das 'Clínicas de Repouso' – eufemismo dado aos hospitais psiquiátricos de então – com seus métodos de busca e internamento de 'pessoas suspeitas de loucura'.

Sobre esses 'suspeitos', vale salientar, que só quem estava trabalhando e possuía a carteira profissional é que tinha direito à cobertura do INAMPS, ou seja, eram pessoas produtivas e socialmente inseridas.

Muitas dessas pessoas que faleceram ou ainda habitam os manicômios brasileiros, iniciaram um percurso manicomial legitimado pelo discurso preventivista. Abasteceram e fizeram prosperar a então recém-criada e rendosa 'indústria da loucura' que fez do louco o seu artigo de comércio. Assim, além das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade, o louco adquiriu mais uma: **lucratividade** (Costa 2003).

Reforma psiquiátrica e cultura manicomial

Apesar de se dizer que as ideologias faleceram, o mundo contemporâneo –

construído sobre pendências seculares como espaços territoriais, etnias, religiosidades e má distribuição de renda – se mostra cada vez mais revolvido pelas idéias.

Como ícone dessa afirmação tem-se que a ideologia neoliberal e suas políticas – a relativização das garantias trabalhistas, o ‘Estado Mínimo’ e a ‘Globalização’ – prevalecendo sobre o Socialismo praticado nos regimes políticos das nações do leste europeu até a penúltima década do século XX, vieram agravar a situação de desamparo a enormes contingentes populacionais.

Mais recentemente, a eclosão de uma crise econômica sem precedentes impôs aos governos uma ação coletiva no sentido de coibir a ganância do Capitalismo Financeiro em todos os rincões do planeta.

Esse modelo imposto ao restante do mundo pelos países de economia desenvolvida vem fomentando o surgimento do fantasma da recessão econômica rondando a casa dos mais ricos, enquanto materializa a exclusão, o desemprego e a miséria no interior da casa dos mais pobres (Rego, 2008).

O grau de tensão que esta desigualdade criou, vem fazendo surgir em escala mundial movimentos – frente aos quais os países dominantes têm insistido em lidar por meio do poder econômico e da força militar – que têm buscado contestar esta ordem econômica.

Seja por explosões desordenadas de violência em vários países, durante as manifestações contra essa política, seja por ações terroristas articuladas especialmente contra os Estados Unidos e a Europa, parece haver a intenção de enfrentar e desbançar o poder dos países ricos por meio da destruição física e psicológica dos símbolos colonizadores dessa cultura. Assim, emergiram como subproduto dessa conjuntura a desestabilização econômica mundial e um maior agravamento da crise.

Na seqüência, outros segmentos da sociedade planetária parecem pugnar por uma prevalência política mediante uma hegemonia

religiosa, configurando-se um cenário que sugere um conflito Ocidente X Oriente enquanto as causas estratégicas, políticas, econômicas e culturais não são de fato explicitadas.

Na trilha desses fatos, um significativo retrocesso no investimento e na implementação de Políticas Sociais no mundo inteiro passou a se pronunciar. Em decorrência, as populações dos países satélites dessa economia, dita globalizada, passaram a sofrer ainda mais. Hoje, em todos os Continentes, no campo e na periferia das grandes cidades, gerações inteiras estão sendo sacrificadas pela fome, doença e falência das expectativas existenciais.

Ainda, seguindo a orientação preconizada por essa ordem, o retraimento do Estado em seu próprio âmbito e na comunidade vem criando lacunas que são preenchidas pelo crime organizado e pelo narcotráfico, conferindo ao mundo, neste conjunto, uma qualidade de vida cada vez pior e um conseqüente agravamento à saúde mental.

No que concerne a discussão e revisão das concepções e práticas relativas ao louco e à loucura, vários países, especialmente europeus, a partir do final dos anos ‘60 vêm promovendo substanciais modificações em suas formas de compreender e lidar com essa diferença.

A ruptura com o hospital psiquiátrico e sua substituição por serviços abertos orientados para a reinserção social, concebida e viabilizada inicialmente por Franco Basaglia na Itália, representou o nascedouro da Psiquiatria Democrática e de um movimento mundial que se denominou Reforma Psiquiátrica (Basaglia, 1979).

No Brasil, a crescente organização do movimento social desde o final da década de ‘70, ainda na vigência do regime militar, intensificou-se com a redemocratização em meados dos anos ‘80 (Fleury, 1997).

A força emergente do movimento social tem tornado possível e vitorioso o enfrentamento com instituições, grupos e pessoas de postura conservadora – à esquerda e à direita da sociedade brasileira – no sentido

da transformação das concepções e atitudes para com as pessoas portadoras de Transtornos Mentais e da revisão do modelo assistencial oferecido às mesmas.

Contudo, apesar desses avanços, os Transtornos Mentais ainda ocupam o quarto lugar na escala de morbidade do Sistema Único de Saúde (SUS), abaixo apenas das doenças Cardiovasculares; Gravidez, Parto e Puerpério.

É fato que a Reforma Psiquiátrica brasileira tem conseguido prosperar, recorrentemente, em contextos políticos onde a sensibilidade *a priori* para as lutas sociais é manifestamente identificada com políticos e partidos comprometidos com as causas populares.

Em um primeiro momento, essa sensibilidade costuma acontecer de maneira espontânea quando as questões ficam circunscritas apenas ao âmbito teórico de ordem político-ideológicas. Quando não há o risco de se confrontar com a cultura, de desagradar, quando não há ainda o comprometimento factual no sentido de viabilizar propostas investindo energia, idéias, criatividade, quadros profissionais habilitados e recursos financeiros.

Além disso, um projeto que transforme o modelo de atenção aos portadores e acometidos por Transtornos Mentais que recorrem aos Serviços Públicos de Saúde, demanda, além da vontade, a necessária coragem para ser implementado.

Em um segundo momento, a resistência à mudança também se manifesta neste setor, com maior ou menor visibilidade, dependendo da conjuntura existente e na medida em que pode ou não gerar subsídios eleitorais.

Quando a cultura manicomial emerge do imaginário sobre a loucura existente no interior da imensa maioria das pessoas e extravasa para o ambiente externo, fica evidenciado o eixo principal das dificuldades e impasses para o êxito da Reforma Psiquiátrica.

Nestas últimas décadas em que vem se operando uma intervenção neste capítulo

da sociedade brasileira, podemos afirmar que a maior obstrução à Reforma Psiquiátrica em nosso país é fundamentalmente de natureza cultural.

O político ao avaliar esse contexto explicaria que a questão é de prioridade política. Diante da miséria, fome e violência vicejantes, como assumir um projeto que frente a uma grande parcela da população pode lhe trazer rejeições e comprometer sua candidatura?

O economista encastelado em seus indicadores justifica-se na avaliação do custo/benefício de se retirar os loucos do interior dos hospitais psiquiátricos e encaminhá-los para acompanhamento em serviços de Saúde Mental abertos junto à dignidade das suas famílias, ou em moradias substitutivas. Quem sabe ele indagaria se não seria mais 'econômico', por exemplo, distribuir 'à mão cheia' as 'maravilhas' oriundas das pesquisas de novas drogas (de preço proibitivo para a grande maioria da população), continuando a mantê-los internados?

O idealista panfletário, refém do seu discurso, repetiria os conhecidos bordões acerca do aviltamento e infrações aos Direitos Humanos, à liberdade e a autonomia do louco, sem articular seus ideais com análises de conjunturas e estratégias afins. Militante inflamado, entretanto, sua mobilização está disponível apenas para as 'grandes questões', sem compromisso com o enfrentamento diário com a cultura manicomial e o fazer antimanicomial, sem devotar suas forças visando o fortalecimento e continuidade da luta, por intermédio da (re) construção da Técnica partindo da Ética.

Retirando mais que pondo energia, esse fazer pode esvaziar e dificultar o crescimento e amadurecimento da transformação social, além de muitas vezes promover e intensificar a preexistente resistência à mutação.

Profissionais de Saúde Mental, desestimulados e descomprometidos com seus próprios trabalhos, avessos a propostas que alterem suas sacrificadas rotinas de vida, assumem diuturnamente atitudes que,

passando pela sabotagem, realizam o percurso da indiferença e do descrédito mesmo quando está diante de novas e concretas oportunidades de mudança.

Os opositores a essas idéias, atentos aos passos do processo em andamento, e oportunisticamente declarando-se também ‘antimanicomiais’, proclamam que o ‘sofrimento psíquico é um eufemismo’. Assim vêm assumindo posições mais estruturadas visando nitidamente abortar a discussão, confundindo a opinião pública e mantendo a velha postura da falsa dicotomia entre o técnico e o político, como se fosse possível a existência de um sem o outro (ABP, 2004).

Talvez isso possa se justificar entendendo-se que esse argumento seja o atestado de a impossibilidade de manter o fôlego frente ao debate. A tentativa de defender o indefensável hospital psiquiátrico pode ser mais conveniente no sentido de ser cooptado por outras propostas (ABP, 2007).

Os psiquiatras no afã de ‘proteger’ a Psiquiatria excluíram-lhe a subjetividade e a estão transformando em uma Ciência Exata, em uma Disciplina sem coração, cada vez mais positivista, cada vez mais tecnológica, mais identificada com as Ciências Naturais, confundindo-se especialmente com a Biologia e a Neurologia. Dessa maneira a Psiquiatria ‘progrediu’ distanciando-se do Humanismo, que sempre lhe forneceu o melhor instrumento para compreender e lidar com a alma das pessoas.

De forma paradoxal, os psiquiatras que temem a Reforma Psiquiátrica – alegando que a Psiquiatria será extinta e sucumbirá aos outros conhecimentos do campo interdisciplinar – colocam-se de forma auto-referente na falsa dicotomia entre a ‘Ciência’ e contra a ‘Tradição’. Por não conseguirem assimilar que esses campos do conhecimento são complementares e não concorrentes confeccionam o próprio fim da Psiquiatria mediante a perda de sua identidade. Ou então, talvez devêssemos fazer uma reflexão: **será que temos duas Psiquiatrias?**

Os profissionais da Saúde Mental

alinhados com a proposta transformadora, buscando continuamente manter a luta, queimando-se no fogo do seu ideal, ressentem-se da ausência de visibilidade para com os objetivos; da necessidade de interlocução e realimentação de suas reflexões e práticas psicossociais e abandono, especialmente quando os gestores da saúde nos municípios brasileiros, representando a cultura manicomial, desprezam a Política Nacional de Saúde Mental, Portarias e Resoluções ministeriais, retrocedem, desvirtuam ou fecham Serviços Substitutivos ao hospital psiquiátrico, não incluindo a Reforma Psiquiátrica no conjunto das Políticas Públicas, mesmo quando elas existem.

O poder público, especialmente o Ministério da Saúde – co-responsável na formulação e implementação das Políticas Sociais, no que concerne à Reforma Psiquiátrica – conseguindo se emancipar das suas dificuldades tornando clara qual a sua diretriz vem injetando substância técnica, política e financeira para este setor por meio de iniciativas como a regulamentação da Lei Nº. 10.216/01 (Reforma Psiquiátrica brasileira) e a recente convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

A população, sem crítica, imersa em seu imaginário manicomial, desnorteada por informações paradoxais veiculadas intensivamente nas diversas formas de mídia, mantendo seu comportamento conservador e reafirmando a costumeira obediência e submissão ao que lhe parece mais seguro, torna-se refém de ‘verdades’ emanadas do meio ‘científico’ e legitimadas por atestados oriundos de ‘conhecimentos’ de procedência e propósito muitas vezes discutíveis.

O movimento social representado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLN) desde sua criação em 1987, também priorizou em sua luta política a atualização da legislação sobre os loucos – datada de 1934 ainda no período Getúlio Vargas – com o lema ‘POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!’.

Mediante essa bandeira de luta, apesar de não ter conseguido integralmente o texto

da Lei que desejava e a conseqüente política abrigada em seus Artigos, reconheceu que foi o melhor que se podia conseguir. Após 12 anos convivendo com importantes riscos de retrocesso, enfrentando a poderosa Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e setores conservadores da Psiquiatria também no seio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), conseguiu ser vitorioso (CRP, 2001).

Considerando que a referida Lei guarda em seu interior a velha ambigüidade – e seria muito difícil assim não ser, pois sua redação foi orientada por motivações de uma sociedade ambígua – somos levados então a refletir que essa ambigüidade não seria proveniente exclusivamente de nenhum setor especificamente e sim, e principalmente, da própria sociedade. Refletindo-se em todos os espelhos onde a questão dos loucos e das loucuras for colocada, nos faz formular mais uma reflexão: **Não seria então o caso de priorizar e intensificar ainda mais a intervenção na cultura manicomial da nossa população?**

Partindo dessas considerações, é valorosa a iniciativa de sempre buscar atualizar e discutir a Saúde Mental no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, nos capítulos de Financiamento, Acesso e Cidadania, Controle Social e Recursos Humanos dentro do novo modelo de assistência.

Além de mobilizadoras, essas discussões podem sensivelmente aferir para que lado esteja soprando o vento da sabedoria buscando criar a possibilidade de tornar a sociedade mais permeável a essa transformação. Isto denota amadurecimento e conscientização acerca da necessidade de estarmos construindo, agora, um futuro consistente.

Os protagonistas, desse processo, no caso, usuários, familiares, profissionais, gestores além de entidades e instituições como o Ministério Público, em função de sua legítima condição de maiores interessados, certamente guardam dentro de si as respostas necessárias.

Reforma sanitária e reforma psiquiátrica

Na História da Saúde brasileira o Movimento da Reforma Sanitária representou uma verdadeira revolução nas relações entre a sociedade e o Estado. Partindo de outros balizamentos, essa relação passou a se estabelecer buscando principalmente a democratização do acesso à saúde.

Esse processo, juntamente com todo o movimento em prol da redemocratização do Brasil, resultou, entre outros frutos, na formulação, construção e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS ainda em andamento.

Incluída no Capítulo da Seguridade Social, abrangendo o conjunto das políticas de Previdência e Assistência Social, referenciada às definições de Saúde como *'direito de todos'* e *'dever do estado'* e agrupada em um corpo de doutrina, a assimilação do SUS, desde a Constituição de 1988, vem ocorrendo de forma gradativa. (Constituição do Brasil 1988)

Os conceitos incluídos no texto constitucional e sua regulamentação mediante as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, além das Normas de Operações Básicas (NOBs 91 - 93 - 96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), constituem as bases legais e fixam Princípios e Diretrizes para a sua operacionalização e cumprimento.

Isso posto, temos que a constituição desse sistema é complexa e interdependente, compreendendo as instituições públicas do Poder Executivo em seus três níveis de gestão, a saber: União, Estados e Municípios e o Distrito Federal.

Desta maneira é que o edifício institucional da Saúde, que também ficou conhecido como *'Reforma Sanitária'* ou *'Municipalização da Saúde'*, encontra-se configurado.

Somente a partir da Reforma

Sanitária - Reforma Psiquiátrica e o início da redemocratização do país é que o ritmo de crescimento dos leitos de internação psiquiátrica começou a declinar, refluindo em 1991 para 88.000 leitos, chegando em 1999 a 61.393 leitos, em 2001 a 58.300 leitos, em 2002 a 51.393, em 2003 a 48.303, em 2004 a 45.814, em 2005 a 42.076, em 2006 a 39.567, em 2007 a 38.491 e em dezembro de 2009 35.604 (Fig.2-3-4).

Figura 2. Involução do número de leitos psiquiátricos entre 1981 e 2009.

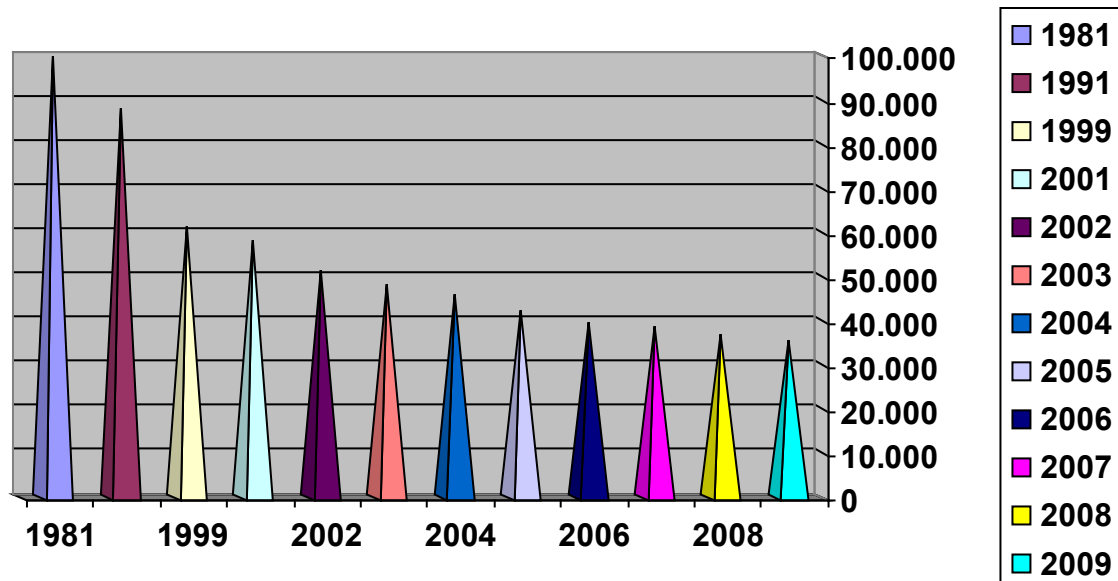


Figura 3. Distribuição dos leitos psiquiátricos do SUS por UF e hospitais psiquiátricos e indicador leitos por 1.000 hab. - Junho/2009

Ranking Leitos/1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab
1º	RJ	15.872.362	38	6.722	0,42
2º	PE	8.734.194	14	2.727	0,31
3º	AL	3.127.557	5	880	0,28
4º	PR	10.590.169	15	2.803	0,26
5º	SP	41.011.635	53	10.801	0,26
7º	GO	5.844.996	10	1.222	0,21
8º	PB	3.742.606	5	691	0,18
9º	ES	3.453.648	3	565	0,16
10º	SE	1.999.374	2	320	0,16
11º	MG	19.850.072	20	2.702	0,14
12º	TO	1.280.509	1	160	0,12
13º	SC	6.052.587	4	738	0,12
14º	PI	3.119.697	2	360	0,12
15º	CE	8.450.527	7	955	0,11
16º	MA	6.305.539	3	662	0,10
17º	MS	2.336.058	2	200	0,09
18º	RS	10.855.214	6	810	0,07
19º	MT	2.957.732	2	202	0,07
20º	BA	14.502.575	7	888	0,06
21º	AC	680.073	1	35	0,05
22º	DF	2.557.158	1	125	0,05
23º	AM	3.341.096	1	55	0,02
24º	PA	7.321.493	1	56	0,01
Total		187.093.301	208	35.426	0,189
Total Brasil		189.612.814			0,187

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS - 04/06/2009

Figura 4.

Ano	Leitos HP
1981	100.000
1991	88.000
1999	61.393
2001	58.300
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.076
2006	39.567
2007	38.491

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS – dez./2009

Terapêuticas; Inclusão Social mediante a qualificação profissional; medicamentos; hospitais-dia e convênios.

Cabe assinalar o dado de que em 2006, de forma inédita, o componente dos gastos extra-hospitalares prevaleceu sobre os gastos hospitalares nos recursos destinados para a área de assistência em Saúde Mental (Fig.5).

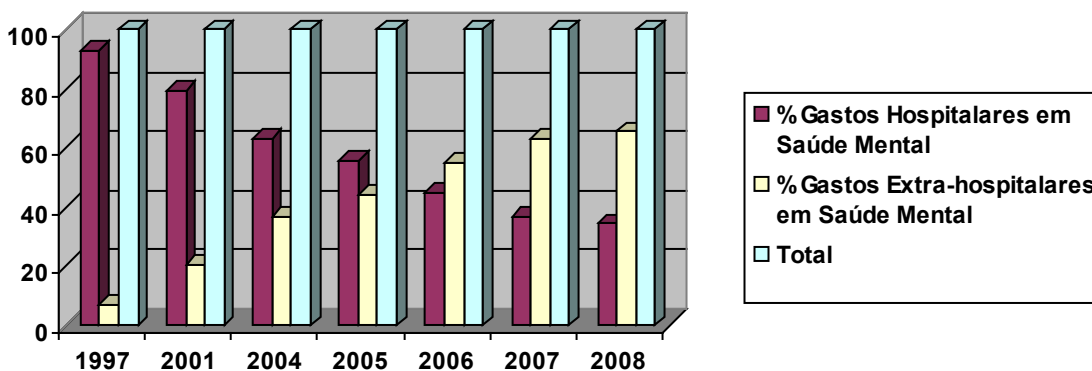
da população, ou seja, aproximadamente 40 milhões de pessoas sofreram, sofrem ou virão a sofrer de algum tipo de agravo psíquico.

A sociedade em transição e as contradições advindas nos costumes e idéias criaram **grupos de risco** – por exemplo, os usuários de substâncias psicoativas – que vêm atingindo de maneira indiscriminada todos os setores da comunidade, envolvendo atores diversos, alimentando e retroalimentando a ocorrência de Transtornos Mentais e forçando cada vez mais a implementação de políticas públicas na tentativa de encontrar soluções.

Da mesma maneira, a atenção à infância e adolescência e ao idoso, tradicionalmente excluídas do conjunto das iniciativas oficiais, ainda se ressentem de uma condição de maior privilégio no interior do conjunto das políticas públicas, pelo menos no que concerne ao campo da Saúde Mental.

Outro grupo, ainda mais ocultado, cuja situação já foi cunhada com a expressão ‘o pior do pior’ (Silva 2001), é constituído pelos habitantes dos ‘Hospitais de Custódia

Figura 5. Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares nos anos de 1997, 2001, 2004, 2005 e 2006.



Fonte: DataSUS / Coordenação de Saúde Mental, 2009.

Dados de saúde mental no Brasil

Indicadores epidemiológicos oriundos de levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde, IBGE, OPAS/OMS dão conta que em nosso país os Transtornos Mentais apresentam uma taxa de prevalência na ordem de 20%

e ‘Tratamento Psiquiátrico’ (Manicômios Judiciários). A questão do louco infrator (Delgado1992) apesar de tradicionalmente ficar ausente da pauta na maioria das discussões, mesmo em setores progressistas, começa a se manifestar com vigor crescente nos fóruns de debate sobre a atenção em Saúde Mental.

Ainda cabe assinalar nesta breve avaliação, que o processo de globalização e o incremento da economia neoliberal, aumentaram a quantidade de pessoas socialmente excluídas e fez surgir na sociedade mais um grupo de risco constituído por toda sorte de desfiliações: os moradores de rua. Essas pessoas, expostas a uma condição abaixo do nível da miséria, quiçá até abaixo do nível de sobrevivência, tornam-se vulneráveis aos vários tipos de processos mórbidos, dentre eles o adoecer psíquico.

Além disso, as denúncias recorrentes sobre violação dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos ainda ocupam um espaço significativo na mídia nacional, tendo ensejado inclusive a criação da I Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000), promovida pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que em seu relatório confirmou essas denúncias (CeDoc e Informação Câmara dos Deputados Brasília 2000).

Do ponto de vista assistencial o acesso a essa forma de atenção, no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é dificultado. Quedam desassistidos importantes quantitativos populacionais, quando não, em situação de abandono nas ruas, em suas residências, quando as têm, e – por ruptura das referências familiares e sociais associada à inobservância dos métodos de reinserção social – em instituições públicas ou privadas contratadas ao SUS.

Devemos atentar também para o fato de que, inaugurando o Século XXI, a ocorrência de internações psiquiátricas nos 58.300 leitos – remanescentes ainda dos 100.000 leitos psiquiátricos do imenso parque manicomial brasileiro – distribuídos, à época, por 260 hospitais psiquiátricos (80% deles privados) da rede SUS, consumia em custos financeiros diretos, quase 460 milhões de reais do orçamento público da Saúde. Vale salientar que esses custos não contabilizaram as perdas no âmbito social, na produção e os decorrentes reflexos sobre o PIB nacional.

Vale salientar ainda que nesse período, apesar de apenas aproximadamente 10%

do montante dos gastos com assistência psiquiátrica pública ser comprometido com o modelo assistencial moderno preconizado pela Reforma Psiquiátrica, essa quantia representava o financiamento de 295 Serviços Substitutivos ao hospital psiquiátrico, criados entre 1988 e 2000, contudo, ainda insuficientes à época, para o atendimento integral das necessidades da população.

A esse quadro deve-se associar também, a falta de regularidade na aplicação de procedimentos relativos ao controle, avaliação e monitoramento do sistema, por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Isso somente veio a se modificar a partir da emissão, por parte do Ministério da Saúde, da Portaria Nº. 799 de 19/07/00 que instituiu no âmbito do SUS o ***Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental***.

Portanto, tornou-se imperativa a necessidade de se reorientar os gastos com esta modalidade assistencial, na perspectiva da continuidade da criação de Serviços Substitutivos ao hospital psiquiátrico em nossos municípios, articulados em redes de atenção, junto com iniciativas intersetoriais que dessem conta de fortalecer e ampliar as redes sociais.

Além disso, criando, com programas de geração de renda, cada vez mais capacidade contratual nos portadores de transtorno mental e seus familiares, garantindo-lhe direitos como trabalho, moradia, acesso à educação, cultura e estimulando a participação comunitária.

Observando deste ponto o cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira, temos que a forma tradicional de atenção fundamentada no eixo biológico-assistencial ainda prevalecia. Isso fica evidente não só quando se fala em gastos, número de leitos em hospitais psiquiátricos, número de internações e tempo de permanência nos mesmos.

Essa situação também pode ser observada no interior do imaginário social, quando pessoas ainda atribuem ao louco os seus tradicionais eixos de identificação: a incapacidade, a irresponsabilidade e a violência.

Isso também fez imperiosa a necessidade de uma verdadeira intervenção cultural.

Saúde mental e saúde pública

A Saúde Mental é uma interdisciplina que foi sendo formulada a partir da necessidade de se avaliar e apresentar alternativas à compreensão e tratamento das pessoas que apresentassem diferenças no sentido das alterações em seu comportamento.

Nas últimas décadas a Saúde Mental vem se ampliando de forma expressiva colocando-se na interface de outros saberes oriundos de áreas diversas do conhecimento humano (Costa, 1996).

Dessa maneira, a Saúde Mental articulando os conhecimentos emanados das Ciências, da Política e da Ética não poderia ficar isenta à sua conotação ideológica, na medida em que vem construindo um saber propositivo e respeitável de reflexões e práticas destinadas à melhoria da vida das pessoas – sejam elas portadoras ou não de transtornos mentais – e, conseqüentemente, da sociedade. Cada vez mais se torna visível – ainda não necessariamente assimilado – que a saúde física, mental e social, são campos que se relacionam de forma íntima e indissolúvel. (Sarraceno 1999)

Historicamente observamos que a elaboração e implementação de várias propostas por parte dos governos, recorrentemente têm fracassado por não ser considerada essa indissolubilidade. Em decorrência, a sociedade vem pagando custos – em todos os sentidos – cada vez mais elevados pela exclusão da subjetividade na formulação de políticas públicas.

A escalada da violência, em seus vários aspectos, o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, os agravos crescentes à saúde mental dos trabalhadores e, por parte da sociedade, uma crescente sensação de impotência, seguida por indiferença e apatia, frente à banalização desses fenômenos sociais, são constatações óbvias.

O “Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001-Saúde Mental Nova Concepção Nova Esperança” publicado pela OPAS/OMS e lançado no Brasil por ocasião da abertura da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília entre 11 e 15 de dezembro de 2001, alerta sobre a necessidade de se implementar urgentemente políticas de Saúde Mental voltadas para a Infância e Adolescência. Além disso, também se fazem necessários os cuidados com as condições de vida dos trabalhadores (OMS, 2001).

No Brasil, os trabalhadores da área de saúde junto com os trabalhadores em instituições financeiras apresentam taxas de afastamento por transtorno mental até 2,6 vezes acima daquelas apresentadas, por exemplo, entre os trabalhadores da indústria química ou de fabricação de produtos de metal.

Ainda, os transtornos mentais representam 15,9% do conjunto de afastamentos do trabalho entre os bancários, 4,9 % entre os metalúrgicos ou 5,5 % entre os fabricantes de produtos químicos. Especialmente os episódios depressivos representam 51,5 % dos afastamentos entre os bancários e 34,7% entre os metalúrgicos.

‘Os distúrbios afetivos representam o principal grupo de doença mental (incidência - duração - custo). Depressão é o problema de saúde mental que mais incapacita os trabalhadores (temporária ou permanente). Ramos de atividade com maior participação feminina apresentam maiores incidências de doenças mentais’. (Epidemiologia da Incapacidade para o Trabalho por Doença Mental no Brasil - Prof^a. Anadergh Barbosa Branco - Dept^o. de Saúde Coletiva Universidade de Brasília - UnB)

No que diz respeito à infância e adolescência, os dados de prevalência de Transtornos Mentais desde a lactação até a adolescência apresentados no Relatório da OMS, dão conta que nos EUA, por exemplo, embora um em cada dez jovens sofra doença mental suficientemente grave para causar certo nível de prejuízo, menos de um em cinco

recebe o tratamento necessário. Isso nos leva a refletir sobre a situação nos países menos desenvolvidos e com indicadores sociais e de saúde ainda mais comprometidos.

Ainda conforme esse estudo, a CID-10 identifica duas grandes categorias de transtornos mentais específicas da infância e da adolescência.

A primeira caracteriza-se pela deterioração ou retardamento do desenvolvimento de funções específicas como a fala e a linguagem (dislexias) ou por transtornos globais do desenvolvimento (autismo, entre outros).

Como segunda categoria, aparecem os transtornos do comportamento e emocionais (transtornos hipercinéticos, distúrbios da atenção/hiperatividade, distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância).

A tabela abaixo (Fig.6) demonstra o quadro geral de **prevalência de transtornos mentais e comportamentais** em vários países do mundo. Embora os dados apresentem uma variação considerável, especialmente em relação às diferenças culturais, tem-se que 10 - 20% das crianças parecem ter um ou mais problemas mentais. Em continuidade, ocorrências envolvendo menores de idade são veiculadas na mídia com frequência

Figura 6. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais

País	Idade	Prevalência (%)
Alemanha	12-15	20,7
Espanha	8, 11 e 15	21,7
Etiópia	1-15	17,7
EUA	1-15	21,0
Índia	1-16	12,8
Japão	12-15	15,0
Suíça	1-15	22,5

Fonte: OMS. Relatório sobre a saúde do mundo 2001.

Para o século XXI as perspectivas para ações em Saúde Mental mostram-se cada vez mais abrangentes e intersetoriais. Para exemplificar podemos aludir dois grandes

tópicos:

(1) Economia - Indivíduo e Sociedade

- O estado capitalista neoliberal - globalização
- As políticas do estado mínimo
- O fim do estado de bem-estar social
- O fim do pleno emprego
- Competição x cooperação
- O crime organizado

(2) Saúde - Indivíduo e Sociedade

- O modelo assistencial
- As transnacionais de seguros, medicamentos e equipamentos
- A pesquisa científica e tecnológica e a tecnificação da assistência
 - A relação entre profissionais de saúde e pacientes
 - O narcotráfico e a disseminação do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas
- A destruição do meio ambiente e as consequências sanitárias

O ano de 2008 além de ter sido o 60º aniversário da Organização Mundial da Saúde, marcou também o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

A Dr^a. Margaret Chan, Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde, convicta sobre a necessidade de se implementar os Cuidados em Atenção Primária no mundo, declarou no **The World Health Report 2008 / Primary Health Care (PHC) – Now More Than Ever**, (CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE – AGORA MAIS DO QUE NUNCA), que:

‘essa demanda desencadeia um crescente apetite entre os formuladores de políticas públicas por conhecimento relacionado a como os sistemas de saúde podem se tornar mais equitativos, inclusivos e justos. Isso também reflete, mais fundamentalmente, um caminho na

direção da necessidade de um pensamento mais compreensivo sobre a performance do sistema de saúde como um todo. (OMS, 2008)

Esse Relatório propõe:

‘Reformas nos Cuidados em Saúde Primária necessárias para refocalizar os Sistemas de Saúde voltados para a saúde de todos:

- REFORMAS NA COBERTURA UNIVERSAL para promover uma saúde equitativa
- REFORMAS NA DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS para colocar os sistemas de saúde centrados nas pessoas
- REFORMA NOS COMANDOS para fazer as autoridades de saúde mais confiáveis
- REFORMAS NA POLÍTICA PÚBLICA para promover e proteger a saúde das comunidades’

Apesar da crise financeira mundial, com a diminuição da atividade econômica e a recessão fazendo sofrer a população de muitos países levando a contenção nos investimentos públicos, a perspectiva para os próximos anos é que em nosso país – não tão comprometido pela crise e já em processo de recuperação e crescimento econômico – se consiga manter e até ampliar esses recursos.

Saúde mental e atenção básica: modelo assistencial

Em continuidade ao processo de Reforma Psiquiátrica em andamento e buscando atender às recomendações da OMS, estão sendo implementadas ações entre a Saúde Mental e a Atenção Básica viabilizando entre si uma relação cada vez mais consistente.

Essas ações podem ser evidenciadas na constituição do próprio modelo assistencial em Saúde Mental que já inclui e aciona dispositivos integradores nas interfaces desses dois campos (Coimbra, 2005-2007).

Assim, a rede de atenção em Saúde Mental é formada por unidades de saúde que garantem o acesso a atenção psicossocial nos variados momentos do percurso de um Transtorno Mental, obedecendo a parâmetros populacionais e territoriais de acordo com a legislação federal e a gestão municipal,



Augusto Cesar de Farias Costa. Campo epistemológico das ações em saúde mental, 2002.

Além disso, conta com ações de Saúde Mental na Atenção Básica mediante os Núcleos de Atenção Integral ao Saúde da Família (NASF) / Matriciamento de equipes de Saúde Mental no PSF, referidos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivando ampliar a cobertura e a resolutividade das ações da Atenção Básica.

Cerca de 20% dos profissionais contratados para os NASF são de Saúde Mental e a instalação desses Núcleos obedece a critérios estabelecidos a partir do número de equipes do PSF para matriciamento:

- **NASF I:** 5 a 13 profissionais de nível superior atendem a 8 a 20 equipes de Saúde da Família
- **NASF II:** 3 a 8 profissionais de nível superior atendem 3 equipes de Saúde da Família

Esses Núcleos levam o cuidado a pessoas

com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas além de situações de exclusão social, de vulnerabilidade e risco que requeiram uma clínica ampliada, como sejam: pacientes com histórico de longas internações psiquiátricas ou que se encontrem em reclusão domiciliar.

Também integram a rede os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); leitos de atenção integral em Saúde Mental nos hospitais gerais e CAPS III; ambulatórios e Programa de Volta para Casa, contando ainda com o funcionamento de Cooperativas e Associações (Geração De Renda / Economia Solidária) e Centros de Convivência e Cultura, considerando os CAPS como serviços estratégicos na organização da porta de entrada e regulação do sistema mediante parâmetros formalmente estabelecidos.

Portaria MS Nº. 336 de 19/02/02- confere ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a possibilidade de se estruturar em 05 tipos dentro do disposto no conteúdo da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, em relação ao quantitativo populacional e quanto ao grupo populacional para atenção:

territorial centrado na rede diversificada de Serviços Substitutivos em Saúde Mental – é disposto de tal maneira que articula o Serviço Territorial de Atenção Diária em Saúde Mental, (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) com os demais equipamentos sanitários e sociais (Sousa, 2001).

A equipe de trabalho multiprofissional é composta por profissionais de nível médio e superior, basicamente das áreas de Enfermagem, Medicina (Psiquiatria), Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Está organizada para funcionar de forma interdisciplinar, trabalhando com usuários e familiares desses serviços visando à recuperação e reinserção social mediante ações de promoção, prevenção e assistência nos campos da Saúde Mental e da Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além das ações já enumeradas e descritas, os demais setores públicos e especialmente a própria comunidade, vêm exigindo para si um novo entendimento, uma nova relação e uma nova postura profissional e gerencial



Esse modelo – de base comunitária e

dentro da administração da Saúde Pública

brasileira que estão advindo concomitantes à disseminação da Política Nacional de Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica) e à implantação integral do Sistema Único de Saúde - SUS.

Contudo, as transformações operadas por esses novos serviços e métodos em Saúde Mental, implicadas em nova estrutura física e nova dinâmica de funcionamento, não podem ficar refém de eventuais alternâncias políticas e nem exclusivamente da construção de novos prédios e instalações.

Com a próxima realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental deverão se destacar os debates e resoluções sobre a capacitação de profissionais para a Atenção Básica dentro na perspectiva do modelo psicossocial. A importância dessa discussão é fundamental para que se corrijam vícios herdados do modelo anterior, especialmente no que se refere ao risco da 'psiquiatrização' e 'medicalização' da sociedade, o que representaria o retrocesso às grandes conquistas efetuadas.

Para isso, a apropriação de informações por parte da comunidade – onde o convívio social acontece espontaneamente – junto com a problematização dessas questões nos espaços oficiais, públicos e privados farão com que se consume a indissolubilidade da relação Saúde Mental e Saúde Pública.

Finalizando, seria uma leviandade afirmar que tudo está perfeito e consumado. Como qualquer outra transformação as imperfeições se manifestam e exigem sempre correções em seu rumo. A continuidade da trajetória da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileiras, ainda em andamento, não é diferente por estar intimamente associada à inexorabilidade do nosso processo histórico e social.

REFERÊNCIAS

- Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978. Caps. I, II e III.
- Goffman E. O modelo médico e a hospitalização psiquiátrica. In: Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
- Alexander FG. História da psiquiatria. São Paulo: Ibasa; 1980.
- Abbagnano N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- Weil P, D'Ambrosio U, Crema R. Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus; 1993.
- Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Amarante PDC. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Ministério da Saúde (Brasil). Legislação em saúde mental: 1990. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Bastos O. História da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias. São Paulo: Lemos; 2002.
- Santos NG. Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental. Santa Catarina: Letras Contemporâneas; 1994.
- Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percurso e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
- Costa ACF. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: Direito sanitário e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade de Brasília; Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
- Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debate; 1979.

Fleury S. A questão democrática na saúde. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.

Rêgo JJM. Perspectivas para um Brasil em desenvolvimento. Brasília: Ser; 2008.

Ministério da Saúde (Brasil), Coordenação Geral de Saúde Mental. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Brasil), Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS. Informativo da Saúde Mental. 2007 Ago-Dez;6(26).

Silva MVO, organizador. A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2001.

Delgado PGG. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Té Corá; 1992.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: www.abpbrasil.org.br.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatria hoje nºs. 6/2004 – 01; 02; 04; 05/2006. Rio de Janeiro. Disponível em: www.abpbrasil.org.br.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Jornal eletrônico Newsletter ABP. Edições de 10,13 e 19/12/2007 - 25/02 e 26/03/2008. www.abpbrasil.org.br.

Conselho Federal de Psicologia. Press release da assessoria parlamentar. Brasília: [s.n.]; 2001.

Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União nº. 191-A de 05/10/1988. 27. ed. São Paulo: Saraiva; 2001.

I Caravana Nacional de Direitos Humanos. Uma amostra da realidade manicomial brasileira: relatório. Brasília: Centro de Documentação e Informação da Câmara dos Deputados; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde; Comissão de Direitos Humanos e Terceira Secretaria da Câmara dos

Deputados; Ministério da Justiça; Ministério Público Federal; Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça; Organização Pan-Americana de Saúde. Seminário Nacional sobre o direito à saúde mental: regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216/2001. Brasília: [s.n.]; 2001.

Costa ACE, Costa MP, Fontenelle J. A experiência do Instituto de Saúde Mental de Brasília. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

Sarraceno B. Psiquiatria e saúde mental: libertando identidades. Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia; 1999. p. 143-59.

Coimbra VCC, Oliveira MM, Villa TCS, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. [Internet]. Revista Eletrônica de Enfermagem Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. 2005. Disponível: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_1/revisao_03.htm.

Coimbra VCC. Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.

Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

Organização Mundial da Saúde. The world health report 2008: Primary Health Care (PHC): now more than ever. Genebra; 2008.

Sousa MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001. (Saúde em Debate, 142).

Sousa MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec; 2001. (Saúde em Debate, 143).